

Jork, im August 2007

Newsletter „Aktuelles Sozialrecht“ Nr. 01/2007 – August 2007

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,
herzlich Willkommen zur ersten Ausgabe des Newsletters „Aktuelles Sozialrecht“.

Ich freue mich, dass die Ankündigung dieses Newsletters Ihr reges Interesse gefunden hat. Der Newsletter wird künftig am Ende eines jeden Monats erscheinen. Er soll insbesondere über ausgewählte rechtliche Neuerungen und aktuelle sowie ältere interessante Gerichtsentscheidungen informieren.

A. Rechtliche Neuerungen

I. „Verrichtungsbezogene Behandlungspflege“

Seit dem 1. April 2007 kann sog. verrichtungsbezogene Behandlungspflege (z.B. Katheterisieren) auch dann als häusliche Krankenpflege beansprucht werden, wenn die betreffende Pflegezeit auch bei der Prüfung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI berücksichtigt wurde und Pflegegeld bezogen wird. Die Voraussetzungen der häuslichen Krankenpflege müssen aber natürlich trotzdem erfüllt werden; insbesondere darf keine mit der pflegebedürftigen Person im Haushalt lebende Person die Maßnahmen durchführen können.

Interessant ist diese Gesetzesänderung wohl insbesondere dann, wenn das Katheterisieren in Schule oder Kindergarten durch einen Pflegedienst geleistet wird. In vielen Fällen dürfte bisher diese Leistung von der Pflegeversicherung als Sachleistung erbracht und daher vom Pflegegeld in Abzug gebracht worden sein (sog. Kombinationsleistung). Nunmehr sieht es der Gesetzgeber ausdrücklich vor, dass diese Leistung auf Antrag als häusliche Krankenpflege erbracht wird. Eine Kürzung des Pflegegeldes ist dann zukünftig nicht mehr zulässig, da es sich bei der häuslichen Krankenpflege um eine Leistung der Krankenkasse und nicht der Pflegeversicherung handelt.

⇒ vgl. § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl I 2007, S. 378).

II. Hilfsmittelversorgung nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)

Auch die Hilfsmittelversorgung wurde im Rahmen des WSG überarbeitet. Besonders heftige Reaktionen haben dabei die neuen Absätze 6 und 7 des § 33 SGB ausgelöst.

Diese lauten:

(6) ¹Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind. ²Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. ³Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) ¹Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. ²Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

Aufgrund dieser Formulierungen besteht nun bei vielen Versicherten die Befürchtung, dass die zum Teil langjährige Zusammenarbeit zum Beispiel mit dem Orthopädietechniker vor Ort nun zwingend zugunsten eines Vertragspartners der Krankenkasse beendet werden muss.

Hierzu nachfolgend zwei aus dem Gesetzestext abgeleitete Gedanken:

1. Absatz 6 Satz 2 besagt, dass Vertragspartner der Krankenkasse die Versorgung übernehmen, wenn über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge geschlossen wurden. D.h., handelt es sich bei dem benötigten Hilfsmittel um ein spezielles (z.B. auf die Behinderung abgestimmtes) Hilfsmittel, so müsste der Krankenkasse gegenüber dargestellt werden, dass von ihr für DIESES Hilfsmittel kein entsprechender Vertrag geschlossen wurde, so dass Absatz 6 Satz 1 greift, nachdem alle Leistungserbringer – also auch der bisher genutzte Versorgungsweg – in Anspruch genommen werden dürfen. Mangels vertraglicher Preisvereinbarung über das spezielle Hilfsmittel dürften dann wohl auch keine selbst zu tragenden Mehrkosten entstehen.
2. Selbst wenn es sich um ein „Standardhilfsmittel“ handelt, für welches die Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hat, stellt es Absatz 6 Satz 3 den Versicherten frei, einen anderen Leistungserbringer – und damit auch den bisherigen – zu wählen, wenn dafür ein berechtigtes Interesse besteht; sie müssen allerdings die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Dieses berechnete Interesse könnte beispielsweise mit einer wohnortnahen Versorgung und ggfs. zeitnahen Reparatur des Hilfsmittels begründet werden. Sollte der gewünschte Leistungserbringer teurer sein als der von der Krankenkasse angebotene, könnte man z.B. versuchen darzustellen, dass etwa die Folgekosten bei den Reparaturen dafür günstiger wären. Alternativ könnte man versuchen zu argumentieren, dass die Versorgung durch eine unbekannte Firma keine gleichwertige Hilfsmittelversorgung darstellt, wenn die kurzfristige Reparatur im Notfall nicht sichergestellt wird (erforderliche Instandsetzungen sind Teil der Hilfsmittelversorgung). Mangels Vergleichbarkeit könne dann auch nicht von Mehrkosten gesprochen werden.

⇒ vgl. § 33 Absätze 6 und 7 SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 (BGBl I 2007, S. 378).

III. Rentenversicherung der Pflegeperson bei Pflegestufe 1

Für ehreamtliche Pflegepersonen werden unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur Rentenversicherung durch die zuständige Pflegeversicherung einbezahlt. Eine wichtige Voraussetzung ist hierbei, dass die Pflegeperson einen pflegebedürftigen Menschen, der zumindest in die Pflegestufe I eingestuft ist, mindestens 14 Stunden pro Woche pflegt (Summe aus Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung).

Leider hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen für die Feststellung einer Pflegestufe und die Voraussetzungen für eine Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson nicht einheitlich gestaltet. Daraus resultiert für Pflegepersonen einer in die Pflegestufe I eingestuften Person ein besonderes Problem:

Im Rahmen einer sog. Wiederholungsbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kann es passieren, dass die Pflegestufe I bestätigt wird, der Umfang der Pflege sich jedoch innerhalb der Pflegestufe I nach Auffassung des MDK reduziert hat, mit der Folge, dass die Pflegezeit nicht mehr 14 Stunden in der Woche beträgt. Verschiedene Pflegeversicherungen informieren in solchen Fällen den Pflegebedürftigen darüber, dass die Pflegestufe I fortbesteht, ohne aber der Pflegeperson mitzuteilen, dass die Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht entfallen sind. Teilweise stellen dann die Pflegepersonen erst Jahre später fest, dass sie „Lücken“ in ihrem Rentenverlauf haben. Diese Lücken können häufig nur in mühsamen Verfahren mit der Rentenversicherung vor den Sozialgerichten geschlossen werden, wobei die Pflegepersonen regelmäßig darlegen müssen, dass der Pflegeumfang auch weiterhin über 14 Stunden pro Woche betragen hatte. Dieses wird aufgrund der dann verstrichenen Zeit häufig schwer.

Daher mein **Tipp**:

Bitten Sie nach einer Wiederholungsbegutachtung stets auch bei unveränderter Pflegestufe I um Übersendung des MDK-Gutachtens und vergleichen Sie, ob bei der Pflegeperson nach wie vor eine rentenversicherungspflichtige Pflegezeit von mindestens 14 Stunden pro Woche festgestellt wurde.

⇒ vgl. § 166 Abs. 2 SGB VI, § 44 SGB XI

B. Aktuelle bzw. interessante Gerichtsentscheidungen

I. Abschlag für Erwerbsminderungsrentner unter 60 Jahren rechtswidrig

Erwerbsminderungsrentner, die bei Rentenbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, unterliegen Rentenabschlägen nur, wenn sie die Rente über das 60. Lebensjahr hinaus beziehen.

Den Ausführungen des BSG zufolge, dürfen die Rentenversicherungsträger den Geldwert des Rechts auf Rente wegen Erwerbsminderung wegen "vorzeitigen" Rentenbezugs nicht niedriger festsetzen. Es liege ein das Renteneigentum verletzender Grundrechtseingriff vor, wenn sie einen Teil der Vorleistung für die Rentenversicherung (gemessen in der Summe der Entgeltpunkte) nicht anrechneten, obwohl das Gesetz einen "Rentenabschlag" bei einem Recht auf Rente wegen Erwerbsminderung für Bezugszeiten vor Vollendung des 60. Lebensjahres (in einfach gesetzlicher, erst Recht aber in grundrechtskonformer Auslegung) ausschließe. Ausweislich der Gesetzesbegründung sollte die Kürzung dazu dienen, ein spekulativ unterstelltes Ausweichen der Versicherten in die Erwerbsminderungsrenten wegen der Rentenabschläge bei vorzeitigem Altersrenten zu verhindern; ein solches "Ausweichen" komme – so das BSG zutreffend – aber frühestens ab Vollendung des 60. Lebensjahres in Betracht.

Die nicht begründete Anmerkung in Bezug auf das benannte BSG-Urteil in der Gesetzesbegründung zum RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz (BT-Drs. 16/3794, S. 36) ist meines Erachtens nicht geeignet, die umfangreichen Ausführungen des BSG hinsichtlich der gebotenen grundrechtskonformen Auslegung des § 77 SGB VI in Zweifel zu ziehen. Dieses wurde offensichtlich auch seitens des Gesetzgebers so eingeschätzt. Anderenfalls hätte er die Rentenreform 2007 zu einer Klarstellung seiner Auffassung im Gesetzestext selbst genutzt. Auch die offensichtlich durch diese Rechtsfrage motivierte Einführung des § 100 Abs. 4 SGB VI verdeutlicht, dass der Gesetzgeber sich darüber bewusst ist, dass er keine tragfähigen Argumente gegen die Ausführungen des BSG anbringen kann. Der § 100 Abs. 4 SGB VI stellt lediglich den wohl untauglichen Versuch dar, die finanziellen Belastungen der Rentenversicherungsträger durch die bislang verweigerte Umsetzung des vorbezeichneten Urteils des BSG einzugrenzen. Mit dem § 100 Abs. 4 SGB VI wird sich voraussichtlich das Bundesverfassungsgericht zu befassen haben.

Die Rentenversicherungsträger setzen das Urteil des BSG weiterhin nicht um, sondern führen weitere Musterprozesse. Betroffene können im Wege eines Überprüfungsantrags die meist bestandskräftigen Rentenbescheide prüfen lassen.

⇒ vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2006 - B 4 RA 22/05 R

II. Pflegeversicherung ./ gesetzliche Unfallversicherung

Ein Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 44 SGB VII ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls bereits pflegebedürftig ist.

Ein Anspruch auf Pflegeleistungen im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung setze zwar, so das Bundessozialgericht (BSG), wie sich schon aus dem Wortlaut des § 44 Abs. 1 SGB VII ergebe ("infolge"), einen Ursachenzusammenhang nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zwischen einem Versicherungsfall und der Hilflosigkeit voraus. Daraus könne jedoch nicht gefolgert werden, dass die Hilflosigkeit als solche durch den Versicherungsfall verursacht worden sein müsse und die gesetzliche Unfallversicherung nicht leistungspflichtig sei, wenn bei bereits bestehender Hilflosigkeit der Pflegebedarf durch den Versicherungsfall verschlimmert werde.

⇒ vgl. BSG, Urteil vom 10.10.2006 - B 2 U 41/05 R

III. Kraftfahrzeughilfe ohne Stellplatz

Laufende Mietkosten eines Pkw-Stellplatzes zählen in der Regel nicht zum Leistungskatalog der Kraftfahrzeughilfe. Der Begriff der besonderen Härte in § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 KfzHV ist eng auszulegen. Die Leistungen der Kraftfahrzeughilfe dienen auch bei einer größeren Familie nicht dazu, angespannte Einkommensverhältnisse auszugleichen.

Teilweise werden auch zukünftig Urteile wie dieses dargestellt werden, in denen höchstrichterlich gegen den Kläger entschieden wurde. Dieses soll dazu beitragen, dass bei gleicher Thematik ggfs. langwierige kraft- und zeitraubende Verfahren in diesen Fällen von vornherein überdacht werden können.

⇒ vgl. BSG, Urteil vom 8.2.2007 - B 7a AL 34/06 R

IV. ALG II für junge Erwachsene mit eigener Wohnung

§ 22 Abs 2a SGB II kann nach dem Sinn und Zweck des Gesetzes grundsätzlich nur dann Anwendung finden, wenn die Person, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (junger Erwachsener), aus freien Stücken den Entschluss fasst, aus der mit den Eltern bzw. einem Elternteil genutzten Wohnung in eine eigene Wohnung umzuziehen.

Das LSG Nds.-Bremen stellt hierzu fest, dass der kommunale Träger keine rechtliche Möglichkeit habe, den unter 25 Jährigen zu zwingen, gemeinsam mit seinen Eltern bzw. seinem Elternteil in eine neue Unterkunft zu ziehen.

Vorliegend forderte der kommunale Träger die Familie zunächst zur Kostensenkung auf. Daher kam es zu einem Umzug der Familie in eine neue Wohnung. Nach Ansicht des LSG ist dem jungen Erwachsenen in diesem Fall die Zusicherung für die Anmietung einer (eigenen) angemessenen neuen Unterkunft zu erteilen.

⇒ vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 30.3.2007 - L 13 AS 38/07 ER

V. Erneuter Kostenzuschuss der Pflegeversicherung für Wohnumfeldverbessernde Maßnahme

Zwingt die Verschlechterung des Gesundheitszustands eines pflegebedürftigen Menschen diesen dazu, in eine neue Wohnung umzuziehen, so stellt dieses eine nachträgliche "Änderung der Pflegesituation" dar.

Dem Kläger in dem betreffenden Verfahren sei es – so das BSG – nach der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes im Sommer 2003 nicht mehr möglich gewesen, die von ihm und seiner Ehefrau bis dahin bewohnte Erdgeschosswohnung über die nach außen führende Treppe und Rampe zu verlassen und zu erreichen. Bis dahin habe er den Weg über die Treppe und die Rampe noch mit einem Rollator oder mit Stützung durch eine Begleitperson bewältigen können. Aus diesem Grunde sei es im August 2003 zum Umzug in die ebenerdig gelegene Einliegerwohnung gekommen. Dieses stellt eine nachträgliche Änderung der Pflegesituation dar, auf der die in der neuen Wohnung notwendigen Umbaumaßnahmen (Herrichtung des Badezimmers, Einbau eines Treppenlifts) beruhen. Es handelt sich im Vergleich zu der bezuschussten ersten Umbaumaßnahme, dem Einbau einer behindertengerechten Dusche in der Erdgeschosswohnung im Jahre 2002, um eine zweite Maßnahme im Sinne des § 40 Abs 4 SGB XI, weil sie wegen einer erst im Jahre 2003 eingetretenen Ausweitung des Pflegebedarfs und des dadurch veranlassten Umzugs erforderlich geworden ist.

⇒ vgl. BSG, Urteil vom 19.4.2007 - B 3 P 8/06 R

VI. Rückforderung von angeblich überzahltem Arbeitslosengeld II (ALG II)

Widerspruch und Anfechtungsklage gegen einen Rückforderungsbescheid (Erstattungsbescheid) betreffend überzahltes ALG II haben aufschiebende Wirkung. § 39 SGB II gilt in diesem Falle nicht.

Im Falle angeblicher Überzahlungen von ALG II weisen die „ARGEN“ immer wieder darauf hin, dass ein Widerspruch gegen einen Rückzahlungsbescheid nichts daran ändere, dass der Betrag sofort zurückzuzahlen sei. Dieses ist ausweislich dieses Beschlusses des LSG Schleswig unzutreffend!

⇒ vgl. Schleswig-Holsteinisches LSG, Beschluss vom 15.05.2007 - L 11 B 30/07 AS ER

Haftungsausschluss

Die Informationen in diesem Newsletter wurden nach bestem Wissen sorgfältig zusammengestellt. Sie dienen der allgemeinen Information. Alle hier gegebenen Informationen können niemals eine individuelle Beratung ersetzen! Sie stellen keine rechtliche Beratung dar. Eine Haftung aufgrund der hier gegebenen allgemeinen Hinweise ist daher ausgeschlossen.

Nutzungsbedingungen

Der vollständigen oder auszugsweisen Weitergabe/Weiterleitung des Newsletters wird nur unter den nachfolgenden Voraussetzungen ausdrücklich zugestimmt:

1. Rechtsanwalt Au bleibt als Autor weiterhin erkennbar.
2. Rechtsanwalt Au wird im Falle der Weiterleitung per E-Mail in Kopie genommen.
3. Die Weiterleitung erfolgt unentgeltlich und nicht zu kommerziellen Zwecken.

Diese Nachricht erhalten Sie aufgrund Ihrer Anmeldung für die Mailing-Liste zum Newsletter „Aktuelles Sozialrecht“. Wenn Sie diesen kostenlosen Service nicht mehr in Anspruch nehmen wollen oder sich Ihre E-Mail-Adresse geändert hat, senden Sie bitte eine kurze [E-Mail](#).

[Impressum](#)

Mit freundlichen Grüßen

Christian Au LL.M.

– Rechtsanwalt –

Kontakt:

Buxtehuder Str. 76

21635 Jork

Tel.: [\(0 40\) 30 63 96 70](tel:04030639670)

Fax: [\(0 41 62\) 91 33 30](tel:04162913330)

anwalt@rechtsanwalt-au.de

www.rechtsanwalt-au.de