



JAHRESBERICHT 2015

LANDESSOZIALGERICHT NORDRHEIN-WESTFALEN



Inhalt

Vorwort

Teil 1: Statistische Übersicht 2015

A. Geschäftsentwicklung bei den Sozialgerichten in Nordrhein-Westfalen

- I. Daten und Zahlen 2015
- II. Erfolgsquoten
- III. Verfahrensdauer
- IV. Übersicht über die Geschäftsentwicklung in den einzelnen Sachgebieten
- V. Prozesskostenhilfeanträge

B. Geschäftsentwicklung beim Landessozialgericht

- I. Daten und Zahlen 2015
- II. Erfolgsquoten
- III. Verfahrensdauer
- IV. Übersicht über die Geschäftsentwicklung in den einzelnen Sachgebieten
- V. Prozesskostenhilfeanträge

Teil 2: Ausgewählte Entscheidungen nach Sachgebieten

- I. Grundsicherung für Arbeitsuchende
- II. Arbeitslosenversicherung/Arbeitsförderungsrecht
- III. Sozialhilfe-/Asylbewerberleistungsgesetz
- IV. Rentenversicherung
- V. Unfallversicherung
- VI. Krankenversicherung
- VII. Pflegeversicherung
- VIII. Schwerbehinderten-, Versorgungs- und Erziehungsgeldrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen auch in diesem Jahr die Arbeitsergebnisse der Sozialgerichte und des Landessozialgerichts aus Nordrhein-Westfalen vorstellen zu dürfen. Wir bedanken uns für Ihr Interesse an der Arbeit der Sozialgerichtsbarkeit unseres Bundeslandes. In diesem Bericht finden Sie die Daten zur Geschäftsentwicklung und Informationen über wichtige Entscheidungen des Landessozialgerichts.

Der Bedarf an sozialem Rechtsschutz in Nordrhein-Westfalen ist weiterhin sehr hoch. Wie bereits 2014 ist allerdings auch 2015 die Eingangsbelastung leicht rückläufig gewesen. Sie sank von 83.484 auf 82.309 Verfahren (Klagen und Anträge auf einstweiligen Rechtsschutz). Dies ist ein Rückgang von 1,43 %. Die Richterinnen und Richter haben – wie bereits im Vorjahr – die leicht gesunkene Eingangsbelastung genutzt, um Bestände abzubauen, diese gingen von 86.291 auf 84.808 Verfahren zurück. Dies bedeutet, dass am Jahresende 2015 fast 1500 Verfahren weniger anhängig waren, als am Ende des Vorjahres. Dennoch sind die Bestände bei den Sozialgerichten, aber auch beim Landessozialgericht weiterhin hoch. Aus diesem Grund hatte der Gesetzgeber im Haushaltsplan 2015 der Sozialgerichtsbarkeit insgesamt 8 neue Richterstellen zugesprochen. Zusammen mit einer insgesamt 8 Stellen umfassenden Unterstützungsmaßnahme aus der ordentlichen Gerichtsbarkeit verfügte die nordrhein-westfälische Sozialgerichtsbarkeit im Jahre 2015 über insgesamt 325 Richterstellen. U.a. die neu zugewiesenen Stellen und das altersbedingte Ausscheiden älterer Kolleginnen und Kollegen ermöglichten die Neueinstellung von

insgesamt 14 Proberichterinnen und Proberichtern.

Über 8000 Streitigkeiten waren bei den acht Sozialgerichten Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes. Ihre Anzahl ist im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich geblieben. Bei dem Landessozialgericht ist die Zahl der Eilverfahren noch einmal angestiegen (1201 Verfahren) und hat damit einen bisherigen Höchststand erreicht.

Die Erfolgsquote (ganz oder teilweise) aus Sicht der Versicherten und Leistungsempfänger lag wie in den Vorjahren bei mehr als 40%. Die Laufzeit der Verfahren ist im Verhältnis zum Vorjahr in etwa gleich geblieben. Die durchschnittliche Laufzeit eines Klageverfahrens betrug 13 Monate, sie lag im einstweiligen Rechtsschutz bei 1,1 Monaten.

Die meisten Verfahren entfallen wie in den letzten Jahren auf die Grundsicherung für Arbeitsuchende („Hartz IV“). Die Zahl der Eingänge in diesem Rechtsgebiet hat leicht um 2,5% abgenommen. Nach wie vor beobachten wir, dass die positive Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt die Langzeitarbeitslosigkeit nicht erfasst und der Rechtsschutzbedarf im „Hartz IV“- Bereich weiterhin sehr hoch ist. Auch die meisten Eilverfahren entfallen auf dieses Rechtsgebiet. Ob Reformbemühungen zur Entbürokratisierung und Vereinfachung der Leistungsbewilligung und damit zur Reduzierung der Verfahren beitragen, muss abgewartet werden. Sehr genau beobachtet werden müssen auch die Auswirkungen der Zuwanderung nach Deutschland auf die Verfahrensentwicklung in der Sozialgerichtsbarkeit. Flüchtlinge mit einem dauerhaften Bleiberecht haben – bei

Hilfebedürftigkeit – einen Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Die Jobcenter bereiten sich bereits auf einen entsprechenden erheblichen Anstieg der Leistungsanträge vor. Wir gehen mittelfristig davon aus, dass auch die Sozialgerichtsbarkeit hiervon nicht unberührt bleiben wird.

Eine große Rolle in der Rechtsprechung der Sozialgerichte und des Landessozialgerichts spielte auch 2015 weiterhin die Frage, inwieweit Personen, die aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union zuwandern, Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende beanspruchen können. Zwar hat der Europäische Gerichtshof in Luxemburg hierzu in mehreren Grundsatzurteilen klargestellt, dass das Europäische Gemeinschaftsrecht Deutschland nicht dazu zwingt, mittellosen arbeitssuchenden Zuwanderern Leistungen zu bewilligen. Umstritten ist aber häufig, ob anderweitige Aufenthaltsrechte vorliegen und deshalb ein Leistungsanspruch besteht. Zudem hat im Dezember 2015 das Bundessozialgericht entschieden, dass aus verfassungsrechtlichen Gründen für arbeitssuchende Unionsbürgerinnen und Unionsbürger ein Anspruch auf Sozialhilfe nach dem SGB XII bestehen kann. Die Auswirkungen dieser Rechtsprechung auf die Verfahrensentwicklung bleiben abzuwarten.

Die Sozialgerichtsbarkeit ist indes keine reine „Hartz IV“ Gerichtsbarkeit. Annähernd 70% der erst- und zweitinstanzlichen Verfahren gehören zu anderen Rechtsgebieten. Von besonderer Bedeutung sind die fünf Zweige der Sozialversicherung (gesetzliche Renten-, Kranken-, Pflege-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung). Im Bereich der gesetzlichen Krankenversi-

cherung sind die Verfahren 2015 sehr stark um 2074 Verfahren (25,77 %) angestiegen. Die Zunahme von Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenträgern und Krankenkassen dürfte auf enger werdende finanzielle Rahmenbedingungen in der Krankenhauslandschaft des Landes hindeuten. Zahlenmäßig bedeutsam ist auch die gesetzliche Rentenversicherung, auf dieses Rechtsgebiet entfallen in der ersten Instanz 15,11 % der Eingänge, bei dem Landessozialgericht steht das Rentenversicherungsrecht mit 18,21 % der Verfahren quantitativ hinter der Grundsicherung für Arbeitssuchende an zweiter Stelle. Dem Rentenversicherungsrecht zugeordnet sind u.a. Verfahren zur Abgrenzung von Selbständigkeit und Beschäftigung und damit einhergehend Klärung des Versicherungsstatus in der Sozialversicherung. Das in der ersten Instanz mit 18,25 % am zweitstärksten vertretenen Rechtsgebiet ist das Schwerbehindertenrecht. In der Berufungsinstanz gehören hingegen nur 6,58% der Verfahren zu diesem Rechtsgebiet. Bei über 15.000 Eingängen in der ersten Instanz wurden nur 444 Verfahren beim Landessozialgericht anhängig. Gerade in diesem medizinisch geprägten Rechtsgebiet gelingt es den Sozialgerichten besonders häufig, abschließend für Rechtsfrieden zu sorgen.

Neben den Klagen und Eilverfahren hatte die Sozialgerichtsbarkeit auch im letzten Jahr wieder zahlreiche weitere Rechtsangelegenheiten zu bearbeiten. Es handelt sich um Kostensachen, Amts- und Rechtshilfeersuchen oder Anträge auf Ablehnung von Gerichtspersonen, aber auch die neu eingeführten Güterichterverfahren. Nicht die absolute Zahl von 31 Verfahren bei den Sozialgerichten und 18 Verfahren beim

Landessozialgericht erscheint erwähnenswert, sondern die hohe Erfolgsquote: In über 80 % der Verfahren vor dem Güterichter erzielten die Beteiligten für den anhängigen Rechtsstreit, oftmals aber auch für andere Problemstellungen im Hintergrund eine einvernehmliche Lösung.

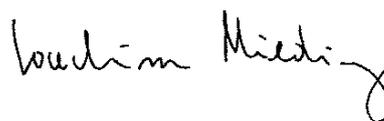
Eine weiterhin große Bedeutung im sozialen Rechtsschutz hat die Prozesskostenhilfe. Die Anzahl der erstinstanzlichen Anträge ist auf hohem Niveau leicht von 37.100 auf 35.743 zurückgegangen. Dies dürfte mit der Reduzierung der Gesamteingänge zusammenhängen. Immer noch werden in über 40% der Verfahren Anträge auf Prozesskostenhilfe gestellt, von denen fast 2/3 erfolgreich sind.

Die Digitalisierung der Justiz schreitet voran. Im Frühjahr/Sommer dieses Jahres soll das Sozialgericht Düsseldorf als sog. Pilotgericht im Zuge der Einführung des elektronischen Rechtsverkehrs zunächst auf ein neues Fachverfahren umstellen, das bereits sämtliche Komponenten zur elektronischen Aktenbearbeitung enthält. In einem weiteren Schritt soll dann die elektronische Aktenbearbeitung in einigen ausgewählten Fachkammern des Sozialgerichts Düsseldorf erprobt werden. Gesteuert

werden die elektronischen Verfahren aus dem im Jahr 2015 errichteten justizeigenen Rechenzentrum in Münster.

Der soziale Rechtsschutz durch die Sozialgerichtsbarkeit hat sich auch 2015 in Nordrhein-Westfalen wieder bewährt. Die der Sozialgerichtsbarkeit zugewiesenen Rechtsstreitigkeiten kommen aus der Mitte der Gesellschaft und stehen oft im Zentrum politischer Diskussionen. Die Richterinnen und Richter und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gerichtsbarkeit werden sich auch 2016 den damit verbundenen Herausforderungen engagiert stellen.

Mit besten Grüßen



Joachim Nieding
Präsident des Landessozialgerichts
Nordrhein-Westfalen

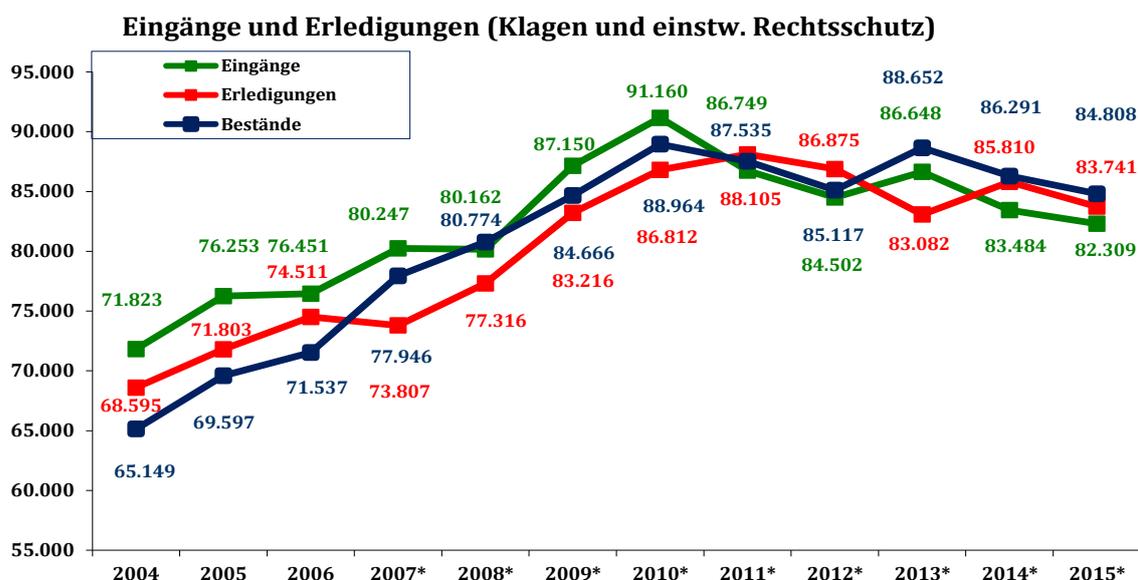


Martin Löns
Vizepräsident des Landessozialgerichts
Nordrhein-Westfalen

A. Geschäftsentwicklung bei den Sozialgerichten in Nordrhein-Westfalen

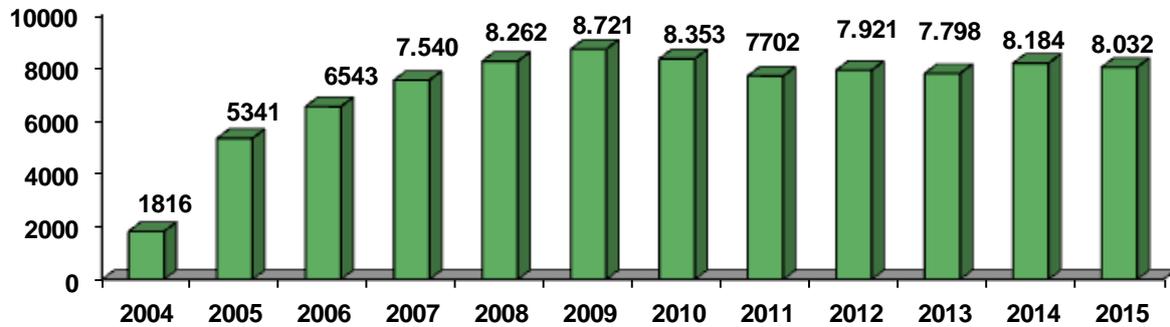
I. Daten und Zahlen 2015 *

Im Kalenderjahr 2015 gingen bei den acht Sozialgerichten insgesamt 82.309 Verfahren (Klagen und Anträge auf einstweiligen Rechtsschutz) neu ein. Das waren 1.175 Verfahren weniger als im Vorjahr (-1,43 %). Im Durchschnitt bestand bei knapp 219 Vollzeitrichterstellen 218,73 eine durchschnittliche Eingangsbelastung von 376 Streitverfahren pro Richterin/Richter. Die Sozialgerichte haben 2015 insgesamt 83.741 Verfahren erledigt (- 2,41 %). Im Durchschnitt erledigte jede Richterin und jeder Richter in der ersten Instanz 383 Verfahren. Das entspricht 1,05 Verfahren pro Kalendertag oder 1,74 Verfahren pro Arbeitstag bei 220 Arbeitstagen im Jahr. Am Jahresende 2015 waren bei den Sozialgerichten 84.808 unerledigte Verfahren anhängig. Im Vergleich zum Vorjahr wurde der Bestand um 1,72 % abgebaut.



* Quelle: 2000-2006 Bundesstatistik, ab 2007 IT.NRW-Zählkartenstatistik

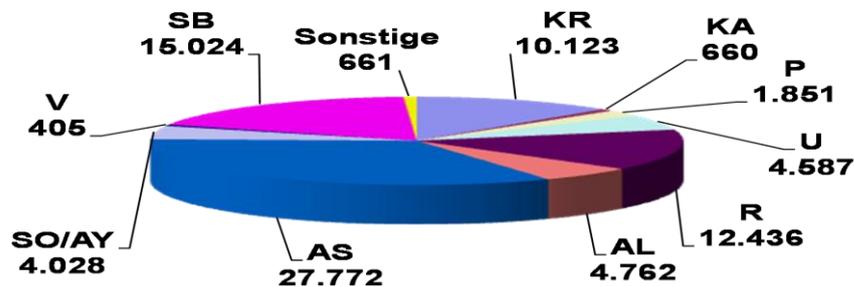
Die Zahl der Verfahren im **einstweiligen Rechtsschutz** sank um 1,86 % auf 8.032 (Vorjahr: 8.184 Verfahren).



Im Jahre 2015 verzeichneten die Sozialgerichte in Nordrhein-Westfalen zudem noch folgenden Geschäftsanfall:

	(2014)	2015
Kostensachen:	2.346	1.964
Amts- und Rechtshilfeersuchen:	283	217
Anträge auf Ablehnung von Gerichtspersonen:	314	357
Sonstige Verfahren:	112	110
Verweisungen an den Güterichter:	0	31
Summe:	3.055	2.679

II. Übersicht über die Geschäftsentwicklung in den Sachgebieten



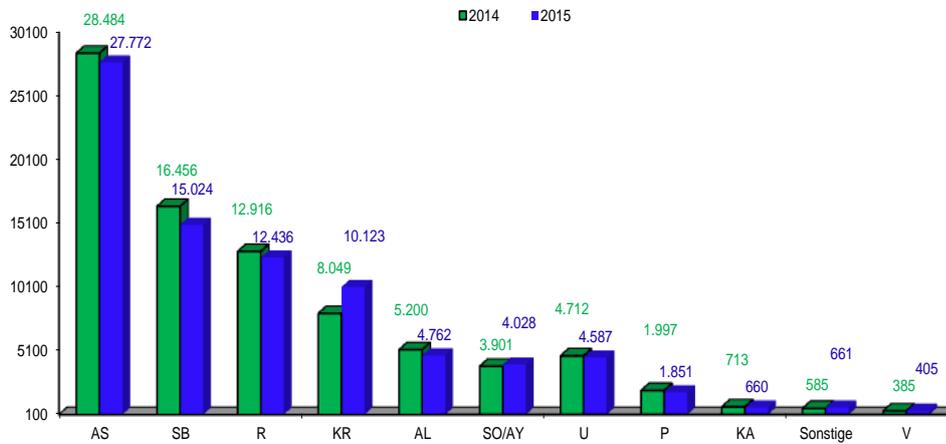
Anteil der Sachgebiete an den Eingängen

AS	Grundsicherung für Arbeitsuchende	33,74 %
SB	Schwerbehindertenrecht	18,25 %
R	Rentenversicherung	15,11 %
KR	Krankenversicherung	12,30 %
AL	Arbeitslosenversicherung	5,79 %
U	Unfallversicherung	5,57 %
SO/AY	Sozialhilfe/Asylbewerberleistungsgesetz	4,89 %
P	Pflegeversicherung	2,25 %
KA	Vertrags(zahn)arztrecht	0,80 %
V	Versorgungs- und Entschädigungsrecht	0,49 %
	Sonstige	0,80 %

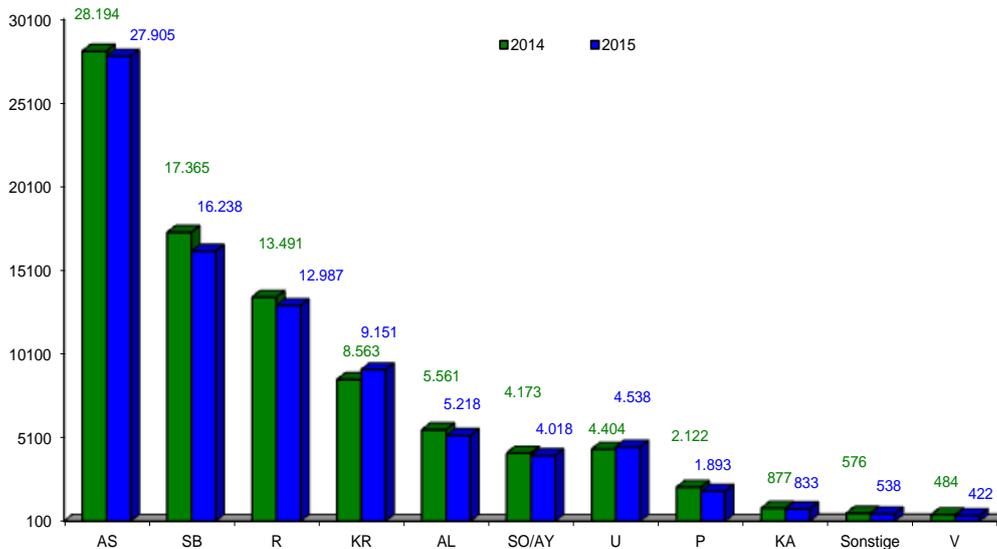
Im Vergleich zum Vorjahr haben die Eingänge im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende auf hohem Niveau nur leicht abgenommen. Die Streitsachen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung haben um 2.074 Verfahren (+ 25,77 %) stark zugenommen. Ein deutlicher Rückgang ist weiterhin im Bereich des Schwerbehindertenrechts festzustellen. Im Einzelnen stellen sich die Entwicklungen wie folgt dar:

Sachgebiet Klagen + einstweiliger Rechtsschutz	Eingänge 2014	Eingänge 2015	Veränderung +/-	Veränderung in %
Grundsicherung für Arbeitsuchende	28.484	27.772	- 712	- 2,50
Schwerbehindertenrecht SGB IX	16.456	15.024	- 1.432	- 8,70
Rentenversicherung	12.916	12.436	- 480	- 3,72
Krankenversicherung	8.049	10.123	+ 2.074	+ 25,77
Arbeitslosenversicherung	5.200	4.762	- 438	- 8,42
Sozialhilfe / Asylbewerberleistungsgesetz	3.901	4.028	+ 127	+ 3,26
Unfallversicherung	4.712	4.587	- 125	- 2,65
Pflegeversicherung	1.997	1.851	- 146	- 7,31
Vertrags(zahn)arztangelegenheiten	713	660	- 53	- 7,43
Versorgungs- und Entschädigungsrecht	471	405	- 65	- 13,80
Sonstige	585	661	+ 76	+ 12,99
Gesamt	83.484	82.309	- 1.175	- 1,43

Eingänge bei den Sozialgerichten



Erledigungen bei den Sozialgerichten



- AS Grundsicherung für Arbeitsuchende
- SB Schwerbehindertenrecht
- R Rentenversicherung
- KR Krankenversicherung
- AL Arbeitslosenversicherung
- SO/AY Sozialhilfe/Asylbewerberleistungsgesetz
- U Unfallversicherung
- P Pflegeversicherung
- KA Vertrags(zahn)arztrecht
- V Versorgungs- und Entschädigungsrecht

III. Erfolgsquoten

Von den erledigten Klagen, an denen Versicherte und Leistungsberechtigte beteiligt waren, endeten für diesen Personenkreis im Kalenderjahr 2015:

mit vollem Erfolg	20,10 %
mit teilweisem Erfolg	20,80 %
ohne Erfolg	52,81 %
auf sonstige Art	6,29 %

Die Versicherten und Leistungsberechtigten obsiegten damit in mehr als 4 von 10 Verfahren zumindest teilweise. Die Erfolgsquote sank leicht von 41,05% auf 40,90%.

Erfolgsquoten je Fachgebiet in %

Fachgebiete	AS	SB	R	KR	AL	SO/AY	U	P	V	Sonstige
mit vollem Erfolg	25,10	20,25	16,47	18,51	21,06	24,09	8,23	16,63	7,18	16,24
mit teilweisem Erfolg	18,37	31,93	20,66	13,18	15,84	20,23	10,95	23,14	10,77	15,23
ohne Erfolg	47,72	46,44	58,59	58,27	57,27	46,27	73,06	54,81	73,20	50,76
auf sonstige Art	8,81	1,38	4,28	10,04	5,83	9,41	7,76	5,42	8,85	17,77

IV. Verfahrensdauer

Die Verfahrensdauer hat sich leicht verlängert. Die durchschnittliche Laufzeit eines Klageverfahrens betrug 13,0 (Vorjahr 12,7) Monate und im einstweiligen Rechtsschutz 1,1 Monate.

V. Prozesskostenhilfeanträge

Die Zahl der Prozesskostenhilfeanträge erreichte 2015 einen Stand von 35.743. Im Vergleich zum Vorjahr sank sie damit um 1.357 (bei weniger Eingängen). Dies ist – verglichen mit 2014 – eine Abnahme um 3,66 %. In mehr als 43 % der erstinstanzlichen Verfahren wurde um Prozesskostenhilfe (PKH) nachgesucht.

Bei den Sozialgerichten betrug die Zahl der gestellten PKH-Anträge durch Versicherte oder Leistungsberechtigte:

im Jahre 2000 bei 58.622 Eingängen	4.236 =	7,23 %
im Jahre 2001 bei 60.755 Eingängen	4.364 =	7,18 %
im Jahre 2002 bei 58.702 Eingängen	4.640 =	7,90 %
im Jahre 2003 bei 62.502 Eingängen	5.590 =	8,94 %
im Jahre 2004 bei 71.823 Eingängen	6.663 =	9,28 %
im Jahre 2005 bei 76.253 Eingängen	11.852 =	15,54 %
im Jahre 2006 bei 76.451 Eingängen	16.735 =	21,89 %
im Jahre 2007 bei 80.247 Eingängen	22.443 =	27,97 %
im Jahre 2008 bei 80.162 Eingängen	29.126 =	36,33 %
im Jahre 2009 bei 87.150 Eingängen	35.372 =	40,59 %
im Jahre 2010 bei 91.160 Eingängen	39.446 =	43,27 %
im Jahre 2011 bei 86.749 Eingängen	37.034 =	42,71 %
im Jahre 2012 bei 84.463 Eingängen	36.282 =	42,96 %
im Jahre 2013 bei 86.648 Eingängen	37.024 =	42,73 %
im Jahre 2014 bei 83.484 Eingängen	37.100 =	44,44 %
im Jahre 2015 bei 82.309 Eingängen	35.743 =	43,43 %
	(2014)	2015
eingegangene PKH-Anträge:	37.100	35.743
erledigte PKH-Anträge:	37.733	35.928
von den erledigten Anträgen hatten Erfolg:	22.550	21.926

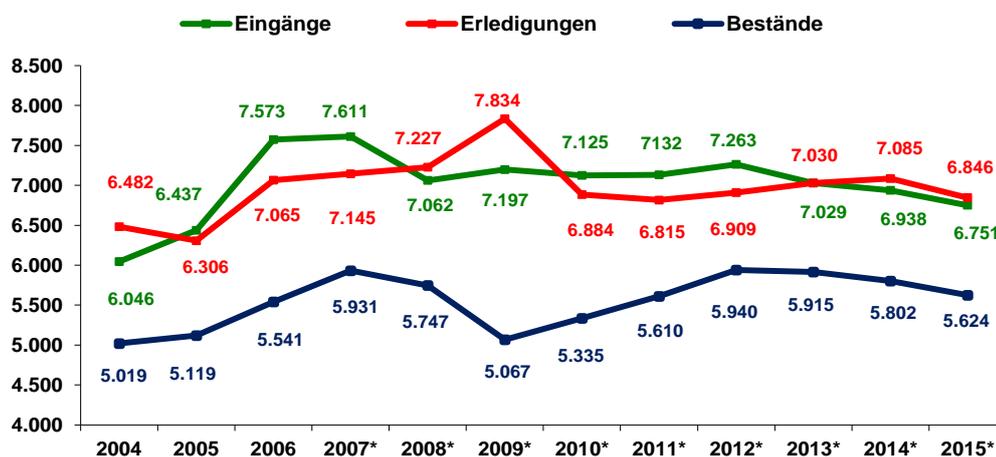
Von den PKH-Anträgen, die die Sozialgerichte im Jahre 2015 beschieden (35.928), waren damit fast zwei Drittel (61,03 %) erfolgreich.

B. Geschäftsentwicklung beim Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen

I. Daten und Zahlen 2015

Im Kalenderjahr 2015 sank die Zahl der Eingänge (Berufungen und Beschwerden) beim Landessozialgericht - verglichen mit dem Vorjahreszeitraum - um 2,70 % auf insgesamt 6.751 Verfahren (Vorjahr: 6.938 Verfahren). Im Durchschnitt bestand bei knapp 64 Vollzeitstellen eine Eingangsbelastung von 98 Verfahren. Die Zahl der Erledigungen sank um 3,37 % auf 6.846 Verfahren (Vorjahr: 7.085 Verfahren). Im Durchschnitt erledigte jede Richterin und jeder Richter in der zweiten Instanz 100 Verfahren. Der Bestand sank um 3,07 % und lag am Jahresende bei 5.624 Verfahren (Vorjahr: 5.802 Verfahren).

Entwicklung der Eingänge und der Erledigungen beim Landessozialgericht NRW

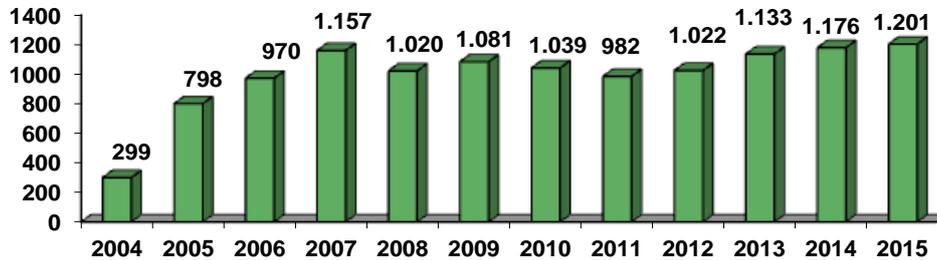


Zahlenbasis: 2000-2006 aus der Bundesstatistik, 2007 - 2011* aus der Zählkartenstatistik des IT.NRW

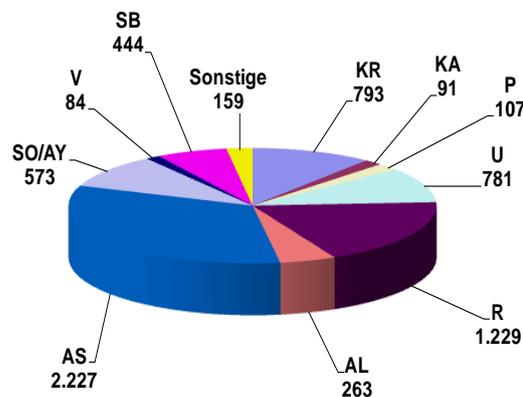
Im Jahre 2015 verzeichnete das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen zudem noch folgenden Geschäftsanfall:

	2014	2015
Kostensachen:	200	92
Entschädigungsklagen nach § 201 GVG in Verbindung mit § 202 SGG:	109	333
Sonstige Verfahren:	207	208
Ablehnung von Gerichtspersonen:	421	158
Verweisung an den Güterichter:	4	18
Summe:	941	809

Die Zahl der Beschwerden im **einstweiligen Rechtsschutz** stieg um 2,13 % auf 1.201 (Vorjahr: 1.176 Verfahren) und erreicht damit einen bisherigen Höchststand.



II. Übersicht über die Geschäftsentwicklung in den einzelnen Sachgebieten



Anteil der Sachgebiete an den Eingängen

AS	Grundsicherung für Arbeitsuchende	32,99 %
R	Rentenversicherung	18,21 %
KR	Krankenversicherung	11,75 %
U	Unfallversicherung	11,57 %
SO/AY	Sozialhilfe/Asylbewerberleistungsgesetz	8,49 %
SB	Schwerbehindertenrecht	6,58 %
AL	Arbeitslosenversicherung	3,90 %
P	Pflegeversicherung	1,58 %
KA	Vertrag(zahn)arztrecht	1,35 %
V	Versorgungs- und Entschädigungsrecht	1,24 %
	Sonstige	2,36 %

Die Eingangsbelastung im Vergleich zum Vorjahr stellt sich wie folgt dar:

Sachgebiet	Eingänge 2014	Eingänge 2015	Veränderung +/-	Veränderung in %
Grundsicherung für Arbeitsuchende	2.344	2.227	- 117	- 4,99
Rentenversicherung	1.263	1.229	- 34	- 2,69
Krankenversicherung	741	793	+ 52	+ 7,02
Unfallversicherung	738	781	+ 43	+ 5,83
Sozialhilfe/Asylbewerber- leistungsgesetz.	581	573	- 8	- 1,38
Schwerbehindertenrecht	449	444	- 5	- 1,11
Arbeitslosenversicherung	318	263	- 55	- 17,30
Pflegeversicherung	146	107	- 39	- 26,71
Vertrags(zahn)arztangelegenheiten	108	91	- 17	- 15,74
Versorgungs- und Entschädigungsrecht	92	84	- 12	- 13,04
Sonstige	158	159	+1	+ 0,63
Gesamt	6.938	6.751	- 187	- 2,70

III. Erfolgsquoten

Von den erledigten Berufungen, an denen Versicherte und Leistungsberechtigte beteiligt waren, endeten für diesen Personenkreis beim Landessozialgericht im Kalenderjahr 2015:

mit vollem Erfolg	7,36 %
mit teilweisem Erfolg	19,63 %
ohne Erfolg	68,03 %
auf sonstige Art	4,98 %

Die Versicherten und Leistungsberechtigten obsiegten damit in knapp 3 von 10 Verfahren zumindest teilweise. Die Erfolgsquote aller Berufungen lag – verglichen mit dem Vorjahr (28,44 %) – etwas niedriger bei 26,99 %.

Erfolgsquoten je Fachgebiet in %

Fachgebiete	AS	R	KR	U	SO/AY	SB	AL	P	V	Sonstige
mit vollem	10,26	8,58	4,70	3,73	14,98	4,20	6,77	8,33	4,88	14,58
mit teilweisem Erfolg	17,95	20,14	22,45	15,71	20,60	28,08	19,80	17,86	13,42	14,59
ohne Erfolg	65,86	66,82	67,62	76,17	52,81	65,62	70,83	69,05	79,26	64,58
auf sonstige Art	5,93	4,46	5,23	4,39	11,61	2,10	2,60	4,76	2,44	6,25

IV. Verfahrensdauer

Die Dauer der Berufungsverfahren von der Einlegung der Berufung bis zur Erledigung betrug im Jahre 2015:

unter 6 Monate	28,16 % der Fälle
6 Monate bis unter 12 Monate	23,74 % der Fälle
12 Monate bis unter 18 Monate	16,28 % der Fälle
18 Monate bis unter 24 Monate	13,38 % der Fälle
24 Monate und mehr	18,45 % der Fälle

Damit konnten im Kalenderjahr 2015 51,90 % der Berufungen in weniger als 12 Monaten und 68,18 % der Berufungen innerhalb von 18 Monaten erledigt werden. Die durchschnittliche Laufzeit lag bei 14,5 (Vorjahr 13,6) Monaten. Beim einstweiligen Rechtsschutz lag die durchschnittliche Verfahrensdauer ähnlich wie im letzten Jahr bei 2,3 (Vorjahr 2,1) Monaten.

V. Prozesskostenhilfeanträge

Im Jahr	(2014)	2015
eingegangene PKH-Anträge	1.970	1.935
erledigte PKH-Anträge	1.937	1.838
Von den erledigten Anträgen hatten Erfolg	1.009	880

Von den PKH-Anträgen, die das Landessozialgericht im Jahre 2015 beschied, war knapp die Hälfte erfolgreich (880 Anträge = 45,48 %).

Entscheidungssammlung

I. Grundsicherung für Arbeitsuchende

Unabweisbarer Mehrbedarf bei regelmäßigen Fahrten zur Methadonbehandlung

Fahrkosten im Zusammenhang mit einer Methadonsubstitution unter ärztlicher Aufsicht können einen Mehrbedarf begründen.

Der Kläger stand im laufenden Bezug von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Er hatte keine Angehörigen und war an Hepatitis C und HIV erkrankt. Der Kläger lebte in einer stationären Einrichtung der Wohnungshilfe in C. Zur Durchführung einer Methadonbehandlung fuhr er täglich in eine Ambulanz in C; vierzehntäglich musste er zur Behandlung der Hepatitis C- und HIV-Erkrankung in ein Krankenhaus in C. Der Kläger begehrt mit seiner Klage die Übernahme der durch die Fahrten entstehenden Kosten - konkret der Kosten für ein im Stadtbereich C gültiges Sozialticket in Höhe von 29,90 Euro monatlich - als Mehrbedarf.

Der 6. Senat hat der Berufung des Klägers gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil stattgegeben. Bei den Kosten des Sozialtickets handele es sich um einen besonderen unabweisbaren Mehrbedarf, der durch den Beklagten zu übernehmen sei. Ungeachtet der Tatsache, dass im Regelbedarf ein Anteil für Fahrkosten enthalten sei, begründeten die Anzahl der Fahrten und die durch sie verursachten Kosten einen besonderen Bedarf. Dieser sei in Höhe der Kosten des Sozialtickets auch unabweisbar. Zwar seien im Regelbedarf Ausgaben für den Verkehr erfasst, diese lägen jedoch ca. 6,00 Euro unterhalb des Preises für ein Sozialticket. Der Erwerb eines Sozialtickets könne daher von einem Leistungsbezieher typischerweise nicht erwartet werden. Bei der Differenz handele es sich auch nicht um eine unerhebliche Abweichung im Bagatellbereich (*Urteil vom 19.03.2015 – L 6 AS 1926/14*).

Mehrbedarf bei Schwangerschaft unabhängig vom Alter der Schwangeren an vollem Regelbedarf zu bemessen

Eine volljährige, schwangere, unverheiratete, erwerbsfähige Hilfebedürftige, die das 25. Lebensjahr nicht vollendet hat und mit ihrem nicht erwerbsfähigen Vater in einem Haushalt lebt, erhält 80 Prozent des vollen Regelbedarfs. Jedoch richtet sich die Höhe des Anspruchs auf Mehrbedarf wegen Schwangerschaft nach dem vollen Regelbedarf.

Die volljährige, aber unter 25-jährige schwangere Klägerin und ihr nicht erwerbsfähiger Vater leben in einem gemeinsamen Haushalt. Sie bezogen laufend Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Die Klägerin erhielt 80 Prozent des vollen Regelbedarfs zzgl. eines Mehrbedarfs für Schwangere in Höhe von 17 Prozent des ihr bewilligten Regelbedarfs. Hiergegen wandte sich die Klägerin mit

ihrer Klage. Sie ist der Auffassung, ihr stehen der Regelbedarf in voller Höhe und damit auch ein höherer Mehrbedarf für Schwangere zu.

Der 6. Senat hat der Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil teilweise stattgegeben. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf die Bewilligung des für Alleinstehende maßgeblichen vollen Regelbedarfs. Mitglied ihrer Bedarfsgemeinschaft sei ihr nicht erwerbsfähiger Vater. Dies schließe aus, dass die Klägerin, wie vom Gesetz gefordert, alleinstehend sei. Nicht erheblich sei, dass der Vater lediglich so lange leistungsberechtigt sei, wie die Klägerin als Hauptleistungsberechtigte die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach dem SGB II erfülle. Jedoch stehe der Klägerin im Wege einer verfassungskonformen Auslegung des § 21 Abs. 1 SGB II ein Anspruch auf Bewilligung des Mehrbedarfs wegen Schwangerschaft in Höhe von 17 Prozent des vollen Regelbedarfs zu. Denn der Verweis auf den „maßgebenden Regelbedarf“ in § 21 Abs. 2 SGB II verstoße gegen den Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz, da werdende Mütter ohne sachlichen Grund einen Mehrbedarf in unterschiedlicher Höhe erhielten (*Urteil vom 18.12.2014 – L 6 AS 1732/13*).

Geltungsdauer von Eingliederungsvereinbarungen bzw. -verwaltungsakten

Eine Eingliederungsvereinbarung bzw. ein –verwaltungsakt darf ohne weitere Ermessenserwägungen einen Zeitraum von sechs Monaten zuzüglich der Tage des Monats, in dem die Vereinbarung abgeschlossen bzw. der Verwaltungsakt erlassen wird, erfassen.

Der Kläger bezog laufend Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Nachdem er sich geweigert hatte, eine entsprechende Vereinbarung abzuschließen, erließ der Beklagte am 07.12.2012 einen Eingliederungsverwaltungsakt. Hierin war unter anderem bestimmt, dass die festgelegten Regelungen für die Zeit vom 07.12.2012 bis zum 30.06.2013 gelten sollten. Der Kläger erhob Klage gegen den Eingliederungsverwaltungsakt.

Der 7. Senat hat die Berufung des Klägers gegen das klageabweisende Urteil des Sozialgerichts zurückgewiesen. Der Eingliederungsverwaltungsakt sei rechtmäßig. Insbesondere habe der Beklagte die in § 15 Abs. 1 Satz 3 SGB II vorgesehene Geltungsdauer von im Regelfall sechs Monaten nicht überschritten. Eine Auslegung dahingehend, dass die Geltungsdauer des Bescheides sechs volle Kalendermonate zuzüglich der Tage des Monats, in dem der Bescheid erlassen wird, erfasse, sei mit dem Gesetzeswortlaut vereinbar. Das SGB II sei auf eine kalendermonatsweise Betrachtung angelegt. Auch solle die Regellaufzeit einer Eingliederungsvereinbarung bzw. eines –verwaltungsaktes dem „Regelbewilligungszeitraum“ für Grundsicherungsleistungen, der ebenfalls sechs Monate betrage, entsprechen. Daher sei es ausgeschlossen, die Geltungsdauer eines Eingliederungsverwaltungsaktes taggenau während des Laufs des Monats enden zu lassen (*Urteil vom 29.01.2015 – L 7 AS 1305/14*).

Aussetzung der Tilgung von Darlehen für Genossenschaftsanteile

Genossenschaftsanteile, die bei Anmietung einer neuen Unterkunft bei einer Wohnungsbaugenossenschaft erworben werden müssen, sind nur als Darlehen zu übernehmen. Jedoch kann die im Darlehensbescheid enthaltene Verfügung, dass die Tilgung durch Aufrechnung in Höhe von monatlich 10 Prozent des maßgebenden Regelbedarfs erfolgt, in atypischen Fällen - wie der Bewilligung von Genossenschaftsanteilen - rechtswidrig sein. Bei verfassungskonformer Auslegung eröffnet das Gesetz die Möglichkeit, die Tilgung nach pflichtgemäßem Ermessen bis zum Ausscheiden des Hilfebedürftigen aus dem Leistungsbezug oder bis zur Auszahlung des Guthabens durch die Genossenschaft auszusetzen.

Der psychisch kranke Kläger bezog laufend Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Zu März 2014 unterzeichnete er einen Dauernutzungsvertrag mit einer Wohnungsbaugenossenschaft über eine Wohnung in dem Haus, in dem auch seine Mutter lebte. Der Umzug war auf Grund der Erkrankung des Klägers aus medizinischer Sicht erforderlich. Voraussetzung für den Abschluss des Mietvertrages war unter anderem der Erwerb von Genossenschaftsanteilen. Der Beklagte bewilligte dem Kläger insoweit ein Darlehen in Höhe von 2.290,00 Euro und kündigte durch Bescheid an, die Summe in monatlichen Raten von 10 Prozent des maßgebenden Regelbedarfs gegen den laufenden Leistungsanspruch ab April 2014 aufzurechnen. Der Kläger begehrt mit seiner Klage die Umwandlung des Darlehens in einen Zuschuss. Zumindest aber sei die Aufrechnungserklärung im Darlehensbescheid aufzuheben.

Der 7. Senat hat der Berufung des Klägers gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil teilweise stattgegeben. Zwar habe der Kläger keinen Anspruch auf die Übernahme der Genossenschaftsanteile als Zuschuss. Die Regelung des § 22 Abs. 6 Satz 3 SGB II, nach der Mietkationen als Darlehen erbracht werden sollen, sei auf die Genossenschaftsanteile entsprechend anzuwenden, da sie genau wie eine Mietkaution nach Beendigung des Nutzungsverhältnisses zurückgezahlt würden. Ungeachtet dessen sei die Aufrechnungserklärung im Darlehensbescheid jedoch rechtswidrig. Im Wege einer verfassungskonformen Auslegung eröffne die gesetzliche Regelung auch die Möglichkeit, eine Mietkaution als Darlehen zu bewilligen, dessen Tilgung bis zum Ausscheiden des Hilfebedürftigen aus dem Leistungsbezug oder bis zur Auszahlung des Guthabens durch die Genossenschaft ausgesetzt werde. Wegen der psychischen Erkrankung des Klägers und der sich daraus ergebenden Notwendigkeit der Anmietung der konkreten Wohnung ist der Beklagte verpflichtet gewesen, diese Möglichkeit zu wählen. Zu berücksichtigen sei auch, dass die Höhe des gewährten Darlehens diejenige einer auf drei Monatsmieten beschränkten Kautions deutlich übersteige (*Urteil vom 23.04.2015 – L 7 AS 1451/14*).

Von einer Rechtswahrungsanzeige erfasste Kostenbeiträge zum Kindesunterhalt sind als Freibetrag vom Einkommen abzusetzen

Von dem Einkommen eines Unterhaltsverpflichteten, welches grundsätzlich auf den Bedarf nach dem SGB II anzurechnen ist, ist derjenige Teil abzuziehen, der als Kostenbeitrag wegen der stationären Unterbringung eines Kindes zu leisten ist.

Die Klägerinnen standen im laufenden Bezug von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Im August 2011 teilte die Stadt S der Klägerin zu 1) durch eine Rechtswahrungsanzeige mit, dass ihr Sohn und sie ab dem 02.09.2011 Jugendhilfe in Form einer Unterbringung in einer Mutter-Kind-Einrichtung erhielten. Die Klägerin zu 1) habe sich mindestens in Höhe des für ihren Sohn gezahlten Kindergeldes an den Unterbringungskosten zu beteiligen und das Kindergeld „ab sofort“ zur Erstattung vorzuhalten. Ab September 2011 wurde der Sohn in einer stationären Einrichtung untergebracht. Der Beklagte änderte daraufhin die Bewilligung der Grundsicherungsleistungen für die Zeit ab Oktober 2011 ab und rechnete das für den Sohn der Klägerin zu 1) gezahlte Kindergeld als deren Einkommen bedarfsmindernd an. Die Stadt S setzte im November 2011 den Beitrag der Klägerin zu 1) für die Unterbringung des Sohnes in Höhe des monatlich für ihn gezahlten Kindergeldes fest und forderte sie zur Erstattung auf.

Der Beklagte hob im Jahr 2012 die Leistungsbewilligung für die Zeit ab Oktober 2011 wegen der Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung durch die Klägerin zu 1) teilweise auf. Hiergegen wandten sich die Klägerinnen mit ihrer Klage.

Der 19. Senat hat der Berufung des Beklagten gegen das erstinstanzliche Urteil hinsichtlich der Höhe des anzurechnenden Erwerbseinkommens teilweise stattgegeben. Die Anrechnung des für den Sohn gezahlten Kindergeldes als Einkommen der Klägerin zu 1) sei jedoch rechtswidrig. Dies gelte ungeachtet der Frage, ob es sich bei den Kindergeldzahlungen im Hinblick auf die Rechtswahrungsanzeige der Stadt S überhaupt um Einkommen handele. Jedenfalls sei die festgesetzte Summe als Freibetrag vom Einkommen abzuziehen. Denn § 11b Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB II sehe vor, dass Aufwendungen zur Erfüllung gesetzlicher Unterhaltspflichten bis zu dem in einem Unterhaltstitel oder in einer notariell beurkundeten Unterhaltsvereinbarung festgelegten Betrag vom Einkommen abzusetzen seien. Die Regelung trage dem Umstand Rechnung, dass gesetzliche Unterhaltsansprüche, soweit sie pfändbar seien, dem Leistungsberechtigten nicht als einsatzfähige Mittel zur Verfügung stünden. Die Vorschrift erfasst ihrem Sinn und Zweck nach daher auch Kostenbeiträge, die wie im konkreten Fall dem Kindesunterhalt dienen (*Urteil vom 07.09.2015 – L 19 AS 2096/13*).

Kindergeldnachzahlung ist als laufende Einnahme zu werten

Bei einer Kindergeldnachzahlung für mehrere Monate handelt es sich um eine laufende Einnahme, welche ausschließlich im Zuflussmonat anzurechnen ist. Die anteilmäßige Berücksichtigung der Nachzahlung als Einkommen in den Folgemonaten ist nicht rechtmäßig.

Die Kläger standen im laufenden Bezug von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Dem Konto der Klägerin zu 2) wurde im Oktober 2012 eine Kindergeldnachzahlung für mehrere Monate in Höhe von 1.840,00 Euro gutgeschrieben. Der Beklagte senkte daraufhin durch Änderungsbescheide die Höhe der bewilligten Grundsicherungsleistungen unter Anrechnung der Kindergeldnachzahlung als monatliche Einnahme in Höhe von 306,67 Euro für die Zeit ab November 2012 ab. Hiergegen wandten sich die Kläger mit ihrer Klage.

Der 19. Senat hat der Berufung der Kläger gegen die klageabweisende erstinstanzliche Entscheidung stattgegeben. Bei der im Oktober 2012 zugeflossenen Kindergeldnachzahlung handele es sich nicht um eine einmalige Einnahme, welche in der Zeit ab November 2012 monatlich anteilmäßig anzurechnen wäre. Vielmehr sei sie als laufende Einnahme, die im Zuflussmonat zu berücksichtigen sei, zu qualifizieren. Maßgeblich für die Abgrenzung sei der Rechtsgrund der Zahlung. Beim Kindergeld sehe das Gesetz eine monatliche Auszahlung vor. Hieran ändere sich auch die nachträgliche Auszahlung von Kindergeld für mehrere Monate nichts (*Urteil vom 09.11.2015 – L 19 AS 924/15*).

II. Arbeitslosenversicherung/Arbeitsförderungsrecht

Umzug zur Familie nach Trennung von Lebensgefährtin kein wichtiger Grund für Eigenkündigung einer Beschäftigung

Der Verlust der gemeinsamen Wohnung auf Grund einer Trennung und die subjektiv fehlende Möglichkeit, eine neue Wohnung in der Nähe des Arbeitsplatzes zu finden, stellen keinen wichtigen Grund für eine fristlose Eigenkündigung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses dar.

Der Kläger stand in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis, welches er fristlos zum 02.05.2014 kündigte. Seine ehemalige Lebensgefährtin habe ihn aus der gemeinsamen Wohnung geworfen. Er sei danach zurück zu seiner Familie gezogen. Eine arbeitsplatznahe Wohnung habe er nicht finden können. Die Beklagte lehnte die Bewilligung von Arbeitslosengeld auf Grund einer Sperrzeit für die Zeit vom 09.05.2014 bis 24.07.2014 ab und stellte eine entsprechende Minderung der Anspruchsdauer fest. Hiergegen wandte sich der Kläger mit seiner Klage.

Der 9. Senat hat die Beschwerde des Klägers gegen die ablehnende erstinstanzliche Entscheidung über die Bewilligung von Prozesskostenhilfe zurückgewiesen und die

Feststellung der Sperrzeit bestätigt. Der Verlust der Wohnung und die hierdurch motivierte Rückkehr zur Familie stellten keinen wichtigen Grund für die Arbeitsplatzaufgabe dar. Ein solcher sei bei einem Ortswechsel aus persönlichen Gründen regelmäßig nur anzunehmen, soweit er der dauerhaften Herstellung einer ehelichen oder eheähnlichen Lebensgemeinschaft bzw. eingetragenen Lebenspartnerschaft diene oder die Notwendigkeit der Betreuung eines nahen Angehörigen bestehe, welche auf einer rechtlichen oder moralischen Verpflichtung beruhe (*Beschluss vom 25.02.2015 – L 9 AL 301/14 B*).

Kein Anspruch auf Mehraufwands-Wintergeld bei Arbeitseinsatz im Ausland

In Deutschland wohnende Arbeitnehmer, die bei einem in Deutschland ansässigen Unternehmen angestellt sind und im Ausland eingesetzt werden, haben keinen Anspruch auf „Mehraufwands-Wintergeld“.

Die Klägerin betrieb ein Bauunternehmen. In der Zeit ab Oktober 2009 führte sie Bauarbeiten auf einer Baustelle in den Niederlanden durch. Den dort eingesetzten Arbeitnehmern mit Wohnsitz in Deutschland zahlte sie wegen schlechter Witterung in den Monaten Dezember 2009, Januar und Februar 2010 Mehraufwands-Wintergeld. Im März 2010 beantragte sie bei der Beklagten die Erstattung der gezahlten Beträge. Diese lehnte eine Übernahme des Mehraufwands-Wintergeldes ab. Hiergegen wandte sich die Klägerin mit ihrer Klage.

Der 9. Senat hat der Berufung der Beklagten gegen die den Anspruch bejahende erstinstanzliche Entscheidung stattgegeben. Es bestehe kein Anspruch auf die Erstattung des Mehraufwands-Wintergeldes, denn der Anspruch setze voraus, dass hierfür zuvor Mittel durch eine vom Arbeitgeber zu entrichtende Umlage aufgebracht worden seien. Dies sei nicht der Fall. Die sog. Winterbeschäftigungsverordnung sehe vor, dass dem Arbeitgeber die zunächst pauschal entrichteten Umlagebeträge für Zeiten der Beschäftigung eines Arbeitnehmers im Ausland auf Antrag für ein Kalenderjahr erstattet würden. Ein Wahlrecht zwischen der Erstattung der Umlage und der Zahlung des Mehraufwands-Wintergeldes stehe dem Arbeitgeber nicht zu. Der 9. Senat hat betont, dass die maßgeblichen Regelungen mit höherrangigem nationalem und europäischem Recht vereinbar seien (*Urteil vom 07.05.2015 - L 9 AL 226/13*).

Keine Fahrkostenübernahme bei Berufsschulunterricht in Blockform, wenn Wohn- und Ausbildungsort identisch sind

Nach einem Beschluss in einem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes sind im Rahmen der Berufsausbildungsbeihilfe keine Kosten für die Fahrten eines Auszubildenden zwischen seinem Wohnort und der Berufsschule zu berücksichtigen, wenn der Berufsschulunterricht in Blockform stattfindet und der Wohnort mit dem Ort

der Ausbildungsstätte identisch ist und deshalb keine regelmäßigen Fahrkosten anfallen.

Der Antragsteller war Auszubildender bei einem in X ansässigen Unternehmen. Der ausbildungsbegleitende Berufsschulunterricht fand in Blockform in Y statt. Der Antragsteller bezog laufende Leistungen der Berufsausbildungsbeihilfe unter Berücksichtigung der Fahrkosten für die Fahrten zwischen seinem Wohnort und dem Ausbildungsplatz. Zu Februar 2014 verzog er nach X. Die Antragsgegnerin reduzierte die Leistungsbewilligung daraufhin unter teilweiser Aufhebung des ursprünglichen Bewilligungsbescheides um die bisher gewährten Fahrkosten. Der Antragsteller begehrte die Übernahme der Kosten für die Fahrten zwischen seiner Wohnung und der Berufsschule.

Der 9. Senat hat der von der Antragsgegnerin eingelegten Beschwerde gegen die erstinstanzliche Entscheidung, nach der einstweilen weiterhin die zunächst bewilligten Leistungen einschließlich der Fahrkosten an den Antragsteller auszuzahlen waren, stattgegeben, weil der Wohnort des Auszubildenden mit dem Ort der Ausbildungsstätte identisch sei und deshalb keine im Rahmen der Berufsausbildungsbeihilfe erstattungsfähigen Kosten anfielen (*Beschluss vom 15.12.2014 – L 9 AL 264/14 B ER*).

Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung erst ab tatsächlicher Auszahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung

Der für die Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung erforderliche Bezug einer zeitlich befristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung liegt nicht bereits ab Feststellung der vollen Erwerbsminderung, sondern erst ab dem Zeitpunkt der tatsächlichen Auszahlung der Rente vor.

Der Kläger bezog bis zum 23.09.2009 unter vollständiger Erschöpfung seines Anspruchs Arbeitslosengeld. Bereits im Jahr 2007 hatte er bei der Deutschen Rentenversicherung eine Rente wegen Erwerbsminderung beantragt. Nachdem diese zunächst abgelehnt worden war, einigten sich die Deutsche Rentenversicherung und der Kläger vergleichsweise darauf, dass in der Zeit von September 2009 bis August 2012 ein Zustand voller Erwerbsminderung vorgelegen habe. Die Rentenversicherung bewilligte sodann eine befristete Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für die Zeit vom 01.04.2010 bis 31.08.2012. Sozialleistungen für den Zeitraum vom 24.09.2009 bis zum 31.03.2010 bezog der Kläger nicht. Er meldete sich bei der Beklagten zu September 2012 erneut arbeitslos. Diese lehnte die Bewilligung von Arbeitslosengeld ab, da der Kläger seit dem 23.09.2009 keine neue Anwartschaft erfüllt habe. Hiergegen wandte sich der Kläger mit seiner Klage.

Der 20. Senat hat die Berufung des Klägers gegen das klageabweisende, erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen. Mangels Erfüllung der Anwartschaftszeit bestehe kein Anspruch auf die Bewilligung von Arbeitslosengeld. Die gesetzlich geregelte

Versicherungspflicht im Falle des Bezuges einer zeitlich befristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung setze voraus, dass auch unmittelbar vor Beginn der Rentenzahlungen eine Versicherungspflicht bestanden habe. Dies sei nicht der Fall, da maßgeblich die tatsächliche Auszahlung der Rente sei. In der Zeit vom 24.09.2009 bis zum 31.03.2010 sei jedoch lediglich die Erwerbsminderung festgestellt worden. Letzteres reiche zur Begründung des Versicherungspflichtverhältnisses nicht aus (*Beschluss vom 19.02.2015 – L 20 AL 22/14*).

III. Sozialhilfe-/Asylbewerberleistungsgesetz

Intensivierung familiärer Kontakte und gelegentliche Freizeitfahrten begründen keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für ein behindertengerechtes Kfz

Ein behinderter Bezieher von Sozialhilfeleistungen hat keinen Anspruch auf die Übernahme der Kosten für die Anschaffung eines behindertengerechten PKW im Wege der Eingliederungshilfe, wenn der PKW in erster Linie für Fahrten zu Verwandten und für gelegentliche Freizeitaktivitäten genutzt werden soll.

Die schwerbehinderte Klägerin stand im laufenden Bezug von Sozialhilfeleistungen. Sie war auf einen Elektrorollstuhl angewiesen und erhielt wegen verschiedener Erkrankungen Leistungen der Pflegestufe 2. Mit ihrer Klage begehrte sie die Verpflichtung des Beklagten zur Übernahme der Kosten für die Anschaffung eines behindertengerechten Kfz im Wege der Eingliederungshilfe. Der Pkw sei erforderlich, um familiäre Kontakte zu pflegen und an kulturellen Veranstaltungen teilzunehmen.

Der 9. Senat hat die Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf die Übernahme der Kosten für die Anschaffung eines behindertengerechten Kfz. Soweit sie den PKW benötige, um ihre familiären Kontakte zu pflegen, handele es sich nicht um eine von der Eingliederungshilfe erfasste Leistung zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben. Denn diese diene dazu, behinderten Menschen den Kontakt mit ihrer Umwelt zu ermöglichen und den Umgang mit nichtbehinderten Menschen zu fördern. Dem genüge der Wunsch, familiäre Kontakte – nicht aber Kontakte zu nichtbehinderten anderen Menschen - zu intensivieren, nicht.

Auch sei die Anschaffung des Kfz hinsichtlich der nicht näher konkretisierten Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen nicht unentbehrlich und damit nicht notwendig zur Verständigung mit der Umwelt bzw. Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben. So könne die Klägerin unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Einschränkungen darauf verwiesen werden, andere Transportmöglichkeiten, z. B. einen Behindertenfahrdienst, zu nutzen. Im Übrigen könne eine sporadische Freizeitaktivität einen Anspruch auf Übernahme der Anschaffungskosten für ein behindertengerechtes Kfz dann nicht begründen, wenn auch ein nichtbehinderter und –sozialhilfebedürftiger Mensch gleichen Alters in einer vergleichbaren Situation die Anschaffung eines PKW nicht ernsthaft beabsichtigen würde (*Urteil vom 28.05.2015 – L 9 SO 303/13*).

Kein Anspruch auf Übernahme von Passbeschaffungskosten

Bezieher von Grundsicherung haben keinen Anspruch auf die Übernahme der Kosten für die Beschaffung eines neuen (ausländischen) Passes.

Der Kläger war türkischer Staatsangehöriger und verfügte über eine Niederlassungserlaubnis in der Bundesrepublik. Er stand im laufenden Bezug von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Mit seiner Klage begehrte er die Verpflichtung der Beklagten zur Übernahme der Kosten für die Beschaffung eines neuen türkischen Reisepasses in Höhe von 182,20 Euro als Zuschuss. Sein alter Reisepass sei nicht mehr gültig. Er benötige einen neuen, um seiner Passpflicht in Deutschland zu genügen. Die Kosten seien in Höhe der Differenz zwischen den tatsächlichen Kosten und dem im Regelbedarf für die Beschaffung eines Personalausweises berücksichtigten Betrag (28,80 Euro) durch die Beklagte zu tragen.

Der 20. Senat hat die Berufung gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen. Das Gesetz enthalte keine Anspruchsgrundlage für die zuschussweise Übernahme von Passbeschaffungskosten. Der seit dem 01.01.2011 geltende und an den Kläger ausgezahlte Regelsatz berücksichtige bereits Aufwendungen für die Anschaffung eines deutschen Personalausweises. Die Kosten für einen türkischen Reisepass entsprächen diesem Bedarf. Dies gelte ungeachtet des Umstands, dass die Beschaffungskosten für einen türkischen Pass höher als die für einen deutschen Personalausweis seien. Auch stellten die Passbeschaffungskosten keinen laufenden, nicht nur einmaligen Bedarf dar. Verfassungsrechtliche Bedenken bestünden nicht. Da der türkische Pass zehn Jahre gültig sei und der Bedarf daher nur alle zehn Jahre anfalle, werde der Kläger bei einer Umrechnung des Gesamtbeitrages auf den Monat nur geringfügig höher belastet als im Falle eines Personalausweises (*Urteil vom 18.05.2015 – L 20 SO 355/13*).

Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten über die Rechtmäßigkeit einer Umzugsaufforderung bei Bezug von Asylbewerberleistungen

Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist eröffnet, wenn sich ein Bezieher von Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gegen die Aufforderung, von einer Gemeinschaftsunterkunft in eine andere zu ziehen, wendet.

Der Antragsteller ist serbischer Staatsangehöriger. Er bezog Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbG) und lebte mit seiner Familie seit Januar 2015 in einem Übergangwohnheim in D. Im Juli 2015 teilte ein Mitarbeiter der Stadt D der Familie des Antragstellers mit, sie müsse in eine andere Gemeinschaftsunterkunft umziehen. Gegen den Vollzug der Umzugsankündigung wandte sich der Antragsteller im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes vor dem Sozialgericht. Dieses hat den Sozialrechtsweg für unzulässig erklärt und den Rechtsstreit an das Verwaltungsgericht verwiesen.

Der 20. Senat hat der gegen die Verweisung gerichteten Beschwerde stattgegeben und den Rechtsweg zu den Sozialgerichten für zulässig erklärt. Maßgeblich für die Abgrenzung sei die Norm, aus der die vom Betroffenen begehrte Rechtsfolge abzuleiten sei. Die Frage, ob der Umzug vollzogen werden dürfe, sei allein anhand der Regelungen des AsylbLG zu bestimmen. Daher handele es sich um ein Rechtsverhältnis nach dem AsylbLG, für das der Sozialrechtsweg eröffnet sei (*Beschluss vom 27.08.2015 – L 20 AY 50/15 B*).

Empfänger von Asylbewerberleistungen haben keinen Anspruch auf Mehrbedarf für Alleinerziehende

Empfänger von Leistungen nach dem AsylbLG haben keinen Anspruch einen Mehrbedarf für Alleinerziehende. Eine entsprechende gesetzliche Grundlage sieht das AsylbLG nicht vor.

Die Antragsteller waren irakische Staatsangehörige. Sie lebten gemeinsam mit fünf weiteren Personen in einem vom Onkel der Antragstellerin zu 1) angemieteten Haus. Die Antragstellerin zu 1) – die Mutter des minderjährigen Antragstellers zu 2) – bezog laufende Leistungen nach dem AsylbLG. Einen Mehrbedarf für Alleinerziehende bewilligte die Antragsgegnerin nicht. Insbesondere hiergegen wandten sich die Antragsteller im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes.

Der 20. Senat hat der von den Antragstellern eingelegten Beschwerde gegen die erstinstanzliche Entscheidung, nach der einstweilen keine höheren Leistungen durch die Antragsgegnerin zu zahlen waren, hinsichtlich der Höhe des Regelbedarfs teilweise stattgegeben. Jedoch habe die Antragstellerin zu 1) keinen Anspruch auf die Bewilligung eines Mehrbedarfs für Alleinerziehende. Das AsylbLG enthalte keine entsprechende Anspruchsgrundlage. Ohne eine solche könne der geltend gemachte Mehrbedarf aber auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten nicht zugesprochen werden. Eine entsprechende Anwendung der Regelungen zum Mehrbedarf für Alleinerziehende im Sozialhilferecht (SGB XII) komme nicht in Betracht, da die Bemessung des Regelbedarfs im AsylbLG abschließend geregelt sei (*Beschluss vom 18.12.2014 - L 20 AY 76/14 B ER, L 20 AY 77/14 B ER*).

IV. Rentenversicherung

Operettensänger steht auch im Rahmen eines Gastspielvertrags in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis

Der 1962 geborene Kläger ist seit 1996 freischaffend als Opernsänger und Schauspieler tätig. Er wurde seit 1999 regelmäßig als Gast im Fach musikalischer Solist und Schauspieler in einem Theater tätig. Das Theater verfügt über kein festes

Ensemble. Alle künstlerischen Mitarbeiter sind über Teilspielzeit- oder Gastverträge engagiert. Für eine Operettenproduktion schlossen der Träger des Theaters und der Kläger einen Vertrag, wonach der Kläger als Sänger und Schauspieler engagiert wurde. Er nahm im Frühjahr 2010 zunächst an verschiedenen Proben und anschließend an mehreren Vorstellungen teil. Der Kläger ist ein künstlerisch anerkannter und populärer Sänger, der beim Publikum besonders beliebt ist.

Der zuständige Rentenversicherungsträger stellte im Rahmen eines sogenannten Statusfeststellungsverfahrens fest, dass der Kläger aufgrund seines Gastspielvertrags eine abhängige Beschäftigung ausgeübt hat und deshalb sozialversicherungspflichtig war. Diese Entscheidung ist vom Landessozialgericht grundsätzlich bestätigt worden. Auch bei einem international renommierten Bühnenkünstler sei von einer abhängigen Beschäftigung auszugehen, wenn er „funktionsgerecht dienend“ am künstlerischen Entstehungsprozess teilnehme und in eine vom Träger des Theaters vorgegebene Organisation eingegliedert sei. Die zwischen dem Kläger und dem Träger des Theaters abgeschlossene Vereinbarung entspreche in wesentlichen Grundzügen einem Arbeitsvertrag. Der Kläger habe eine erfolgsunabhängige Vergütung erhalten, die monatlich berechnet und über die Lohnsteuerkarte abgerechnet worden sei. Er habe an Aufführungen und Proben teilnehmen müssen. Eine kurzzeitige Abwesenheit in der Probenphase sei nur mit Genehmigung des Intendanten zulässig gewesen und der Kläger habe über Abwesenheitszeiten die Theaterleitung rechtzeitig in Kenntnis setzen und telefonisch erreichbar sein müssen. Das für ein Arbeitsverhältnis maßgebliche Weisungsrecht sei durch den Regisseur und Intendanten ausgeübt worden. Die Feststellung, dass ein Künstler im Rahmen eines Engagements abhängig beschäftigt sei, stelle in keiner Weise eine Herabsetzung seiner künstlerischen Reputation oder Leistung dar. Im konkreten Fall hatte allerdings der beklagte Rentenversicherungsträger die rechtzeitige Feststellung der Rentenversicherungspflicht versäumt, so dass trotz grundsätzlich bestehender Versicherungspflicht der Klage des Künstlers stattgegeben wurde.

Der Senat hat wegen grundsätzlicher Bedeutung die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen (*Urteil vom 06.05.2015 – L 8 R 655/14*).

Freiberuflicher Rechtsanwalt als Universitätsdozent (Lehrstuhlvertreter) nicht von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu befreien. Hochschullehre keine berufsspezifische anwaltliche Tätigkeit.

Ein freiberuflich tätiger Rechtsanwalt, der als Lehrstuhlvertreter für öffentliches Recht tätig wurde, ist in dieser Tätigkeit nicht von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu befreien.

Der Kläger ist als freiberuflicher Rechtsanwalt tätig. Darüber hinaus übte er mehrfach eine Tätigkeit als Lehrstuhlvertreter aus. Hierfür erhielt er eine monatliche Pauschalvergütung. Aufgrund seiner freiberuflichen Tätigkeit als Rechtsanwalt war er Mitglied

der Rechtsanwaltskammer und des Versorgungswerkes für Rechtsanwälte. Die beklagte Rentenversicherung hatte es abgelehnt, den Kläger von der Rentenversicherungspflicht als Lehrstuhlvertreter zu befreien.

Der 3. Senat hat einer Berufung der Beklagten gegen ein Urteil des Sozialgerichts, das dem Kläger Recht gab, stattgegeben. Das Sozialgericht habe die Beklagte zu Unrecht verurteilt, den Kläger von der Versicherungspflicht in seiner Lehrstuhl­tätigkeit zu befreien. Der Kläger sei in dieser Tätigkeit versicherungspflichtig und nicht von der Versicherungspflicht zu befreien. Die Lehrstuhl­tätigkeit sei keine berufsspezifische anwaltliche Tätigkeit. Die Tätigkeit des Klägers an der Universität sei eine reine Lehrtätigkeit. Selbst wenn die praktischen Erfahrungen als Rechtsanwalt dabei von Nutzen seien, sei der Kläger an der Universität nicht als Organ der Rechtspflege tätig und nicht mit der Regelung von Rechtsangelegenheiten betraut (*Urteil vom 13.07.2015 - L 3 R 422/12*).

Unerlaubte Arbeitnehmerüberlassung führt zu sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung bei dem Entleiher

Im Falle unerlaubter gewerbsmäßiger Arbeitnehmerüberlassung ist der Entleiher nicht nur im arbeitsrechtlichen, sondern auch im beitragsrechtlichen Sinn Arbeitgeber des Leiharbeitnehmers. Der Umstand, dass der Verleiher das Arbeitsentgelt an den Leiharbeitnehmer zahlt, steht dieser Annahme nicht entgegen.

Die Klägerin führt Projektleistungen in der Telekommunikationsbranche durch. Sie hat keine Genehmigung zur gewerbsmäßigen Arbeitnehmerüberlassung. Der Beigeladene ist Programmierer. Er wurde von dem Geschäftsführer der Klägerin angesprochen, ob er an einer Tätigkeit im Rahmen eines Auftrags für einen Telekommunikationsdienstleister Interesse habe. Der Beigeladene wurde daraufhin im Rahmen eines Projektvertrages für den Telekommunikationsdienstleister tätig (Aufbau einer Mobilfunkversorgung an ICE-Strecken). Die beklagte Rentenversicherung hatte festgestellt, dass die Tätigkeit des Beigeladenen als Standort-Projektordinator im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses für die Klägerin ausgeübt werde. Das Sozialgericht hat der hiergegen erhobenen Klage stattgegeben und festgestellt, dass es sich bei der Tätigkeit des Beigeladenen nicht um eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit handle. Der Beigeladene sei selbständig tätig.

Der 8. Senat hat die Berufung der beklagten Rentenversicherung zurückgewiesen. Zutreffend sei, dass der Beigeladene nicht zu der Klägerin in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehe. Allerdings habe seitens des Beigeladenen, der aufgrund einer unerlaubten gewerbsmäßigen Arbeitnehmerüberlassung durch die Klägerin an das Telekommunikationsunternehmen tätig geworden sei, ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis mit dem Telekommunikationsunternehmen bestanden. Die tatsächliche Vertragsumsetzung zeige, dass die Klägerin gegenüber dem Telekommunikationsunternehmen keine Aufgaben wahrgenommen habe, die über eine Vermittlung des Beigeladenen hinausgegangen seien.

Der Beigeladene sei in die betriebliche Organisation des Telekommunikationsunternehmens eingegliedert worden. Der Umstand, dass die Klägerin, nicht aber das Telekommunikationsunternehmen, das Arbeitsentgelt gezahlt habe, stehe dieser Bewertung nicht entgegen (*Urteil vom 28.01.2015 - L 8 R 677/12*).

V. Unfallversicherung

Zur Versicherung eines freiberuflichen Kameramanns bei der Erstellung eines Musikvideos

Die Tätigkeit eines Kameramanns im Rahmen einer Filmproduktion stellt jedenfalls dann, wenn er lediglich für eine kurze Zeit und ein bestimmtes Projekt verpflichtet wird, regelmäßig keine abhängige Beschäftigung dar, so dass auch Ansprüche aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht in Betracht kommen.

Der Kläger ist freiberuflicher Kameramann und war als solcher für die Produktion eines Musikvideos engagiert. Auf dem Weg zur Nachbearbeitung des abgedrehten Videos verunfallte er mit seinem Motorrad. Die Beklagte lehnte einen Arbeitsunfall mangels eines Versicherungsschutz begründenden abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ab. Den Widerspruchsbescheid ließ der Kläger bestandskräftig werden und stellte zwei Jahre später einen Überprüfungsantrag, der ebenfalls erfolglos blieb. Hiergegen wandte sich der Kläger mit seiner Klage.

Der 17. Senat hat die Berufung des Klägers gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen. Ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis liege nicht vor. Bei der Abgrenzung zwischen einer selbständigen und einer abhängigen Beschäftigung komme es weniger auf die Eigenständigkeit der künstlerischen Leistung als auf den Grad der Einbindung in das Produktionsunternehmen an. Auf Grund der Vertragsgestaltung sei von einem Werkvertrag auszugehen, da der Kläger in seiner Arbeitsweise hinreichend frei gewesen sei. Der künstlerisch-kreative Einfluss des Klägers sei auch tatsächlich derart bedeutsam gewesen, dass er nicht – arbeitnehmerähnlich – in den Betrieb der Produktionsfirma eingegliedert gewesen sei, sondern ein Mitspracherecht gehabt habe. Er sei in dem kleinen Team neben dem Regisseur derjenige gewesen, der erheblichen Einfluss auf das Endergebnis gehabt habe. Überdies habe er ein unternehmerisches Risiko getragen (*Urteil vom 25.02.2015 - L 17 U 299/14*).

Zu den Voraussetzungen der Anerkennung einer Borreliose als BK 3102 („Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten“)

Leidet der Versicherte an unspezifischen Beschwerden, die auch in der Allgemeinbevölkerung bzw. bei Personen ohne Borreliose mit vergleichbarer Häufigkeit nachgewiesen werden, reicht allein der Nachweis von Antikörpern nicht aus, um eine Borreliose-Erkrankung zu diagnostizieren, da Antikörper lediglich anzeigen, dass es zu einem Kontakt mit dem Erreger gekommen ist, nicht jedoch das Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung belegen (*Urteil vom 11.03.2015 - L 17 U 667/13*).

Zum Versicherungsschutz bei der Jagd

Ist eine an der Jagd teilnehmende Person von dem Pächter des Jagdreviers entsprechend den gesetzlichen Vorschriften zum Jagdleiter bestimmt worden, so übt er für den Jagdpächter eine dem Jagdpachtunternehmen dienende Tätigkeit von wirtschaftlichem Wert aus und genießt damit Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung als sogenannter Wie-Beschäftigter.

Dem Kläger, selbst Jäger mit eigenem Revier, wurde für ein anderes Jagdrevier ein sog. „Begehungsschein“ ausgestellt. Er sollte im Rahmen einer Treibjagd die Jagdgesellschaft transpostieren, die Schützen anstellen und die Treiber einteilen. Die Jagd war unterbrochen, es herrschte „Hahn in Ruh“. Der Kläger begab sich in einen Steinbruch, um dort ein angeschossenes Kaninchen aufzuspüren. Dies blieb erfolglos. Zu seiner Jagdgesellschaft zurückkehrend schoss er sich versehentlich ins Knie. Die Beklagte verneinte einen Arbeitsunfall, weil der Kläger als Jagdgast nicht versichert gewesen sei. Hiergegen wandte sich der Kläger mit seiner Klage.

Der 17. Senat hat die Berufung der Beklagten gegen das der Klage stattgebende erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen. Der Kläger sei in seiner Funktion als Jagdleiter als „Wie-Beschäftigter“ anzusehen. Die Frage, ob eine versicherte Tätigkeit vorliege, sei ausschließlich nach den zum Unfall führenden Tätigkeiten unabhängig von den sonstigen Betätigungen des Verletzten im Jagdrevier zu beurteilen. Da der Kläger im Unfallzeitpunkt die Nachsuche nach dem Kaninchen schon aufgegeben und damit nicht mehr gejagt habe, habe er die Tätigkeit eines versicherten Jagdleiters und nicht die eines nicht versicherten Jagdgastes ausgeübt. Ob die Nachsuche nach dem Kaninchen zur Jagdausübung gehöre, könne deshalb offen bleiben (*Urteil vom 06.05.2015 - L 17 U 294/14*).

Verzinsung von Nachzahlungsansprüchen ab Antragstellung

Auch bei antragsunabhängigen Sozialleistungen – wie der Zahlung einer Verletztenrente – ist der Zeitpunkt des Eingangs des vollständigen Antrags maßgeblich für den Beginn der Verzinsung eines Nachzahlungsanspruchs.

Die Krankenkasse des Klägers zeigte der Beklagten im März 2003 eine Berufskrankheit des Klägers an. Die Beklagte lehnte die Anerkennung der Berufskrankheit durch Bescheid vom 23.12.2003 und Widerspruchsbescheid vom 26.04.2004 ab. Das hiergegen durchgeführte Klageverfahren endete mit dem Abschluss eines Vergleichs am 15.09.2010. Darin verpflichtete sich die Beklagte, die Berufskrankheit anzuerkennen und für die Zeit von Juli 2004 bis Juni 2007 eine Rente nachzuzahlen. Die Nachzahlung wurde im Dezember 2010 ausgezahlt. Der Kläger beantragte sodann bei der Beklagten die Verzinsung des Nachzahlungsanspruchs ab Juli 2004. Diesem Antrag entsprach die Beklagte für den Monat November 2010. Im Übrigen lehnte sie eine Verzinsung ab. Hiergegen wandte sich der Kläger mit seiner Klage.

Der 4. Senat hat der Berufung der Beklagten gegen das erstinstanzliche Urteil, durch welches sie verpflichtet worden ist, Zinsen ab dem 01.07.2004 zu zahlen, teilweise stattgegeben. Zinsen seien erst ab dem 01.01.2005 zu zahlen. Der Zinsanspruch richte sich nach § 44 SGB I. Maßgeblich für den Beginn der Verzinsung sei der Zeitpunkt, in dem ein Antrag auf eine Leistung gestellt werde. Dies gelte auch für antragsunabhängige Leistungen, sofern ein Antrag dennoch gestellt worden sei. Erschöpfe sich dieser jedoch durch eine rechtmäßige Leistungsablehnung, sei maßgeblich für den Verzinsungsbeginn ein neuer Antrag, der jedoch nicht ausdrücklich gestellt werden müsse, sondern in der fortdauernden Anfechtung der ablehnenden Entscheidung der Verwaltungsbehörde durch ein andauerndes gerichtliches Verfahren gesehen werden könne. Auf dieser Grundlage sah der 4. Senat unter Bezugnahme auf den Vergleichsschluss einen zweiten Antrag als im Juni 2004 gestellt an. Die Verzinsungspflicht beginne daher im Januar 2005 (*Urteil vom 08.05.2015 – L 4 U 97/15*).

Versicherungsschutz im Rahmen von Protestkundgebungen

Maßgeblich für einen Wegeunfall ist, ob die anhand objektiver Umstände zu beurteilende Handlungstendenz beim Zurücklegen des Weges darauf gerichtet war, eine dem Beschäftigungsunternehmen dienende Verrichtung auszuüben. Fehlt es hieran, ist der Weg selbst dann nicht versichert, wenn der Versicherte dieselbe Strecke zurücklegt, die er als Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit gewöhnlich nutzt.

Der Kläger war Maschinenbediener bei einem in Insolvenz befindlichen Zulieferer (Arbeitgeberin) der Daimler AG, der von dieser keine Aufträge mehr erhielt. Am 03.12.2007 nahm er vormittags an einer Protestkundgebung der IG Metall vor dem

Daimler-Sitz in Düsseldorf teil. Den Hin- und Rücktransport übernahm die IG Metall. Zum Betrieb war der Kläger mit dem Pkw gekommen. Nach Abschluss der Kundgebung verunfallte der Kläger auf direktem Nachhauseweg mit dem eigenen Pkw. Die Beklagte hat einen Wegeunfall verneint. Hiergegen wandte sich der Kläger mit seiner Klage.

Der 17. Senat hat die Berufung des Klägers gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen. Bei dem Unfall des Klägers handele es sich nicht um einen Wegeunfall. Ein solcher setze voraus, dass die anhand objektiver Umstände zu beurteilende Handlungstendenz beim Zurücklegen des Weges darauf gerichtet gewesen sei, eine dem Beschäftigungsunternehmen dienende Verrichtung auszuüben. Dies sei nicht der Fall. Denn der Kläger sei nicht verpflichtet gewesen, an der Kundgebung teilzunehmen. Es habe auch keine betriebliche Veranstaltung vorgelegen. Die Geschäftsleitung der Arbeitgeberin sei an der Kundgebung weder beteiligt noch sei sie in ihrem Interesse gewesen. Mit der Teilnahme an der Kundgebung habe der Kläger auch keine unternehmensbezogenen Rechte wahrgenommen. Es habe ebenso wenig eine betriebliche Gemeinschaftsveranstaltung der Arbeitgeberin vorgelegen. Vielmehr habe die Kundgebung schon nach Angaben der IG Metall der Information der Beschäftigten durch den Großkunden Daimler gedient. Eine außerordentliche Betriebsversammlung sei auch zu verneinen, weil eine solche nicht öffentlich sei. Der Aufruf der IG Metall zur Teilnahme an der Veranstaltung reiche für die Annahme von Versicherungsschutz nicht aus (*Urteil vom 17.06.2015 - L 17 U 663/12*).

Zum Versicherungsschutz beim Ausstieg über das Fenster auf das Vordach

Ist der Weg durch die Außentür nicht möglich, kann der Arbeitsweg grundsätzlich auch durch ein Fenster (ggf. im oberen Geschoss) angetreten werden, soweit durch das Fenster tatsächlich der häusliche Bereich verlassen und der öffentliche Raum betreten wird. Letzterer setzt in Abgrenzung zum häuslichen Bereich zumindest voraus, dass er von außen auf normalem Wege - ohne Betreten des Hauses - erreicht werden kann. Dies ist bei einer Dachfläche, wie z. B. bei einem Balkon, nicht der Fall.

Der Kläger war Inhaber einer Lackierfirma, in der er sich am Samstagmorgen aufhielt. Um 15:30 Uhr hatte er einen Kundentermin. Gegen Mittag begab er sich zu seiner Wohnung im zweiten Stock (Dachgeschoss) eines Mehrfamilienhauses, um dort u.a. die Kfz-Papiere für den Kundentermin zu holen, aber auch, um ein „Schläfchen“ zu halten. Deswegen schloss er die Wohnungstür ab. Er hatte kurz vor dem „Schläfchen“ Kokain konsumiert. In der Wohnung befanden sich weder Uhr noch Handy oder Festnetzanschluss. Als er die Tür wieder aufschließen wollte, um nach eigenen Angaben den Kundentermin wahrzunehmen, brach der Schlüssel im Schloss ab. Er stieg über das Fenster aus und sprang auf das Vordach, um sich auf den Weg zum Kundentermin zu machen. Ob er beabsichtigte, dann zunächst am Fenster seiner Nachbarin zu klopfen, um ggf. eingelassen zu werden und den

ungefährlichen Weg über das Treppenhaus zu nehmen oder ob er sofort vom Vordach auf den Boden springen wollte, ist unklar. Jedenfalls. verletzte er sich beim Sprung auf das Vordach erheblich. Seine Nachbarin fand ihn dort gegen 16:20 Uhr. Die Beklagte lehnte einen Arbeitsunfall ab, weil nicht erwiesen sei, dass sich der Kläger auf dem Weg zur erneuten Aufnahme seiner betrieblichen Tätigkeit befunden habe. Hiergegen wandte sich der Kläger mit seiner Klage.

Der 17. Senat hat die Berufung des Klägers gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen. Der Versicherungsschutz bei Wegeunfällen beginne erst an der Außentür des Wohnhauses. Zwar könne der Arbeitsweg durchaus auch durch ein Fenster angetreten werden, das dann u.U. der Außentür gleichstehe. Nach Auffassung des Senats sei ein solcher Fall jedoch nicht gegeben, weil der Kläger zunächst als „Zwischenziel“ das Vordach des Untergeschosses und damit noch nicht den dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegenden öffentlichen Raum erreichen wollte. Nicht entscheidungserheblich sei der Kokainmissbrauch, da nicht erwiesen sei, dass der Kläger sich deshalb im Unfallzeitpunkt noch in einem Versicherungsschutz ausschließenden Zustand befunden habe (*Urteil vom 02.09.2015 - L 17 U 313/14*).

VI. Krankenversicherung

Kein Anspruch auf Kostenerstattung für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus

Ein Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung hat grundsätzlich keinen Anspruch auf stationäre Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus.

Der Kläger ließ sich wegen verschiedener psychischer Erkrankungen in einer Fachklinik für Psychotherapie stationär behandeln. Diese Klinik war nicht zur Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen. Der Kläger begehrte die Erstattung der Behandlungskosten in fünfstelliger Höhe. Eine Behandlung seines speziellen Krankheitsbildes in Vertragskrankenhäusern sei nicht möglich gewesen. In sämtlichen Vertragskrankenhäusern sei im Wesentlichen gruppentherapeutisch gearbeitet worden. In solchen Gruppentherapien gehe es um Beziehungsarbeit und soziale Interaktion. In seinem Fall wäre eine derartige Therapie kontraproduktiv gewesen.

Der 1. Senat hat die klageabweisende Entscheidung des Sozialgerichts bestätigt. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten. Es stünden in der gesamten Bundesrepublik zahlreiche zugelassene stationäre Einrichtungen (u.a. Universitätskliniken und Akademische Lehrkrankenhäuser) zur Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder zur Verfügung. Eine abweichende Einschätzung des behandelnden Arztes sei unerheblich. Der niedergelassene behandelnde Arzt entscheide nur, wann eine stationäre Behandlung aus seiner Sicht angezeigt ist. Die Entscheidung über die Aufnahme sowie die Art und Weise der

Behandlung treffe dagegen eigenständig und eigenverantwortlich der Krankenhausarzt. Der Anspruch auf Krankenhausbehandlung sei nicht darauf gerichtet, nur in einer ganz bestimmten – aus Sicht des Versicherten am besten qualifizierten – Einrichtung behandelt zu werden. Das Wahlrecht des Versicherten beschränke sich auf zur Versorgung zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, umfasse also nicht die Behandlung in Privatkliniken oder durch Privatärzte (*Urteil vom 27.01.2015 – L 1 KR 331/11*).

Kein Anspruch auf Senkung des Beitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung wegen angeblich zu hoher Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

Ein Versicherter kann keine Ermäßigung des gesetzlich festgelegten Beitragssatzes beanspruchen.

Der freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Kläger begehrte eine Senkung seines Beitragssatzes (14,9 %). Er machte mit seiner Klage geltend, der Gesundheitsfonds – dem die Beiträge zur GKV zufließen und der diese verteilt – habe die gesetzliche Mindestreserve überschritten. Nach einer ihm vorliegenden Berechnung des GKV-Schätzerkreises verfüge der Gesundheitsfonds über eine Reserve von 8,6 Mrd. €. Die gesetzlich vorgesehene Mindestreserve belaufe sich derzeit auf lediglich 3 Mrd. €. Die Existenz einer fast dreifachen gesetzlichen Mindestreserve stelle eine unangemessene Aufhäufung liquider Mittel dar. Um diesen Überschuss abzutragen, sei eine unverzügliche Beitragssenkung erforderlich. Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen. Eine Senkung des Beitragssatzes könne ausschließlich durch den Gesetzgeber erfolgen. Dieser habe hinsichtlich der Höhe des Beitragssatzes einen Einschätzungsspielraum, der lediglich einer eingeschränkten verfassungsrechtlichen Kontrolle unterliege. Ein Beitragssatz von 14,9 % führe nicht zu einer unangemessenen Belastung und sei letztlich Ausdruck teurer Innovationen im Gesundheitswesen. Angesichts der wachsenden Alterung der Gesellschaft und der damit verbundenen steigenden Gesundheitskosten stelle sich das Vorhalten von größeren Kapitalreserven in der GKV als vernünftig dar. Der 1. Senat hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen und sich den Ausführungen des Sozialgerichts angeschlossen. Ergänzend hat der Senat darauf hingewiesen, dass sich dem Gesetz keinerlei Verpflichtung entnehmen lasse, die Liquiditätsreserven bei Überschreitung der jeweiligen Mindestgrößen abzubauen. Die Liquiditätsreserve stelle sich nicht nur als Mittel dar, um unterjährige Einnahmeschwankungen auszugleichen, sondern diene auch dazu, den Gesundheitsfonds flexibel zu halten. Zwar seien die beitragspflichtigen Versicherten durch das Grundrecht der freien Persönlichkeitsentfaltung (Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes) vor einer Unverhältnismäßigkeit von Beitrag und Leistung geschützt. Die gesetzlichen Regeln zur Verwendung der Mittel des Gesundheitsfonds seien jedoch nicht unverhältnismäßig. Denn die GKV werde auch durch Elemente der Bedarfsorientierung und des sozialen Ausgleichs bestimmt (*Urteil vom 07.07.2015 – L 1 KR 12/14*).

Spielkonstrukteure sind nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtig

Spielkonstrukteure sind als Publizisten im Sinne des Künstlersozialversicherungsgesetzes (KSVG) anzusehen. Ihr Auftraggeber (eine GmbH, die „Spiele aller Art“ herstellt) ist zu Zahlung der Künstlersozialabgabe verpflichtet worden.

Selbständige Künstler und Publizisten werden nach dem KSVG in der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung versichert, wenn sie die künstlerische oder publizistische Tätigkeit erwerbsmäßig und nicht nur vorübergehend ausüben und im Zusammenhang mit dieser Tätigkeit nicht mehr als einen Arbeitnehmer beschäftigen. Künstler im Sinne des KSVG ist, wer Musik, darstellende oder bildende Kunst schafft, ausübt oder lehrt. Publizist ist, wer als Schriftsteller, Journalist oder in ähnlicher Weise publizistisch tätig ist oder Publizistik lehrt. Auftraggeber von Künstlern oder Publizisten müssen eine Künstlersozialabgabe an die Künstlersozialkasse in Wilhelmshaven entrichten. Die Klägerin stellt Gesellschaftsspiele her. An der Herstellung sind freie Spielautoren („Spielkonstrukteure“) beteiligt. Der Spielkonstrukteur denkt sich einen Spielmechanismus aus, legt die Spielkomponenten (Spielplan, -figuren, -karten etc.) fest und entwickelt so einen Prototyp des Spiels. Dieser wird von Mitarbeitern der Klägerin (Spielrealisatoren) getestet, evtl. Mängel werden beseitigt. Nach Illustrierung und Anfertigung einer Spielanleitung wird das Spiel von den Spielkonstrukteuren als druckfertig freigegeben. Anschließend wird das Spiel vermarktet. Als Vergütung erhält der Spielkonstrukteur ein Honorar und eine Beteiligung an den Nettoeinnahmen der Verwertung.

Die Künstlersozialkasse stellte die Pflicht der Klägerin zur Zahlung der Künstlersozialabgabe fest. Das Sozialgericht hat die hiergegen erhobene Klage abgewiesen. Der 5. Senat hat diese Entscheidung und die Pflicht der Klägerin zur Zahlung der Künstlersozialabgabe bestätigt. Bei den Spielkonstrukteuren handele es sich um selbständige Publizisten im Sinne des KSVG. Der Begriff des Publizisten sei weit auszulegen. Das erstellte Werk müsse für die Öffentlichkeit bestimmt sein und es müsse eine eigenschöpferische Leistung darstellen. Beide Voraussetzungen träfen auf die Spielkonstrukteure zu. Hierfür spreche auch, dass der Spielkonstrukteur auf dem Spielkarton und in den Spielanleitungen namentlich genannt wird. Die von der Klägerin gegen das KSVG geltend gemachten verfassungs- und europarechtlichen Bedenken teilte der Senat nicht. Der Senat hat wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen (*Urteil vom 12.03.2015 – L 5 KR 91/12*).

Kein Anspruch auf höhere Verzugszinsen für Krankenhausträger

Eine Krankenkasse schuldete dem Krankenhausträger keine Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz für die Aufwandspauschale für Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MDK).

Der MDK ist verpflichtet, die ordnungsgemäße Abrechnung von Krankenhausleistungen zeitnah nach Durchführung der Krankenhausbehandlung zu prüfen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. In dem vorliegenden Rechtsstreit hatte die Krankenkasse eine ergebnislose Rechnungsprüfung durchgeführt. Die Krankenkasse hatte die Aufwandspauschale von 300 € verspätet gezahlt sowie Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz anerkannt. Die Klägerin hat Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz beansprucht.

Der 5. Senat hat die klageabweisende Entscheidung des Sozialgerichts bestätigt. Zwar habe sich die Krankenkasse durch die verspätete Zahlung der Aufwandspauschale im Verzug im Sinne der entsprechenden Bestimmungen des BGB befunden. Für die Bestimmung der Höhe der Verzugszinsen seien jedoch allein die Regelungen des zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen geschlossenen Sicherstellungsvertrags maßgeblich. Die Regelung des BGB, wonach der Verzugszinssatz für das Jahr mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu bemessen sei, werde durch den Sicherstellungsvertrag verdrängt. Dieser lege die Höhe der Verzugszinsen auf zwei Prozentpunkte über dem Basiszinssatz fest. Der Senat hat wegen grundsätzlicher Bedeutung der Streitsache die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen (*Urteil vom 05.02.2015 – L 5 KR 476/13*).

Kein Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers bei Ruhen des Leistungsanspruchs des Versicherten wegen Nichtzahlung von Beiträgen

Ein Krankenhausträger hat keinen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse für die Behandlung eines Patienten, dessen Leistungsanspruch wegen der Nichtzahlung von Beiträgen ruht.

Der zum Verfahren beigeladene Versicherte war als Selbstzahler – also nicht als versicherungspflichtig beschäftigter Arbeitnehmer – bei der Beklagten gegen Krankheit versichert. Weil er für mindestens zwei Monate seine Beiträge nicht gezahlt hatte, hatte der Beklagte das Ruhen des Leistungsanspruchs festgestellt. Dennoch begab sich der Beigeladene unter Vorlage der Versichertenkarte zur Durchführung einer Nasenkorrektur aufgrund chronischer Sinusitis in stationäre Behandlung in einem Krankenhaus in Trägerschaft der Klägerin. Diese stellte der beklagten Krankenkasse für die Behandlung des Beigeladenen 1689,10 € in

Rechnung. Die Beklagte verweigerte die Zahlung, weil der Leistungsanspruch des Beigeladenen wegen der Nichtzahlung der Beiträge geruht habe. Das Sozialgericht hat die Zahlungsklage des Krankenhausträgers abgewiesen.

Der 5. Senat hat die Berufung des Krankenhausträgers zurückgewiesen. Zwar seien die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung erfüllt. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entstehe unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung – wie im vorliegenden Fall – in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt werde sowie erforderlich und wirtschaftlich sei. Die Geltendmachung dieses dem Grunde nach bestehenden Vergütungsanspruchs werde jedoch dauerhaft ausgeschlossen, weil der Leistungsanspruch des Beigeladenen aufgrund der Nichtzahlung der Beiträge im Zeitraum der Krankenhausbehandlung geruht habe. Zwar werde das Risiko eines Zahlungsausfalls damit auf den Krankenhausträger übertragen. Dies sei jedoch hinzunehmen. Das Ruhen des Leistungsanspruchs bezwecke, dem Versicherten spürbare Konsequenzen für einen Zahlungsrückstand aufzuerlegen. Dies werde unterlaufen, wenn die Krankenkasse doch wieder als „Ausfallbürge“ fungieren müsse. Die Vorlage einer Versichertenkarte durch den Beigeladenen vor Beginn der Behandlung ändere hieran nichts. Die Krankenkasse sei nicht verpflichtet, die Versichertenkarte im Falle des Ruhens einzuziehen noch das Ruhen des Leistungsanspruchs auf der Versichertenkarte elektronisch zu vermerken. Der Senat hat wegen grundsätzlicher Bedeutung der Streitsache die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen (*Urteil vom 28.05.2015 – L 5 KR 594/14*).

Versorgungsbezüge aus dem Versorgungswerk der Presse führen nicht zur Beitragspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung

Ein ehemaliger Journalist, der als Rentner der Krankenversicherung der Rentner unterliegt, und neben seiner Erwerbsminderungsrente auch Versorgungsbezüge über das Versorgungswerk der Presse bezieht, muss hierfür keine Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlen.

Der Kläger ist ehemaliger Journalist und bezieht Rente wegen voller Erwerbsminderung. Deshalb ist er in der Krankenversicherung der Rentner gesetzlich krankenversichert. Neben dieser Rente bezieht er Versorgungsbezüge aus Lebensversicherungen mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung. Das Versorgungswerk der Presse behielt Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ein und führte diese an die beklagte Krankenkasse ab. Der Kläger beantragte eine Erstattung dieser Beiträge, was die Beklagte ablehnte.

Im Berufungsverfahren hat der 5. Senat dem Kläger Recht gegeben. Die beklagte Krankenkasse sei nicht berechtigt gewesen, die Beitragspflicht der aus der Versicherung gezahlten Versorgungsbezüge zur gesetzlichen Krankenversicherung festzustellen. Es handele sich vielmehr um Bezüge aus einer privaten Lebensversicherung,

die nicht der Beitragspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung unterfallen. Beitragspflichtig seien nur der Rente vergleichbarer Einnahmen (Versorgungsbezüge). Als Versorgungsbezüge würden Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen gelten, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind und Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst. Hiermit seien die Leistungen des Versorgungswerks der Presse nicht vergleichbar.

Da es unterschiedliche Entscheidungen der Landessozialgerichte zu der Streitfrage gibt, hat der Senat die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen (*Urteil vom 22.10.2015 – L 5 KR 35/14*).

AOK Rheinland gewinnt gegen die Bundesrepublik Deutschland. Nachzahlung aus dem Gesundheitsfonds in Höhe von mehr als 60 Millionen Euro

Über einen erheblichen Streitwert hatte der 5. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen zu entscheiden. Die AOK Rheinland/ Hamburg beehrte von der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesversicherungsamt in Bonn, höhere Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds in Höhe von 69 Millionen Euro. Im Gesundheitsfonds, den das Bundesversicherungsamt verwaltet, werden die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen gesammelt und nach einem Verteilungsschlüssel, der neben der Versichertenzahl u.a. auch das Alter, das Geschlecht und das Erkrankungsrisiko der Versicherten berücksichtigt („morbidity-orientierter Risikostrukturausgleich“) an die Krankenkassen verteilt. Durch eine gesetzliche Neuregelung wurden die Finanzausweisungen an die klagende AOK Rheinland/Hamburg erheblich reduziert. Zuwendungen für Versicherte, die im Ausland wohnen, wurden gekürzt. Hiervon ist die AOK Rheinland/Hamburg in besonderem Maße betroffen, da sie traditionell sehr viele Personen versichert, die im Ausland leben. Die AOK hielt die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes insbesondere deshalb für rechtswidrig, weil im Jahre 2014 die Neuberechnung erfolgte, obwohl ihr im Jahr 2012 eine günstigere Berechnung per Bescheid mitgeteilt worden war. Die AOK war der Meinung, dies beeinträchtigt nachträglich ihre Finanzplanung und sei unzulässig.

Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat der AOK Recht gegeben und den angefochtenen Bescheid des Bundesversicherungsamtes aufgehoben. Es hat den Vertrauensschutz der Krankenkassen bei ihrer Finanzplanung betont. Dieser Rechtsgrundsatz werde durch die Reduzierung der Zuweisungen verletzt.

Wegen grundsätzlicher Bedeutung der Streitsache hat der Senat die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen (*Urteil vom 29.10.2015 – L 5 KR 745/14 KL*).

VII. Pflegeversicherung

Rückwirkende Pflegeleistungen – Beratungsversäumnis der privaten Pflegekasse

Die private Pflegeversicherung muss bei einem Beratungsversäumnis auch rückwirkend höhere Pflegeleistungen zahlen. Ein Beratungsversäumnis kann darin bestehen, dass bei einem gegebenen Anlass nicht auf die Notwendigkeit eines Höherstufungsantrags hingewiesen wurde.

Die 2007 geborene Tochter des Klägers leidet unter partieller Trisomie mit Entwicklungsverzögerung. Sie ist über ihren Vater bei der beklagten privaten Pflegekasse pflegeversichert. Dem liegen die allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegeversicherung zugrunde. Der Kläger erhielt zunächst für seine Tochter Pflegegeld der Pflegestufe I. Im Januar 2010 beantragte der Kläger Leistungen der Verhinderungspflege sowie zusätzliche Betreuungsleistungen. Seit der letzten Begutachtung 2009 habe sich die Alltagskompetenz der Tochter verschlechtert. Der Entwicklungsabstand zu gleichaltrigen Kindern habe sich vergrößert. Auch sei eine schwere Augenerkrankung hinzugekommen. Im März 2011 wurde im Rahmen einer von der Beklagten veranlassten Begutachtung festgestellt, dass seit April 2010 die Pflegestufe II bestehe. Die Beklagte zahlte daher (erst) ab März 2011 Leistungen nach der Pflegestufe II.

Der Kläger macht Leistungen nach der Pflegestufe II bereits ab April 2010 geltend. Ab diesem Zeitpunkt bestehe der erhöhte Pflegebedarf. Die Beklagte hat eingewandt, Leistungen der privaten Pflegeversicherung könnten nur auf Antrag gewährt werden. Ein Antrag auf erhöhte Leistungen sei erst im März 2011 gestellt worden.

Der 10. Senat hat die Berufung der Beklagten gegen ein der Klage stattgebendes Urteil des Sozialgerichts zurückgewiesen. Die Beklagte habe die erhöhten Pflegeleistungen bereits ab April 2010 zu zahlen. Ob die Zahlung eines höheren Pflegegeldes eines Höherstufungsantrags bedürfe, könne dahinstehen. Jedenfalls sei es der Beklagten im vorliegenden Fall unter Berücksichtigung von Treu und Glauben und nach den Grundsätzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs verwehrt, sich auf eine verspätete Antragstellung zu berufen. Die Beklagte wäre verpflichtet gewesen, den Kläger bereits im Januar 2010 auf die Notwendigkeit eines Höherstufungsantrags hinzuweisen. Bereits zu diesem Zeitpunkt sei aufgrund der Mitteilung des Vaters über den verschlechterten Zustand seiner Tochter absehbar gewesen, dass eine höhere Pflegestufe in Betracht komme. Der Senat hat wegen grundsätzlicher Bedeutung der Streitsache die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen (*Urteil vom 20.05.2015 – L 10 P 134/14*).

VIII. Schwerbehinderten-, Versorgungsrecht- und Erziehungsgeldrecht

Festsetzung des Grades der Behinderung bei auditiver Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung

Die Festsetzung des Grades der Behinderung (GdB) bei auditiven Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen erfolgt nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen entsprechend der Bewertung von sensorischen Aphasien (erworbene Störung der Sprache aufgrund einer Schädigung in der dominanten Hälfte des Gehirns).

Der Kläger litt im Wesentlichen unter einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung. Mit seiner Klage begehrte er die Feststellung eines GdB von mindestens 50.

Der 13. Senat hat die Berufung des Klägers gegen das erstinstanzliche Urteil, durch welches ihm für einige Monate ein GdB von 40 und im Übrigen ein GdB von 30 zuerkannt worden ist, zurückgewiesen. Auch bei Erwachsenen seien auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen entsprechend einer sensorischen Aphasie zu bewerten. GdB-mindernd sei zu berücksichtigen, dass bei einer auditiven Verarbeitungsstörung typischerweise keine Hirnschädigungen vorlägen (*Urteil vom 16.01.2015 – L 13 SB 348/11*).

Kein höherer Grad der Behinderung wegen Transsexualismus

Transsexualismus als solcher führt nicht zu einem höheren Grad der Behinderung (GdB). Die sich aus der gestörten Geschlechtsidentität ergebenden psychischen Folgen werden bereits im Rahmen der Feststellung des Einzel-GdB für psychische Leiden berücksichtigt.

Die transsexuelle Klägerin unterzog sich einer operativen Geschlechtsangleichung. Wegen verschiedener orthopädischer und psychischer Leiden stellte sie bei der Beklagten einen Erstantrag auf Feststellung eines GdB. Nach Einholung von Befundberichten stellte die Beklagte einen GdB von 30 fest. Mit ihrer Klage begehrte die Klägerin die Feststellung eines GdB von mindestens 50.

Der 13. Senat hat die Berufung der Klägerin gegen das erstinstanzliche Urteil, durch welches ihr nach einem entsprechenden Teilanerkennnis der Beklagten ein GdB von 40 zuerkannt worden ist, zurückgewiesen. Der Klägerin stehe kein Anspruch auf die Feststellung eines höheren GdB zu. Insbesondere sei das psychische Leiden mit einem Einzel-GdB von 30 nicht zu niedrig bewertet worden. Soweit der Transsexualismus als Behinderung aufgefasst werde, führe dies zu keiner höheren Bewertung. Denn es seien gerade die psychischen Folgen der gestörten

Geschlechtsidentität, welche bereits bei der Feststellung des Einzel-GdB für das psychische Leiden berücksichtigt worden seien und zur Festsetzung des Einzel-GdB auf 30 führten. Auch seien Störungen bei der Entleerung der Blase durch einen fehlenden Harnstrahl nicht mit einem höheren Einzel-GdB als 10 zu bewerten (*Urteil vom 06.03.2015 – L 13 SB 372/14*).

Kein Anspruch auf Elterngeld bei Vollzeitpflege ohne Sorgeberechtigung

Personen, die ein Kind im Rahmen von Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege in ihren Haushalt aufgenommen haben, haben keinen Anspruch auf Elterngeld für den 1. bis 14. Lebensmonat des Kindes. Die Vollzeitpflege ist einer Adoptionspflege nicht gleichzusetzen.

Die Kläger nahmen ein zehn Monate altes Kind im Rahmen von Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege in ihren Haushalt auf. Sie erhielten Pflegegeld nach den Bestimmungen des SGB VIII. Einer Adoption des Kindes stimmte die leibliche Mutter nicht zu. Der Beklagte lehnte den Antrag der Kläger auf Elterngeld für den 1. bis 14. Lebensmonat des Kindes ab. Hiergegen wandten sich die Kläger mit ihrer Klage.

Der 13. Senat hat die Berufung der Kläger gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen. Den Klägern stehe kein Anspruch auf die Bewilligung von Elterngeld zu, da es sich bei dem Pflegeverhältnis nicht um eine Adoptionspflege handle. Die Aufnahme des Kindes in den Haushalt der Kläger sei wegen der Weigerung der leiblichen Mutter, einer Adoption zuzustimmen, nicht wie vom Gesetz gefordert mit dem Ziel der Annahme als Kind erfolgt. Letztere setze voraus, dass der Annahmewille durch Einleitung eines Adoptionsverfahrens bekundet sei. Der Gesetzgeber habe sich bewusst und mit sachlichem Grund für die unterschiedliche rechtliche Behandlung der Adoptions- und der Vollzeitpflege ohne Sorgeberechtigung entschieden. Ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz (Artikel 3 Grundgesetz) liege hierin nicht (*Urteil vom 04.03.2015 – L 13 EG 4/13*).

Impressum

Herausgeber:

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
- Der Präsident -
Zweigertstraße 54
45130 Essen

Tel.: 02 01/79 92 263 ab 29.02.2016: 02 01/79 92 72 63
Fax: 02 01/79 92 354 ab 29.02.2016: 02 01/79 92 73 54
Mail: verwaltung@lsg.nrw.de
http: www.lsg.nrw.de

Kontakt:

Vorsitzender Richter am Landessozialgericht Dr. Martin Kühl, Pressesprecher

Tel: 02 01/79 92 325 ab 29.02.2016.: 02 01/79 92 73 25
Fax: 02 01/79 92 354 ab 29.02.2016: 02 01/79 92 73 54
Mail: martin.kuehl@lsg.nrw.de

Richterin am Sozialgericht Dortmund Jutta Harde

Tel: 02 31/54 15 428
Fax: 02 31/54 15 509
Mail: jutta.harde@sg-dortmund.nrw.de