127. Jahrgang · Mai I Juni 2017

Kompass

SV-Abkommen mit Indien

FLEXIRENTE – HINZUVERDIENST NEU GEREGELT

RENTENANPASSUNG 2017

BSG-RECHTSPRECHUNG ZUR FIKTIVEN GENEHMIGUNG

Knappschaft Bahn See

BLICKPUNKT

3 Flexirente – Das neue Hinzuverdienstrecht

13 Rentenanpassung 2017

FOKUS KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE

17 Neue Video-Reihe auf YouTube

18 Sozialversicherungsabkommen mit Indien in Kraft

§ 13 Absatz 3a SGB V: Eine Fiktion wird Wirklichkeit
Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur fiktiven
26 Genehmigung und ihre Folgen

BERICHTE UND INFORMATIONEN

36 Verwaltungsakte heutzutage

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung
38 Knappschaft-Bahn-See

39 Personalnachrichten

39 Impressum

Titelbild:
Bereits seit 2008 waren die Regierungen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Indien bestrebt, ein umfassendes Sozialversicherungsabkommen abzuschließen. Seit dem 1. Mai ist dieses Abkommen nun in Kraft.

Foto: © sudhas - Fotolia.com

Amtliches Mitteilungsblatt der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

© v.poth - Fotolia.com

CHRISTIAN RUNZER

Flexirente – Das neue Hinzuverdienstrecht

Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 8. Dezember 2016[1] realisiert die Bundesregierung nach dem RV-Leistungsverbesserungsgesetz vom 23. Juni 2014[2] weitere rentenpolitische Ziele ihres Koalitionsvertrages[3] vom 16. Dezember 2013.Damit sollen die Rahmenbedingungen für die Beschäftigung von älteren Arbeitnehmern weiter kontinuierlich verbessert werden, um einerseits dem durch den demografischen Wandel begünstigten Fachkräftemangel entgegenzutreten und andererseits älteren Beschäftigten bessere Möglichkeiten zu verschaffen, ihren Übergang in den Ruhestand flexibel, selbstbestimmt und gemäß ihren individuellen Lebensentwürfen zu gestalten. Dies betrifft beispielsweise die Kombinierbarkeit von Einkommen aus Teilzeitarbeit und vorgezogener Altersrente.[4] Der folgende Beitrag befasst sich mit dem neuen ab 1. Juli 2017 geltenden Hinzuverdienstrecht und stellt einleitend das bisherige Recht vor.

Hinzuverdienstrecht bis 30. Juni 2017

Das bisherige Recht sah in seinen Grundzügen monatliche Hinzuverdienstgrenzen vor, die zweimal im Kalenderjahr um jeweils einen Betrag bis zur Höhe der jeweiligen Hinzuverdienstgrenze überschritten werden durften. Ein unzulässiges Überschreiten führte zu einer Abstufung auf eine vom Gesetz vorgegebene Teilrentenhöhe. Bei Altersrenten vor Erreichen der Regelaltersgrenze wurden Teilrenten in Höhe von einem Drittel, der Hälfte oder zwei Dritteln der Vollrente gezahlt. Bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit galt die gleiche Systematik und unterschied sich lediglich in der Höhe der jeweiligen Abstufung.

Für jede abgestufte Teilrente gab es sowohl bei den Altersrenten als auch bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gesonderte Hinzuverdienstgrenzen. Wurden sämtliche monatlichen Hinzuverdienstgrenzen unzulässig überschritten, endete der Anspruch auf eine Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze. Bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bestand dieser weiter, die Leistung wurde jedoch nicht ausgezahlt.

Die Höhe des die jeweilige Hinzuverdienstgrenze überschreitenden Betrages war nach dem bisherigen Recht für die Bestimmung der Teilrentenhöhe unbedeutend. Wurde beispielsweise die für eine Altersrente in voller Höhe geltende monatliche Hinzuverdienstgrenze von 450 Euro um einen Cent unzulässig überschritten, führte dies dazu, dass in dem Kalendermonat die Altersrente lediglich in Höhe von zwei Dritteln zur Auszahlung gelangte. Dies bedeutete für einen Altersrentner mit einer Vollrente in Höhe der Standardrente von 1.370 Euro[5] bei einem Überschreitensbetrag von einem Cent eine Reduzierung seiner monatlichen Rentenbezüge um 456,67 Euro. Wie das Beispiel zeigt, konnte die Rentenkürzung (456,67 Euro) den monatlichen Hinzuverdienst (450,01 Euro) sogar übersteigen.

Diese Diskrepanz, also dass bei geringfügigem Überschreiten der jeweiligen Hinzuverdienstgrenze die Höhe der Rente durch die gesetzlich geregelten Teilrentenhöhen unverhältnismäßig stark gekürzt wurde, ist von vielen betroffenen Rentnern als ungerecht empfunden worden.

Auch deshalb ist vom Gesetzgeber das geltende Teilrentensystem als Hinderungsgrund für einen gleitenden Übergang aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand angesehen worden. Durch das Flexirentengesetz sollen die Möglichkeiten, eine Teilzeitarbeit durch eine Teilrente zu ergänzen, verbessert und nach dem Willen des Gesetzgebers flexibler miteinander kombiniert werden.[6]

Hinzuverdienstrecht ab 1. Juli 2017

Die maßgebenden Vorschriften der §§ 34, 96a Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) wurden umfassend geändert.

Das neue Hinzuverdienstrecht gilt für alle Altersrenten vor Erreichen der Regelaltersgrenze sowie für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens zum 1. Juli 2017 mit Hinzuverdienst zusammentreffen. Übergangsregelungen in den §§ 302 Absatz 6, 313 Absatz 1 SGB VI verhindern eine Verschlechterung bei den Bestandsrenten, die wegen Berücksichtigung von Hinzuverdienst bereits vor dem 1. Juli 2017 laufend als Teilrenten gezahlt werden.[7]

Kern des neuen Hinzuverdienstrechts ist die Abkehr von den bislang gesetzlich vorgeschriebenen Teilrentenhöhen hin zu einer stufenlosen Anrechnung bei Überschreiten einer Hinzuverdienstgrenze. Dadurch soll erreicht werden, dass die Rente nicht schon bei einem geringfügigen Überschreiten unverhältnismäßig stark gekürzt wird. Die bisherigen monatlichen Hinzuverdienstgrenzen für die Vollrente und die bisherigen Teilrenten entfallen zugunsten einer kalenderjährlichen Hinzuverdienstgrenze.

Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze

Hinzuverdienstgrenze – § 34 Absatz 2 SGB VI

Die bisherigen monatlichen Hinzuverdienstgrenzen für die fixen (Teil-) Rentenstufen entfallen zugunsten einer kalenderjährlichen Hinzuverdienstgrenze in Höhe von 6.300 Euro. Diese Grenze setzt sich wie folgt zusammen:
12 x 450 Euro (bisherige monatliche Hinzuverdienstgrenze hochgerechnet auf ein Jahr) zuzüglich
2 x 450 Euro (bisheriges Recht zum zweimaligen Überschreiten um das Doppelte in einem Kalenderjahr)

Da bei einer jährlichen Betrachtungsweise unterjährige Einkommensschwankungen bereits berücksichtigt werden, kann die bisherige zweimalige kalenderjährliche Möglichkeit des Überschreitens entfallen.

Die kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze in vorgenannter Höhe gilt auch dann, wenn der Hinzuverdienst nicht im ganzen Kalenderjahr erzielt wird.

Grundzüge der Anrechnung – § 34 Absatz 3 SGB VI

Wird die kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze überschritten, besteht Anspruch auf eine Teilrente. Entgegen dem bisherigen Hinzuverdienstrecht erfolgt nunmehr keine vom Gesetz vorgegebene Abstufung der Rente auf ein Drittel, die Hälfte oder zwei Drittel der Vollrente. Nach dem neuen Hinzuverdienstrecht wird der die Hinzuverdienstgrenze überschreitende Betrag im Jahresdurchschnitt betrachtet und stufenlos angerechnet. Dies erfolgt in der Weise, dass stets ein Zwölftel des übersteigenden Betrages zu 40 Prozent von der Vollrente abgezogen wird. Mit dem gesetzlich festgelegten Divisor von einem Zwölftel wird die Betrachtung des Jahresdurchschnitts zum Ausdruck gebracht.

Verbleibt danach noch ein Rentenbetrag, wird von der geminderten Rente gegebenenfalls noch ein zusätzlicher Anrechnungsbetrag abgezogen. Dieser ergibt sich, wenn das Gesamteinkommen – bestehend aus dem sich nach der 40-Prozent-Anrechnung ergebenden Rentenbetrag und einem Zwölftel des kalenderjährlichen Hinzuverdienstes – den Hinzuverdienstdeckel (siehe dort) übersteigt. Der überschreitende Betrag wird in vollem Umfang auf den noch verbliebenden Rentenbetrag angerechnet.

Durch die stufenlose Anrechnung ist sichergestellt, dass die Rente nicht über den eigentlichen Hinzuverdienst hinaus gekürzt wird.

Wenn der insgesamt von der Rente abzuziehende Hinzuverdienst den Betrag der Vollrente erreicht, endet der Anspruch auf eine Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze.

Hinzuverdienstdeckel – § 34 Absatz 3a SGB VI

Die Höhe des Hinzuverdienstdeckels ergibt sich aus der Vervielfältigung der monatlichen Bezugsgröße mit den Entgeltpunkten des Kalenderjahres mit den höchsten Entgeltpunkten aus den letzten 15 Kalenderjahren vor Beginn der ersten Rente wegen Alters. Er beträgt mindestens die Summe aus einem Zwölftel von 6.300 Euro und dem Betrag der monatlichen Vollrente. Dieser Mindesthinzuverdienstdeckel stellt sicher, dass es bei einem Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze nicht zu einem geringeren Gesamtein-

Beispiel:

Monatsbetrag der Altersvollrente:	1.300 Euro
Hinzuverdienstdeckel:	3.200 Euro
Hinzuverdienst im Kalenderjahr:	40.000 Euro

Der kalenderjährliche Hinzuverdienst (40.000 Euro) übersteigt die Hinzuverdienstgrenze (6.300 Euro) um 33.700 Euro.

Von dem die Hinzuverdienstgrenze übersteigenden Betrag in Höhe von 33.700 Euro wird ein Zwölftel ermittelt: 1/12 x 33.700 Euro = 2.808,33 Euro. 40 Prozent dieses Betrages (2.808,33 Euro x 40 Prozent = 1.123,33 Euro) werden von der Vollrente abgezogen: 1.300 Euro – 1.123,33 Euro = 176,67 Euro.

Das Gesamteinkommen in Höhe von 3.510 Euro (geminderte Rente in Höhe von 176,67 Euro + 3.333,33 Euro [=1/12 vom kalenderjährlichen Hinzuverdienst in Höhe von 40.000 Euro]) überschreitet den Hinzuverdienstdeckel in Höhe von 3.200 Euro um 310 Euro. Dieser Betrag ist zusätzlich von der geminderten Rente in Höhe von 176,67 Euro abzuziehen.

Es verbleibt kein Zahlbetrag mehr. Ein Anspruch auf die Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze besteht folglich nicht.

kommen kommt als bei Einhaltung der Hinzuverdienstgrenze.

Der Verlauf des 15-Kalenderjahres-Zeitraums orientiert sich an dem Beginn der ersten Rente wegen Alters. Damit ändert sich diese Frist auch nicht bei Entzug und einer späteren (Wieder-) Gewährung der Altersrente oder wenn nach einer Entziehung eine andere Altersrente zu einem späteren Zeitpunkt in Zugang gebracht wird.

Durch das Abstellen auf die monatliche Bezugsgröße wird die Höhe des Hinzuverdienstdeckels regelmäßig dynamisiert. Die Neuberechnung wird ausschließlich zum 1. Juli eines Jahres vorgenommen.

Hinzuverdienstarten – § 34 Absatz 3b SGB VI

Wie nach dem bisherigen Recht ist als Hinzuverdienst Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen zu berücksichtigen. Unverändert gilt auch das Zusammenrechnungsgebot, wenn mehrere dieser Einkünfte vorliegen. Unberücksichtigt bleibt auch weiterhin das Entgelt einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson oder eines behinderten Menschen, das er von einer in § 1 Satz 1 Nummer 2 SGB VI genannten Einrichtung erhält.

Prognostizierter Hinzuverdienst – § 34 Absatz 3c SGB VI

Der kalenderjährlichen Hinzuverdienstgrenze ist der voraussichtliche kalenderjährliche Hinzuverdienst gegenüberzustellen. Die Höhe des kalenderjährlichen Hinzuverdienstes ist im Rahmen einer vorausschauenden Betrachtung zu bestimmen. Der Gesetzgeber räumt den Rentenversicherungsträgern dadurch die Möglichkeit ein, auf der Grundlage eines prognostizierten kalenderjährlichen Hinzuverdienstes über die Höhe der monatlichen Zahlungsansprüche verbindlich zu entscheiden.

Dies ist insoweit eine Änderung zu dem bis 30. Juni 2017 geltenden Hinzuverdienstrecht. Bislang konnte eine abschließende Entscheidung über die Auswirkungen des Hinzuverdienstrechts auf den monatlichen Zahlbetrag der Rente nur auf Grundlage des tatsächlich erzielten Verdienstes getroffen werden. Einen entsprechenden Bescheid ohne eine abschließende Klärung der Sach- und Rechtslage hinsichtlich des tatsächlich erzielten Hinzuverdienstes zu erteilen, ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung rechtswidrig und verstößt gegen das Verbot des vorzeitigen Verfahrensabschlusses. Mit dem neuen Prognoserecht wird somit auch den Anforderungen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts Rechnung getragen.[8]

Eine Prognose ist zu erstellen, wenn Hinzuverdienst mit einer Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze zusammentrifft. Grundlage für die Prognose sind in der Regel die Schätzungen des Rentenberechtigten. Dieser soll gegenüber dem zuständigen Rentenversicherungsträger den ab dem Zusammentreffen bis zum Ende des Kalenderjahres zu erwartenden Hinzuverdienst in der Summe angeben. Anschließend wird geprüft, ob die maßgebende kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze überschritten wird.

Eine „neue“ Prognose erfolgt grundsätzlich jeweils zum 1. Juli der folgenden Kalenderjahre, wenn sich dadurch eine Änderung ergibt, die den Rentenanspruch betrifft.[9] Das bedeutet, auch wenn bei der Höhe der Prognose auf das jeweilige Kalenderjahr abgestellt wird, hat sie in der Regel eine Gültigkeit darüber hinaus bis zum 30. Juni des Folgejahres (kalenderjahresübergreifende Prognose).

Die Prognose wird jedoch bereits zum 1. Januar des Folgejahres durch den Rentenversicherungsträger neu bestimmt, wenn im Rahmen der Prognoseerstellung absehbar ist, dass der im laufenden Kalenderjahr zu berücksichtigende Hinzuverdienst von dem im folgenden Kalenderjahr zu berücksichtigenden Hinzuverdienst um mindestens zehn Prozent abweicht.[10]

Dies kann insbesondere Fälle betreffen, in denen

- die Rente im Laufe eines Jahres beginnt,
- Hinzuverdienst hinzutritt,
- ein Änderungsantrag nach § 34 Absatz 3e SGB VI gestellt wird (z. B. wegen Änderung oder Wegfall im laufenden Kalenderjahr) oder
- im Folgejahr die Regelaltersgrenze erreicht wird.

Ab dem 1. Januar des Folgejahres ist dann nicht der voraussichtliche Hinzuverdienst für ein Teiljahr (Ausnahme: Erreichen der Regelaltersgrenze), sondern für ein gesamtes Kalenderjahr der kalenderjährlichen Hinzuverdienstgrenze gegenüber zu stellen. Dadurch wird auch der kalenderjahresübergreifenden Prognose Rechnung getragen, wenn die aktuelle Prognose absehbar für das nächste Kalenderjahr nicht zutrifft. Nicht zuletzt können auf diese Weise in der überwiegenden Anzahl der Fälle Überzahlungen zu Beginn eines neuen Kalenderjahres vermieden werden.[11]

In einem Kalenderjahr, in dem erstmals Hinzuverdienst oder nach Absatz 3e des § 34 SGB VI Hinzuverdienst in geänderter Höhe berücksichtigt wurde, ist eine Prognose nicht zum 1. Juli neu zu bestimmen.[12] Diese Regelung dient dem Ziel unterjährige Neuberechnungen aufgrund von Änderungen beim Hinzuverdienst und den damit verbundenen Verwaltungsaufwand zu vermeiden.

Vorjahresprüfung – § 34 Absatz 3d SGB VI

Die zu Grunde gelegte Prognose über die Höhe des kalenderjährlichen Hin-

zuverdienstes wird im Folgejahr zum 1. Juli anhand des tatsächlichen Verdienstes überprüft. Diese Vorjahresprüfung (teilweise auch als Spitzabrechnung bezeichnet) bezieht sich ausschließlich auf das abgelaufene Kalenderjahr. Der Teil der kalenderjahresübergreifenden Prognose für die Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni unterliegt erst am 1. Juli des Folgejahres einer Überprüfung anhand des tatsächlichen Verdienstes.

Weicht der tatsächliche vom prognostizierten Verdienst des letzten Kalenderjahres ab und ergibt die Neuberechnung der Rente für das abgelaufene Kalenderjahr eine Änderung, die den Rentenanspruch betrifft, ist der tatsächliche Hinzuverdienst zu berücksichtigen. Entspricht der prognostizierte dem tatsächlichen Verdienst des letzten Kalenderjahres beziehungsweise ergeben sich durch die Abweichungen keine Auswirkungen auf den Rentenanspruch, verbleibt es bei der auf der Grundlage einer Prognose festgestellten Rentenhöhe für das vorige Kalenderjahr.

Abweichend vom 1. Juli des Folgejahres ist eine Vorjahresprüfung bereits nach Ablauf des Monats durchzuführen, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wird. Sie erstreckt sich dabei über das vorige Kalenderjahr hinaus bis zum Ablauf des Monats des Erreichens der Regelaltersgrenze. Mit Ablauf des Monats des Erreichens der Regelaltersgrenze kann neben der Rente wie im bisherigen Recht unbegrenzt hinzuverdient werden.[13]

Darüber hinaus haben sich die Gremien der Deutschen Rentenversicherung darauf verständigt, eine Überprüfung des Hinzuverdiensts außerhalb der Vorjahresprüfung zum 1. Juli vorzunehmen, wenn eine Hinterbliebenenrente im Anschluss an eine Versichertenrente gezahlt wird. Bei diesem Wechsel der Rentenart ist der tatsächliche Hinzuverdienst für das vorangegangene Kalenderjahr sowie für die Zeit bis zum Ende der weggefallenen Versichertenrente zu überprüfen. Dadurch wird die Rente in zutreffender Höhe berechnet und die Hinterbliebenenrente kann auf dieser Grundlage von Anfang an richtig berechnet werden (Übernahme des Zugangsfaktors nach § 77 Absatz 3 SGB VI, Besitzschutzprüfung nach § 88 SGB VI). Dies entspricht dem Sinn und Zweck des § 34 Absatz 3d Satz 2 SGB VI.[14] Daraus ergibt sich jedoch nicht die Konsequenz, bei jedem Wechsel der Rentenart (z.B. Erwerbsminderungsrente in Altersrente) den Hinzuverdienst außerhalb der jährlichen Überprüfung zum 1. Juli zu überprüfen. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass die Vorrente (z.B. Erwerbsminderungsrente) durch den Wechsel in eine Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze nicht wegfällt und der Anspruch neben der umgewandelten Rente weiter besteht. Eine unterjährige Vorjahresprüfung bis zum Ablauf des Kalendermonats vor Beginn der Altersrente würde folglich zu falschen Ergebnissen führen.

Eine Vorjahresprüfung setzt den Nachweis des tatsächlichen Verdienstes voraus. Beim Arbeitseinkommen ergeben sich dabei in der Regel Schwierigkeiten. Nach § 15 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) ist Arbeitseinkommen der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit. Als Nachweis dient meistens der Einkommensteuerbescheid, der jedoch häufig erst zu einem späteren Zeitpunkt vorliegt. In diesen Fällen ist die Prüfung und gegebenenfalls rückwirkende Korrektur vorzunehmen, sobald der Nachweis vorliegt. Bis dahin ist für die Hinzuverdienstprüfung das voraussichtliche kalenderjährliche Arbeitseinkommen maßgebend.

Änderungen beim Hinzuverdienst – § 34 Absatz 3e SGB VI

Eine für das jeweilige Kalenderjahr getroffene Prognose wird vom 1. Juli des Folgejahres an „von Amts wegen“ durch den Rentenversicherungsträger neu bestimmt, wenn sich dadurch eine Änderung ergibt, die den Rentenanspruch betrifft. Ansonsten werden Hinzuverdienständerungen nur auf Antrag berücksichtigt. Voraussetzung ist jedoch, dass der neue voraussichtliche kalenderjährliche Hinzuverdienst um mindestens zehn Prozent von dem bisher zu Grunde gelegten kalenderjährlichen Hinzuverdienst abweicht. Dies gilt unabhängig davon, ob sich der Hinzuverdienst erhöht oder ermäßigt hat.

Der Sinn und Zweck dieser Regelung besteht zum einen darin, bei einem niedrigeren kalenderjährlichen Hinzuverdienst die Rentner vor übermäßigen Belastungen zu schützen, die dadurch entstehen würden, dass sie bis zum regulären Termin zum 1. Juli einen viel zu hohen Anrechnungsbetrag hinnehmen müssten. Zum anderen sollen bei einem um mindestens zehn Prozent erhöhten Verdienst die aus der Vorjahresprüfung resultierenden Rückforderungen an die Rentner gering gehalten werden. Aus Sicht der Verwaltung sollen dadurch unterjährige Neuberechnungen aufgrund von Hinzuverdienständerungen begrenzt und der damit verbundene Verwaltungsaufwand vermieden werden.

Als Änderung gilt in diesem Zusammenhang auch der Hinzutritt, also der erstmals oder erneut mit einer Rente zusammentreffende Hinzuverdienst, und der Wegfall von Hinzuverdienst.

Nach dem bis zum 30. Juni 2017 geltenden Recht konnten die Rentenversicherungsträger in diesen Fällen von Amts wegen tätig werden. Nach neuem Recht wäre dies erst zum 1. Juli des Folgejahres möglich.[15] Eine zeitnahe Berücksichtigung des Hinzuverdienstes kann nur auf Antrag des Rentners erfolgen. Bei einem Hinzutritt von

Hinzuverdienst mit einem kalenderjährlichen Verdienst oberhalb der kalenderjährlichen Hinzuverdienstgrenze, bedeutet das in der Konsequenz, dass dem Versicherten die Rente in voller Höhe nicht mehr zusteht. Überzahlungen wären die Folge. Diese können ohne entsprechende Antragstellung des Rentners nur zeitlich verzögert zum 1. Juli des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr und für das erste Halbjahr des Folgejahres erst im darauffolgenden Jahr zurückgefordert werden.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass der Hinzutritt von Hinzuverdienst – beispielsweise durch Aufnahme einer Beschäftigung – sowohl bei den Altersrenten vor Erreichen der Regelaltersgrenze als auch bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zunächst eine Überprüfung des Rentenanspruchs erfordert. Dies ergibt sich für die Altersrenten aus § 34 Absatz 3 Satz 4 SGB VI, wonach ein Rentenanspruch nicht besteht, wenn der von der Rente abzuziehende Hinzuverdienst den Betrag der Vollrente erreicht (sogenannte negative Anspruchsvoraussetzung). Bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit kann die Tätigkeit bei einer entsprechenden Stundenzahl einem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung wegen verschlossenem Arbeitsmarkt entgegenstehen. Bei den übrigen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus medizinischen Gründen kann dies einen Anhaltspunkt für eine Besserung im Gesundheitszustand darstellen. Das heißt, erhält der Rentenversicherungsträger zum Beispiel durch eine maschinelle Meldung Kenntnis darüber, dass ein Rentner eine Beschäftigung aufgenommen hat, muss er den Rentenanspruch überprüfen und den Sachverhalt ermitteln.

Das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel, unterjährige Neuberechnungen für die Verwaltung aufgrund von Hinzuverdienständerungen zu begrenzen und den damit verbundenen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, geht bei einem Hinzutritt von Hinzuverdienst angesichts der zwingend erforderlichen Überprüfung des Anspruchs ins Leere. Es dürfte auch den Betroffenen nicht vermittelbar sein, dass Ermittlungen zum Anspruch angestellt werden, aber danach Feststellungen zur Höhe des Hinzuverdienstes gegebenenfalls erst Monate später zum 1. Juli erfolgen, verbunden mit einer Überzahlung, die bei sofortigem Aufgreifen im Zusammenhang mit der Anspruchsüberprüfung hätte vermieden werden können.

Vor diesem Hintergrund wird bei Aufnahme einer Beschäftigung oder Tätigkeit neben dem Anspruch auch der Hinzuverdienst überprüft werden.[11]

Ein Wegfall von Hinzuverdienst bedeutet im Gegensatz zum bisherigen Recht nicht die Zahlung der Rente in voller Höhe mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Änderung eingetreten ist. Diese kalendermonatliche Betrachtung im bisherigen Recht ist einer Jahresdurchschnittsbetrachtung im neuen Hinzuverdienstrecht gewichen. Geprüft wird daher, welche Auswirkung der durch den Wegfall geänderte voraussichtliche kalenderjährliche Hinzuverdienst auf den durchschnittlichen Anrechnungsbetrag im jeweiligen Kalenderjahr hat.

Überschreitet der durch den Wegfall neu zu prognostizierende Jahresverdienst nicht die kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze, besteht mit Ablauf des auf den Änderungsantrag folgenden Kalendermonats ein Anspruch auf die Rente in voller Höhe. Zum 1. Juli des Folgejahres erfolgt für das betreffende Kalenderjahr die Vorjahresprüfung. Wird die Prognose vom tatsächlichen Verdienst bestätigt, erhält der Rentner eine entsprechende Nachzahlung für die restlichen Monate des jeweiligen Kalenderjahres. Ansonsten, also wenn trotz des Wegfalls auf Jahressicht die kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze überschritten wird, besteht für das restliche Kalenderjahr weiterhin nur ein Anspruch auf Teilrente mit einem durch die Veränderung des kalenderjährlichen Hinzuverdienstes geminderten Anrechnungsbetrag. Zum 1. Januar des Folgejahres wird vom Rentenversicherungsträger „von Amts wegen“ die Rente in voller Höhe gezahlt, weil für das kommende Kalenderjahr kein Hinzuverdienst mehr zu berücksichtigen ist.

Ein höherer Hinzuverdienst (Hinzutritt oder höher als bisher berücksichtigt) wird mit Wirkung für die Zukunft berücksichtigt.[16] Das bedeutet, dass eine niedrigere Rente erst von dem Monat an zu leisten ist, zu dem – technisch – die laufende Zahlung aufgenommen werden kann. Entfällt der (Zahlungs-) Anspruch gänzlich, ist die Einstellung der Zahlung der Rente ebenfalls erst zum nächstmöglichen Termin zu veranlassen. Damit wird verhindert, dass bereits im Prognosezeitraum die Rentner (vermeintlich) überzahlte Renten zurückzahlen müssen. Diese abschließende Feststellung wird für das jeweilige Kalenderjahr anhand des tatsächlichen Verdienstes im Rahmen der Vorjahresprüfung vorgenommen. Führt der geänderte prognostizierte Verdienst zu einer höheren Rentenzahlung, wird diese ab dem Beginn des dem Antrag folgenden Monats gezahlt.[17, 18]

Bescheidkorrektur – § 34 Absatz 3f SGB VI

Die erstmalige oder erneute Anwendung der Hinzuverdienstregelung beziehungsweise die Änderung bei der Höhe des Hinzuverdienstes hat bei Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze Einfluss auf den Rentenanspruch. Diese können sich auf den Rentenzahlbetrag positiv (Nachzahlung) oder negativ (Überzahlung) auswirken und erfordern die Korrektur der bisherigen

Bescheide. Bei einem Anrechnungsbetrag in Höhe der Vollrente besteht kein Anspruch mehr auf diese Altersrente.

Gesetzliche Grundlage für die Korrektur von Bescheiden waren nach dem bis 30. Juni 2017 geltenden Recht die maßgebenden Vorschriften im Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Im neuen Hinzuverdienstrecht ist jedoch vorgesehen, dass bestimmte verfahrensrechtliche Normen nach dem SGB X im Zuge der Korrektur von Bescheiden keine Anwendung mehr finden. Genannt werden in diesem Zusammenhang die Vorschriften zur Anhörung Beteiligter (§ 24 SGB X), zur Rücknahme eines anfänglich rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes (§ 45 SGB X) und zur Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse (§ 48 SGB X).

Die Vorschrift des § 44 SGB X (Rücknahme eines anfänglich rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes) wird in diesem Zusammenhang nicht erwähnt, das heißt diese Vorschrift findet weiterhin Anwendung. Hintergrund hierfür dürfte sein, dass es sich dabei um eine Regelung handelt, nach der rechtswidrige Bescheide auch für die Vergangenheit zwingend zu korrigieren sind. Insofern passt die Vorschrift des § 44 SGB X mit ihren Rechtsfolgen zur Zielsetzung der Regelung im Absatz 3f des § 34 SGB VI. Schlussendlich soll auf der Grundlage des tatsächlich erzielten Hinzuverdienstes der Rentenanspruch in der zutreffenden Höhe erbracht werden.

Der Ausschluss der Anwendung der vorgenannten verfahrensrechtlichen Regelungen nach dem SGB X und der eindeutige Wortlaut der Vorschrift bedeutet – unabhängig davon, ob sich dies zugunsten oder zuungunsten des Betroffenen auswirkt – , dass die bisherigen Bescheide zwingend aufzuheben sind, wenn sich bei der Prognose, der Vorjahresprüfung oder bei Änderungen der Höhe beim voraussichtlichen kalenderjährlichen Hinzuverdienst Abweichungen mit entsprechenden Auswirkungen auf den Rentenanspruch ergeben. Dabei sind die Bescheide von dem Zeitpunkt an aufzuheben, ab dem sich der veränderte Rentenanspruch nach den Absätzen 3c bis 3e des § 34 SGB VI ergibt. Dadurch ist gewährleistet, dass im Rahmen der Bescheidkorrektur stets der materiell-rechtliche Zustand hergestellt werden kann und im Falle einer Überzahlung bereits erbrachte Leistungen vom Rentner zwingend zu erstatten sind. Insofern gilt § 34 Absatz 3f Satz 2 SGB VI auch als lex specialis zu der die Erstattungspflicht regelnden Vorschrift des § 50 Absatz 1 SGB X.[14] Unberührt bleiben lediglich die Vorschriften des § 50 Absätze 3 und 4 SGB X. Diese beinhalten zum einen Regelungen, dass die zu erstattende Leistung durch schriftlichen Verwaltungsakt festzusetzen ist und zum anderen die Verjährungsregelung zum Erstattungsbetrag.

Die zwingende Aufhebung bedeutet aber auch, dass bestimmte Umstände, die beispielsweise durch die Geltendmachung einer Rückforderung für die Vergangenheit für die Betroffenen nicht mehr realisierbar sind (rückwirkende Geltendmachung von Grundsicherungsleistungen) oder die der Rentenversicherungsträger zu verantworten hat, für die Frage der Korrektur eines Bescheides keine rechtsrelevante Bedeutung mehr haben. Es gibt auch keine atypische Fallkonstellationen, die den Rentenversicherungsträgern einen Ermessensspielraum einräumen. Nach dieser Regelung „sind“ die bisherigen Bescheide zu korrigieren und auch bereits erbrachte Leistungen zwingend zurückzufordern.[18]

Die Anwendung dieser Vorschrift bezieht sich dabei nicht nur auf Korrekturen von Bescheiden, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Hinzuverdienstregelungen bei den Altersrenten vor Erreichen der Regelaltersgrenze stehen. Erfasst werden auch Änderungen, die sich hierdurch im Weiteren ergeben. Ändert sich zum Beispiel infolge der Veränderung des Rentenanspruchs auf Grund der Regelungen des § 34 Absätze 3c bis 3e SGB VI auch der Anrechnungsbetrag bei Anwendung des § 93 SGB VI (Rente und Leistungen aus der Unfallversicherung), so hat die Korrektur insgesamt nach § 34 Absatz 3f SGB VI zu erfolgen.[18] Hat hingegen eine Korrektur der Versichertenrente auf Grund der Hinzuverdienstregelung Auswirkungen auf eine Hinterbliebenenrente bei der Einkommensanrechnung nach § 97 SGB VI, so ist diese nach den maßgebenden Korrekturnormen des SGB X zu korrigieren, weil es sich beim Wortlaut der Vorschrift nur um den originären (Versicherten-)Rentenanspruch handelt.

Einbehalt von Rückforderungen – § 34 Absatz 3g SGB VI

Nach den eigenständigen Regelungen zur Aufhebung von Bescheiden und Rückforderung von Überzahlungen, ist bis zu einem bestimmten überzahlten Rentenbetrag auch eine direkte Aufrechnung möglich.

Danach werden überzahlte Beträge von bis zu 200 Euro unmittelbar von der laufenden Rente bis zu deren Hälfte abgezogen, wenn die Betroffenen damit einverstanden sind. Im Gegensatz zu dem formalisierten Verfahren bei der Aufrechnung nach § 51 SGB I mit abschließender Ermessensentscheidung, soll der Ausgleich von Erstattungsbeträgen bis zu 200 Euro unbürokratisch erfolgen. Die Grundsätze der Aufrechnung nach § 51 SGB I greifen deshalb hier nicht. Auch der Einwand der Hilfebedürftigkeit geht hierbei ins Leere.[18]

Mit dieser Regelung sollen nach dem Willen des Gesetzgebers die Rentner davon entlastet werden, kleinere Beträge an den Träger der Rentenversicherung überweisen zu müssen.[19] Für die Abgabe des Einverständnisses sieht die Vorschrift kein Formerfordernis vor. Im Gegensatz dazu wird jedoch eindeutig geregelt, dass ein Widerruf des Einverständnisses nur durch schriftliche Erklärung erfolgen kann. Die Rentenversicherungsträger haben sich in erster Linie aus Beweisgründen darauf verständigt, auch für die Abgabe des Einverständnisses die Schriftform zu wählen.[18]

Dieses Einverständnis ist nicht beschränkt auf die zu diesem Zeitpunkt bezogene Rentenart. Das heißt, die bei Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abgegebene Einverständniserklärung gilt auch bei einem Wechsel in eine Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze weiter.[18]

Der Einbehalt kann dann in zulässiger Höhe vorgenommen werden. Ist dies einmalig nicht möglich, so kann die Überzahlung in Höhe von maximal 200 Euro mehrere Monate von der Rente einbehalten werden.[18]

Durch einen entsprechenden Hinweis im Aufhebungsbescheid ist gewährleistet, dass die Rentner über das Recht, das einmal erklärte Einverständnis zu diesem Verfahren jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, aktuell aufgeklärt werden.[20]

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Die Vorschrift des § 96a SGB VI wurde ebenfalls neu gefasst. Die bei den Altersrenten vor Erreichen der Regelaltersgrenze beschriebene Systematik des neuen Hinzuverdienstrechts ist mit geringfügigen Unterscheidungen ab 1. Juli 2017 auch auf die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit übertragen worden.

Dazu gehört auch die kalenderjährliche Betrachtungsweise. Wie bei den Altersrenten vor Erreichen der Regelaltersgrenze gilt, dass das Überschreiten der kalenderjährlichen Hinzuverdienstgrenze dazu führt, dass die Rente nicht mehr in voller Höhe geleistet wird. Der Unterschied zu den Altersrenten besteht darin, dass bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch die Höhe des Hinzuverdienstes nicht der Rentenanspruch, sondern lediglich die Rentenhöhe berührt wird.

Grundzüge der Anrechnung – § 96a Absatz 1a SGB VI

Die Regelung entspricht in ihren Rechtsfolgen der Vorschrift des § 34 Absatz 3 SGB VI. Wie auch bei den Altersrenten vor Erreichen der Regelaltersgrenze sind die bisherigen, auf teilweise zu leistenden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Höhe von einem Viertel, einem Drittel, der Hälfte, zwei Dritteln oder drei Viertel der Rente in voller Höhe abgestimmten Hinzuverdienstgrenzen durch eine jeweilige Hinzuverdienstgrenze für die Rente wegen voller Erwerbsminderung, Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder für die Rente für Bergleute ersetzt worden.

Wird diese überschritten, ist stets ein Zwölftel des übersteigenden Betrages zu 40 Prozent auf die Vollrente anzurechnen. Verbleibt danach noch ein Rentenbetrag, ist von der geminderten Rente gegebenenfalls noch ein zusätzlicher Anrechnungsbetrag in Abzug zu bringen. Dieser ergibt sich, wenn das Gesamteinkommen aus verminderter Rente und einem Zwölftel des kalenderjährlichen Hinzuverdienstes, den Hinzuverdienstdeckel nach § 96a Absatz 1b SGB VI überschreitet. Der überschreitende Betrag wird in vollem Umfang auf den noch verbliebenden Rentenbetrag angerechnet.

Wenn der insgesamt von der Rente abzuziehende Hinzuverdienst den Betrag der Vollrente erreicht, wird die Rente nicht mehr geleistet. Im Gegensatz zu den Altersrenten bleibt in einem solchen Fall der Grundanspruch auf die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bestehen.

In der Regel gehen damit keine höheren monatlichen Hinzuverdienstmöglichkeiten als bisher einher. Durch die jahresdurchschnittliche Betrachtung ergeben sich für die Rentner Verbesserungen dahingehend, dass unterjährige Hinzuverdienstschwankungen besser ausgeglichen werden können als im Rahmen des zweimaligen Überschreitens nach bisherigem Recht.

Weiterhin gilt, dass der Hinzuverdienst grundsätzlich innerhalb des verbliebenen Restleistungsvermögens erzielt werden muss. Das bedeutet, dass bei Aufnahme einer Beschäftigung oder Tätigkeit zunächst zu prüfen ist, ob diese als solche dem Anspruch auf die jeweilige Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit entgegensteht. Besteht danach weiterhin ein Anspruch auf die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wird in einem zweiten Schritt § 96a SGB VI angewendet.

Hinzuverdienstdeckel – § 96a Absatz 1b SGB VI

Nach dieser Vorschrift wird der Hinzuverdienstdeckel für die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit berechnet.

Ein Unterschied zu der vergleichbaren Regelung bei den Altersrenten zum Hinzuverdienstdeckel besteht in der Festlegung des 15-Kalenderjahres-Zeitraums. Ausgangspunkt bei den Altersrenten ist der Beginn der ersten Rente wegen Alters. Bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist dagegen nicht auf den erstmaligen Eintritt (irgend)einer Minderung der

Erwerbsfähigkeit abzustellen. Maßgebend für die Ermittlung des in Rede stehenden Zeitraums ist der jeweilige Eintritt der vollen oder teilweisen Erwerbsminderung, der im Bergbau verminderten Berufsfähigkeit oder die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 45 Absatz 3 SGB VI. Der Wegfall und der spätere (Wieder-)Eintritt eines Leistungsfalles führen demnach zu einem neuen 15-Kalenderjahres-Zeitraum.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu § 34 Absatz 3a SGB VI verwiesen.

Hinzuverdienstgrenze – § 96a Absatz 1c SGB VI

Für die Rente wegen voller Erwerbsminderung gilt weiter eine starre Hinzuverdienstgrenze. Die bisherige monatliche Hinzuverdienstgrenze in Höhe von 450 Euro wird wie bei den Altersrenten durch eine kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze in Höhe von 6.300 Euro ersetzt.

Für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und für die Rente für Bergleute wird weiterhin die maßgebende Hinzuverdienstgrenze individuell ermittelt. Der Faktor für die Vervielfältigung mit der jährlichen Bezugsgröße wurde dabei an die jährliche Betrachtungsweise unter Berücksichtigung des Wegfalls der zweimaligen kalenderjährlichen Überschreitensmöglichkeit bis zum Doppelten angepasst. Eine Änderung zum bisherigen Recht ergibt sich insoweit, als dass für die Ermittlung der jeweiligen Hinzuverdienstgrenze nicht mehr die Summe der Entgeltpunkte der letzten drei Kalenderjahre maßgebend ist, sondern die Summe der Entgeltpunkte des Kalenderjahres mit den höchsten Entgeltpunkten aus den letzten 15 Kalenderjahren vor dem Eintritt des jeweiligen Leistungsfalles; mindestens jedoch 0,5 Entgeltpunkte.

Die ermittelten Hinzuverdienstgrenzen für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und Rente für Bergleute werden jährlich zum 1. Juli neu berechnet. Wie im bisherigen Recht werden die individuell ermittelten Hinzuverdienstgrenzen weiter dynamisiert. Dies geschieht durch die Koppelung an die jährliche Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Diese wird jedoch in der Regel bereits zum 1. Januar eines jeden Jahres angepasst, während die Neuberechnung der jährlichen Hinzuverdienstgrenzen erst zum 1. Juli eines jeden Jahres erfolgen soll. Grund hierfür dürfte sein, dass die Anpassung der Werte (Hinzuverdienstdeckel, kalenderjährliche individuelle Hinzuverdienstgrenze) einhergehen soll mit der Vorjahresprüfung zum 1. Juli eines Jahres. Die am 1. Juli neuberechnete kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze gilt dabei für das jeweilige Kalenderjahr. Es gibt also keine gesonderte Hinzuverdienstgrenze vom 1. Januar bis 30. Juni auf der Grundlage der Bezugsgröße des Vorjahres und eine entsprechend angepasste Hinzuverdienstgrenze für die Zeit ab 1. Juli eines Jahres.

Die im § 96a Absatz 1c Satz 2 SGB VI geregelte Neuberechnung der individuellen kalenderjährlichen Hinzuverdienstgrenzen enthält hingegen keine besondere Regelung für deren erstmalige Bestimmung. Das bedeutet, bei einem Rentenbeginn in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni ist bei der Berechnung der individuellen kalenderjährlichen Hinzuverdienstgrenze bereits auf die zu diesem Zeitpunkt maßgebende Bezugsgröße abzustellen.[18]

Hinzuverdienstarten – § 96a Absätze 2 und 3 SGB VI

Als Hinzuverdienst wird wie bisher Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen zu Grunde gelegt. Darüber hinaus werden auch weiterhin bestimmte Sozialleistungen bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Höhe des der Sozialleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens berücksichtigt.

Unverändert gilt auch das Zusammenrechnungsgebot, wenn mehrere dieser Einkünfte vorliegen. Als Hinzuverdienst wird auch weiterhin nicht das Entgelt einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson oder eines behinderten Menschen, das er von einer in § 1 Satz 1 Nummer 2 SGB VI genannten Einrichtung erhält, berücksichtigt.

Nicht mehr enthalten ist jedoch das Verbot der Berücksichtigung von geringfügigem Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen als Hinzuverdienst, wenn dieses auf die parallel bezogene und als Hinzuverdienst zu berücksichtigende Sozialleistung ganz oder teilweise angerechnet wurde. Nach Ansicht des Gesetzgebers hat diese Regelung keine praktische Bedeutung und ist daher entbehrlich.[21]

Verweis – § 96a Absatz 5 SGB VI

Die Regelungen zur Prognose des Hinzuverdienstes nach Absatz 3c, die Bestimmungen zur Vorjahresprüfung nach Absatz 3d, zu der Änderung des prognostischen Hinzuverdienstes nach Absatz 3e, zur Aufhebung nach Absatz 3f sowie zum möglichen Einbehalt bei einer Überzahlung von bis zu 200 Euro nach Absatz 3g des § 34 SGB VI gelten sinngemäß mit der Maßgabe, dass der Hinzuverdienst bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit keinen Einfluss auf den Rentenanspruch, sondern nur auf die Höhe der Rentenzahlung hat.

Besitzschutzprüfung

Das Flexirentengesetz enthält sowohl für die Altersrenten vor Erreichen der Regelaltersgrenze im § 302 Absatz 6 SGB VI als auch für die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im § 313 Absatz 1 SGB VI Übergangsregelungen, die eine Verschlechterung bei Be-

standsrenten durch das neue Hinzuverdienstrecht vermeiden sollen.

Die zwar in unterschiedlichen Vorschriften, aber inhaltsgleich für die Altersrenten und den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit enthaltenen Übergangsregelungen gelten für Bestandsrentner, die bereits wegen Berücksichtigung von Hinzuverdienst laufend eine Teilrente erhalten.

Bestandsrentner im Sinne der oben genannten Vorschriften ist der Versicherte mit

- einem Rentenbeginn vor dem 1. Juli 2017,
- Zusammentreffen mit Hinzuverdienst vor dem 1. Juli 2017 und über den 30. Juni 2017 hinaus und
- Anspruch auf Teilrente im Monat Juni 2017.

Dieser Personenkreis soll vor Nachteilen durch das neue Hinzuverdienstrecht geschützt werden. Zu vergleichen ist die Teilrentenhöhe nach neuem Hinzuverdienstrecht im Monat Juli 2017 mit der zum 1. Juli 2017 angepassten Teilrentenhöhe nach altem Hinzuverdienstrecht aus dem Monat Juni 2017.[18]

Das neue Hinzuverdienstrecht ist maßgebend, wenn die monatliche Teilrentenhöhe der Teilrentenhöhe nach altem Recht entspricht oder günstiger ist. Andernfalls gilt das alte Hinzuverdienstrecht über den 30. Juni 2017 hinaus.

Greift die Übergangsregelung, also ist das neue Hinzuverdienstrecht für den Teilrentner ungünstiger, gilt für diese Fälle ab 1. Juli 2017 weiterhin die monatliche Betrachtungsweise. Das bedeutet, es ist der monatliche Hinzuverdienst unter Berücksichtigung eines zweimaligen Überschreitensrechts bis zum Doppelten der maßgebenden Hinzuverdienstgrenze im Kalenderjahr der monatlichen Hinzuverdienstgrenze gegenüberzustellen.

Der bisherige Anspruch auf Teilrente gilt solange weiter, bis die am 30. Juni 2017 für diese anteilig geleistete Rente geltende Hinzuverdienstgrenze nach den §§ 96a und 313 SGB VI in der bis zum 30. Juni 2017 geltenden Fassung überschritten wird[22] oder sich nach den §§ 96a und 313 SGB VI in der ab dem 1. Juli 2017 geltenden Fassung eine mindestens gleich hohe Rente ergibt. Tritt eine dieser genannten Bedingungen ein, werden die Voraussetzungen dieser Vorschriften nicht mehr erfüllt; es gilt dann ab diesem Zeitpunkt ausschließlich das neue Hinzuverdienstrecht.

In den von der Übergangsregelung erfassten Fällen ist demnach nicht nur das alte Hinzuverdienstrecht weiterzuführen. Der Umstand, dass die Übergangsregelung dann endet, wenn sich nach dem neuen Hinzuverdienstrecht eine mindestens gleich hohe Rente ergibt, erfordert zum turnusmäßigen Überprüfungszeitpunkt am 1. Juli eines jeden Jahres, aber auch bei Änderungen der Hinzuverdiensthöhe, stets eine Berechnung nach dem neuen Hinzuverdienstrecht zum Vergleich mit der Rentenhöhe nach dem alten Hinzuverdienstrecht.[18]

Knappschaftsausgleichsleistung

Die Vorschrift des § 239 Absatz 3 Satz 6 SGB VI wurde redaktionell angepasst. Die monatliche Hinzuverdienstgrenze in Höhe von 450 Euro wird ersetzt durch eine kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze in Höhe von 6.300 Euro.

Wie bisher hat ein Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze mit einer Beschäftigung oder Tätigkeit außerhalb des Bergbaus zur Folge, dass der Anspruch auf eine Knappschaftsausgleichsleistung nicht mehr besteht. Eine Knappschaftsausgleichsleistung als Teilrente wird es auch nach neuem Hinzuverdienstrecht nicht geben.

Fazit

Wie flexibel ist das neue Hinzuverdienstrecht ausgestaltet worden?

Anpassungsfähiger ist das neue Hinzuverdienstrecht jedenfalls durch die Jahresdurchschnittsbetrachtung geworden. Unterjährige Einkommensschwankungen, bedingt beispielsweise durch Mehrarbeit oder Einmalzahlungen wie Urlaubs- oder Weihnachtsgeld, können auf Jahressicht besser als bisher wieder ausgeglichen werden. Zu begrüßen ist auch die Abschaffung der „Stufenabstürze“ nach bisherigem Recht, die bei einem rentenschädlichen Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze eine Reduzierung der Vollrente auf gesetzlich festgelegte Teilrentenhöhen mit separaten Hinzuverdienstgrenzen vorsah. Durch die stufenlose Anrechnung wird erreicht, dass die Rente nicht schon bei einem geringfügigen Überschreiten einer Hinzuverdienstgrenze unverhältnismäßig stark gekürzt wird. Auch der Umstand, dass die jeweilige kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze auch dann in voller Höhe gilt, wenn der Hinzuverdienst nicht im ganzen Kalenderjahr erzielt worden ist, wird aus Sicht der Rentner positiv zu bewerten sein.

Das sind gute Ansätze, die jedoch nur dann den gewünschten Erfolg bringen, wenn diese von den Versicherten als solche wahrgenommen werden. Die gegenwärtige Ausgestaltung des neuen Hinzuverdienstrechts im Flexirentengesetz lässt jedoch Gegenteiliges vermuten.

Dies liegt vor allem an dem Verfahren zur Vorjahresprüfung zum jeweils nächsten 1. Juli des Folgejahres. Der rückschauende Vergleich der Einkommensprognose mit dem im letzten Kalenderjahr tatsächlichen erzielten

Hinzuverdienst wird bei nahezu allen Teilrenten zu nachträglichen Korrekturen führen. Es ist höchst unwahrscheinlich, dass angesichts der in einem Kalenderjahr kurzfristig eintretenden möglichen Veränderungen beim Verdienst durch Tariferhöhungen, sonstige Zuschläge oder Überstunden, der tatsächliche Jahresverdienst exakt prognostiziert werden kann. Geringfügige Änderungen reichen aus, um eine Neuberechnung des Anrechnungsbetrages im Zuge der Jahresdurchschnittsbetrachtung durch die Verwaltung vornehmen zu müssen. Die Teilrentenbezieher würden deshalb regelmäßig mit Korrekturbescheiden und nachträglichen Abrechnungen konfrontiert. Dies schafft auf Seiten der Versicherten kein Vertrauen in das Verfahren zum neuen Hinzuverdienstrecht und könnte bei ihnen Verunsicherung und Unverständnis auslösen. Verunsicherung deshalb, weil der Betroffene auf die Festlegung seiner im Prognosezeitraum gezahlten Rente nicht vertrauen kann. Endgültige Klarheit erhält der Versicherte erst mit der Jahresprüfung zum 1. Juli des Folgejahres auf der Grundlage seines tatsächlichen Verdienstes im letzten Kalenderjahr. Die Deutsche Rentenversicherung hat nicht zuletzt anlässlich der Öffentlichen Anhörung vor dem Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages am 17. Oktober 2016 zu dem Gesetzentwurf des Flexirentengesetzes zu Recht diese Verfahrensweise kritisiert.

Das Ziel des Gesetzgebers ist die Flexibilisierung und Vereinfachung des Hinzuverdienstrechts.[23] Ob dies von den Versicherten ebenso bewertet wird, bleibt abzuwarten. Die Anrechnungssystematik mit 40 Prozent von einem Zwölftel des die Hinzuverdienstgrenze übersteigenden Betrages, verbunden mit der anschließenden Prüfung, ob die verminderte Rente und ein Zwölftel des kalenderjährlichen Hinzuverdienstes den Hinzuverdienstdeckel beziehungsweise Mindesthinzuverdienstdeckel übersteigt und gegebenenfalls ein zusätzlicher Anrechnungsbetrag von der verminderten Rente abzuziehen ist, deutet nicht auf eine überschaubare, transparente und für die Betroffenen nachvollziehbare Anrechnungsregelung hin.

Ein Versicherter wird in der Regel ohne Hilfe des Rentenversicherungsträgers nicht beurteilen können, wie sich sein Verdienst nach dem neuen Hinzuverdienstrecht auf seine Rente auswirkt. Der Beratungsbedarf der Versicherten wird zunehmen und damit ein größerer Verwaltungsaufwand für die Rentenversicherungsträger beziehungsweise Versicherungsämter entstehen. Von einer Vereinfachung kann an dieser Stelle keine Rede sein. Die Regelungen sind im Vergleich zum bisherigen Recht komplizierter geworden und für die Betroffenen noch schwerer nachvollziehbar. Hierdurch werden Hürden geschaffen, die für Versicherte ein Weiterarbeiten neben der Rente als nicht lohnenswert und verbunden mit zu viel Aufwand erscheinen lassen.

Ein einfaches Hinzuverdienstrecht darf keine zu komplexen Regelungen zur Anrechnung enthalten. Es sollte bestenfalls so ausgestaltet sein, dass der Versicherte anhand einer Hinzuverdienstgrenze und in Kenntnis seines tatsächlichen Verdienstes die rentenrechtlichen Folgen selbst überblicken kann. Nicht zuletzt führt die zusätzliche Begrenzung durch den Hinzuverdienstdeckel zu einem aus Sicht der Betroffenen unübersichtlichen Anrechnungssystem.

Christian Runzer
KBS/Rentenversicherung
Service „Verfahren und Recht“
Pieperstraße 14-28
44789 Bochum

FUSSNOTEN

1 BGBl. I Seite 2838
2 BGBl. I Seite 787
3 Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, „Deutschlands Zukunft gestalten“, 18. Legislaturperiode, Seiten 71, 72
4 BT-Drs. 18/9787, Seite 1
5 Stand: 1. Juli 2016 – alte Bundesländer – www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/6_Wir_ ueber_uns/02_Fakten_und_Zahlen/02_kennzahlen_finanzen_vermoegen/1_kennzahlen_rechengroeßen/standardrente_rentenniveau_node.html
6 BT-Drs. 18/9787, Seite 23
7 §§ 302 Absatz 6, 313 Absatz 1 SGB VI
8 BSG-Urteil vom 9.10.2012 – B 5 R 8/12 R (BSGE 112, 74-85, SozR 4-1300 § 45 Nr. 10)
9 § 34 Absatz 3c Satz 2 SGB VI
10 analog § 34 Absatz 3e SGB VI
11 Entscheidung der Rentenversicherungsträger in der Arbeitsgruppe Fachausschuss Versicherung und Rente (AGFAVR) 1/2017
12 § 34 Absatz 3c Satz 3 SGB VI
13 § 34 Absatz 3d Satz 2 SGB VI
14 Entscheidung der AGFAVR 4/2016
15 § 34 Absatz 3c SGB VI
16 § 34 Absatz 3e Satz 3 SGB VI
17 § 100 Absatz 1 SGB VI
18 Entscheidung der AGFAVR 3/2016
19 BT-Drs. 18/9787, Seite 41
20 § 34 Absatz 3g Satz 2 SGB VI
21 BT-Drs. 18/9787, Seite 44
22 Hinweis: Nach dem Flexirentengesetz sollte die unter den Voraussetzungen der Übergangsregelung weiter geltende Hinzuverdienstgrenze unverändert bleiben; also nicht an Veränderungen der Bezugsgröße angepasst werden. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum EM-Leistungsverbesserungsgesetz ist jedoch im Artikel 1 Nrn. 14 und 16 eine Ergänzung der §§ 302 Absatz 6 und 313 Absatz 1 SGB VI dergestalt vorgesehen, dass die Hinzuverdienstgrenze entsprechend der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße angepasst werden soll.
23 BT-Drs. 18/9787, 3. Demografische Auswirkungen, Seite 26

UWE OGRZEWALLA UND CARSTEN LERG

Rentenanpassung 2017

Die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung werden in diesem Jahr um 1,9 Prozent in den alten Bundesländern und um 3,59 Prozent in den neuen Bundesländern erhöht. Ab 1. Juli 2017 beträgt der aktuelle Rentenwert 31,03 Euro und der aktuelle Rentenwert (Ost) 29,69 Euro. Dies ergibt sich aus § 1 der „Verordnung zur Bestimmung der Rentenwerte in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Alterssicherung der Landwirte zum 1. Juli 2017 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2017)“. Bisher beträgt der aktuelle Rentenwert 30,45 Euro und der aktuelle Rentenwert (Ost) 28,66 Euro.

Berechnung und Anpassung der Renten

Indem die persönlichen Entgeltpunkte, der Rentenartfaktor und der aktuelle Rentenwert miteinander vervielfältigt werden ergibt sich die Höhe einer monatlichen Rente.[1] Für die neuen Bundesländer werden persönliche Entgeltpunkte (Ost) beziehungsweise der aktuelle Rentenwert (Ost) verwendet, solange die Einkommensverhältnisse in Deutschland nicht einheitlich sind.[2] Die Rentenanpassung findet statt, indem bisheriger aktueller Rentenwert und aktueller Rentenwert (Ost) durch den jeweils neuen Wert ersetzt werden.[3] Für die knappschaftliche Rentenversicherung werden die angepassten Rentenbeträge, die aus dem Leistungszuschlag gezahlt werden, in diesem Beitrag dargestellt.

Neuer aktueller Rentenwert und neuer aktueller Rentenwert (Ost) werden aus den drei Faktoren Lohnentwicklung, Altersvorsorgeaufwendungen und Nachhaltigkeitsfaktor ermittelt. Im Folgenden werden die diesen Faktoren zugrunde liegenden Daten sowie die Berechnungsmethoden vorgestellt, aus denen die Anpassungssätze nach den Vorschriften des SGB VI ermittelt worden sind.

Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter

Die Rentenanpassung orientiert sich in erster Linie an der Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (im Folgenden: Verdienste) des letzten Jahres gegenüber denen des vorletzten Jahres; für das Gebiet der alten Bundesländer und das der neuen Bundesländer werden getrennte Werte berechnet.[4] Herangezogen werden die Verdienste nach der Systematik der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (ohne die Personen aus den sogenannten „Ein-Euro-Jobs“), die durch das Statistische Bundesamt ermittelt werden. Die Werte sind in der Abb. 1 dargestellt.

Abb. 1: Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (in Euro)

Verdienste im Jahr	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
2016	**34.205**	**27.868**
2015	**33.474**	**26.983**
2014	32.563	25.929

Abb. 2: Beitragspflichtige Verdienste je Arbeitnehmer (in Euro)

im Jahr	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
2015	30.934	25.928
2014	30.129	24.805

Teilt man die Verdienste des Jahres 2016 durch die des Jahres 2015, so erhält man deren Erhöhungssatz. Dieser Erhöhungssatz wird nicht unverändert für die Rentenanpassung übernommen. Denn dann bliebe unberücksichtigt, dass nicht alle Personen, die in die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen einbezogen sind, mit ihrem Einkommen in der Rentenversicherung beitragspflichtig sind. Die Verdienste nach den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen enthalten zum Beispiel auch die Beamtenbezüge und die versicherungspflichtigen Verdienste oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

Um die Einnahmensituation der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Anpassung zu berücksichtigen, werden als weitere Größe die beitragspflichtigen Verdienste je Arbeitnehmer ohne Beamte einschließlich der Bezieher von Arbeitslosengeld herangezogen. Diese ergeben sich aus der Versichertenstatistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Zugrunde gelegt wird hier die Veränderung im Jahr 2015 gegenüber dem Jahr 2014. Die beitragspflichtigen Verdienste zeigt die Abb. 2.

Die „bereinigten“ Verdienste für das Jahr 2015 berechnen sich nach folgender Formel:

Für die alten Bundesländer

$$33.474 \text{ Euro} \times \frac{33.474}{32.563} \text{ Euro} \div \frac{30.934}{30.129} \text{ Euro} = 33.515 \text{ Euro}$$

Für die neuen Bundesländer

$$26.983 \text{ Euro} \times \frac{26.983}{25.929} \text{ Euro} \div \frac{25.928}{24.805} \text{ Euro} = 26.864 \text{ Euro}$$

Dieser Berechnungsschritt liefert ein treffenderes Ergebnis als die bloße Verwendung der Verdienste des Jahres 2015 (33.474 Euro in den alten Bundesländern bzw. 26.983 Euro in den neuen Bundesländern), weil sie nicht unverändert, sondern unter Berücksichtigung der beitragspflichtigen Verdienste und somit der Einnahmen der Rentenversicherung in die Rentenanpassung einfließen (Ergebnis: 33.515 Euro in den alten Bundesländern bzw. 26.864 Euro in den neuen Bundesländern).

Es fällt auf, dass sich für die alten Bundesländer ein gegenüber dem Ausgangswert erhöhter Wert ergibt. Für die neuen Bundesländer hingegen ist das Verhältnis umgekehrt. Dies bedeutet: In den alten Bundesländern sind die Verdienste stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Verdienste; die „Bereinigung“ wirkt insgesamt anpassungsdämpfend. In den neuen Bundesländern hingegen sind die beitragspflichtigen Verdienste stärker gestiegen als die Verdienste; der niedrigere Ergebniswert wirkt hier anpassungssteigernd.

Die Veränderung der Verdienste des Jahres 2016 gegenüber den (bereinigten) Verdiensten des Jahres 2015 wird im Folgenden berechnet und der für die Rentenanpassung maßgebende Erhöhungssatz ermittelt:

Für die alten Bundesländer

Verdienste für 2016 ./. „bereinigte“ Verdienste für 2015
= 34.205 Euro ÷ 33.515 Euro = 1,0206

Für die neuen Bundesländer

Verdienste für 2016 ./. „bereinigte“ Verdienste für 2015
= 27.868 Euro ÷ 26.864 Euro = 1,0374

Die isolierte Betrachtung der Lohn- und Gehaltsentwicklung ergibt einen für die Rentenanpassung maßgebenden Faktor von 2,06 Prozentpunkten für die alten Bundesländer und von 3,74 Prozentpunkten für die neuen Bundesländer.

Faktor Altersvorsorgeaufwendungen

Bei der Anpassung sind die Belastungen der Beitragszahler angemessen zu berücksichtigen. Der sogenannte Faktor Altersvorsorgeaufwendungen[5] bildet Veränderungen beim Beitragssatz der gesetzlichen Rentenversicherung ab. Für die private Altersvorsorge werden gleichbleibende Vorsorgeaufwendungen unterstellt (4 Prozent).

Sowohl im Jahr 2015 als auch im Jahr 2016 betrug der Beitragssatz der allgemeinen Rentenversicherung 18,7 Prozent.

Der Faktor Altersvorsorgeaufwendungen errechnet sich wie folgt:

$$\frac{100 - 4 - 18,7}{100 - 4 - 18,7} = \frac{77,3}{77,3} = 1,0000$$

Der Faktor Altersvorsorgeaufwendungen wirkt sich auf die diesjährige Rentenanpassung nicht aus.

Nachhaltigkeitsfaktor

Das Verhältnis von Rentenbeziehern zu Beitragszahlern wird als Rentnerquotient bezeichnet. Wie sich dieser Quotient vom Jahr 2015 zum Jahr 2016 verändert hat, drückt der Nachhaltigkeitsfaktor aus.[6] Im Jahr 2015 betrug der Rentnerquotient 0,5220, im Jahr 2016 betrug er 0,5250.

Für die Bestimmung des Rentnerquotienten wird die Anzahl der sogenannten Äquivalenzrentner und der Äquivalenzbeitragszahler errechnet. Die Anzahl muss für die alten und neuen Bundesländer zunächst getrennt ermittelt werden, weil die Berechnungsmethode auf die unterschiedlichen aktuellen Rentenwerte zurückgreift und die in den neuen Bundesländern hochgewerteten Entgelte (Anlage 10 zum SGB VI) berücksichtigt. Die jeweiligen Ergebnisse werden jedoch anschließend addiert und Rentnerquotient und Nachhaltigkeitsfaktor einheitlich ermittelt. Die Werte der Äquivalenzrentner und Äquivalenzbeitragszahler zeigt die Abb. 3.

Sowohl die Anzahl der Äquivalenzrentner als auch die der Äquivalenzbeitragszahler ist im Jahr 2016 gestiegen, erstere jedoch in höherem Maße. Dies spiegelt sich wider in der Erhöhung des Rentnerquotienten auf 0,5250.

Die Auswirkung auf die Anpassung wird mit der folgenden Formel errechnet:

$$\left(1 - \frac{0,5250}{0,5220}\right) \times 0,25 + 1 = 0,9986$$

Auf die Rentenanpassung ergibt sich durch den Nachhaltigkeitsfaktor ein dämpfender Effekt (-0,14 Prozentpunkte).

Abb. 3: Äquivalenzrentner und -beitragszahler (in Tausend)

im Jahr	Äquivalenzrentner	Äquivalenzbeitragszahler
2016	15.479	29.485
2015	15.389	29.480

Berechnung des neuen aktuellen Rentenwertes und des aktuellen Rentenwertes (Ost)

Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung, des Faktors Altersvorsorgeaufwendungen und des Nachhaltigkeitsfaktors lassen sich als neuer aktueller Rentenwert beziehungsweise aktueller Rentenwert (Ost) ermitteln[7]:

AR = 30,45 Euro x 1,0206 x 1,0000 x 0,9986 = 31,0338 Euro

AR (Ost) = 28,66 Euro x 1,0374 x 1,0000 x 0,9986 = 29,6903 Euro

Gerundet ergeben sich somit ein neuer aktueller Rentenwert von 31,03 Euro und ein aktueller Rentenwert (Ost) von 29,69 Euro.[8]

Anpassungssätze

Das Verhältnis, in dem der neue aktuelle Rentenwert (31,03 Euro) zu dem bisherigen aktuellen Rentenwert (30,45 Euro) steht, beträgt 1,0190. Der Anpassungssatz für die alten Bundesländer beträgt damit 1,90 Prozent.

Für die neuen Bundesländer wird das Verhältnis aus dem neuen aktuellen Rentenwert (Ost) (29,69 Euro) zu dem bisherigen aktuellen Rentenwert (Ost) (28,66 Euro) gebildet. Das Ergebnis lautet 1,0359 und bedeutet einen Anpassungssatz in Höhe von 3,59 Prozent.

Weitere Angleichung beim Rentenniveau

Wie schon in den Vorjahren lassen höhere Lohnsteigerungen in den neuen Bundesländern die Renten, die aus dem aktuellen Rentenwert (Ost) berechnet werden, prozentual stärker ansteigen.

Aktueller Rentenwert (Ost) und aktueller Rentenwert gleichen sich somit weiter an. Das Niveau des aktuellen Rentenwertes (Ost) lag bisher bei 94,1 Prozent seines Westwertes. Ab 1. Juli 2017 beträgt es 95,7 Prozent.

Höhe des Leistungszuschlags

Die Erhöhung der aktuellen Rentenwerte wirkt sich auch direkt auf die Höhe des Leistungszuschlags in der knappschaftlichen Rentenversicherung aus.

In den nachfolgenden Tabellen wird die Höhe des Leistungszuschlags für Rentenbezugszeiten ab 1. Juli 2017 dargestellt. Für die Berechnung der Beträge wird ein Zugangsfaktor von 1,000

Abb. 4: Leistungszuschlag in den alten Bundesländern

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgeltpunkten	Monatsbetrag in Euro				
		Versichertenrente	Witwenrente (0,7333)	Witwenrente (0,8000)	Halbwaisenrente	Vollwaisenrente
6	0,1250	5,17	2,84	3,10	0,52	1,03
7	0,2500	10,34	5,69	6,21	1,03	2,07
8	0,3750	15,51	8,53	9,31	1,55	3,10
9	0,5000	20,69	11,38	12,41	2,07	4,14
10	0,6250	25,86	14,22	15,52	2,59	5,17
11	0,8750	36,20	19,91	21,72	3,62	7,24
12	1,1250	46,54	25,60	27,93	4,65	9,31
13	1,3750	56,89	31,29	34,13	5,69	11,38
14	1,6250	67,23	36,98	40,34	6,72	13,45
15	1,8750	77,57	42,66	46,55	7,76	15,52
16	2,1250	87,92	48,35	52,75	8,79	17,59
17	2,3750	98,26	54,04	58,96	9,82	19,65
18	2,6250	108,60	59,73	65,16	10,86	21,72
19	2,8750	118,95	65,42	71,37	11,89	23,79
20	3,1250	129,29	71,11	77,58	12,93	25,86
21	3,5000	144,80	79,64	86,88	14,48	28,96
22	3,8750	160,32	88,17	96,19	16,03	32,07
23	4,2500	175,83	96,71	105,50	17,58	35,17
24	4,6250	191,35	105,24	114,81	19,13	38,28
25	5,0000	206,86	113,77	124,12	20,68	41,38
26	5,3750	222,38	122,30	133,43	22,23	44,48
27	5,7500	237,89	130,84	142,74	23,78	47,59
28	6,1250	253,41	139,37	152,05	25,33	50,69
29	6,5000	268,92	147,90	161,36	26,89	53,79
30		284,43	156,44	170,67	28,44	56,90
31	7,2500	299,95	164,97	179,97	29,99	60,00
32	7,6250	315,46	173,50	189,28	31,54	63,10
33	8,0000	330,98	182,03	198,59	33,09	66,21
34	8,3750	346,49	190,57	207,90	34,64	69,31
35	8,7500	362,01	199,10	217,21	36,19	72,41

Abb. 5: Leistungszuschlag in den neuen Bundesländern

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgeltpunkten (Ost)	Monatsbetrag in Euro				
		Versichertenrente	Witwenrente (0,7333)	Witwenrente (0,8000)	Halbwaisenrente	Vollwaisenrente
6	0,1250	4,95	2,72	2,97	0,49	0,99
7	0,2500	9,90	5,44	5,94	0,99	1,98
8	0,3750	14,84	8,16	8,91	1,48	2,97
9	0,5000	19,79	10,89	11,88	1,98	3,96
10	0,6250	24,74	13,61	14,85	2,47	4,95
11	0,8750	34,64	19,05	20,78	3,46	6,93
12	1,1250	44,53	24,49	26,72	4,45	8,91
13	1,3750	54,43	29,94	32,66	5,44	10,89
14	1,6250	64,33	35,38	38,60	6,43	12,87
15	1,8750	74,22	40,82	44,54	7,42	14,85
16	2,1250	84,12	46,26	50,47	8,41	16,83
17	2,3750	94,02	51,71	56,41	9,40	18,81
18	2,6250	103,91	57,15	62,35	10,39	20,79
19	2,8750	113,81	62,59	68,29	11,38	22,77
20	3,1250	123,71	68,04	74,23	12,37	24,74
21	3,5000	138,55	76,20	83,13	13,85	27,71
22	3,8750	153,39	84,37	92,04	15,34	30,68
23	4,2500	168,24	92,53	100,95	16,82	33,65
24	4,6250	183,08	100,69	109,85	18,30	36,62
25	5,0000	197,93	108,86	118,76	19,79	39,59
26	5,3750	212,77	117,02	127,67	21,27	42,56
27	5,7500	227,62	125,19	136,57	22,76	45,53
28	6,1250	242,46	133,35	145,48	24,24	48,50
29	6,5000	257,31	141,52	154,39	25,72	51,47
30	6,8750	272,15	149,68	163,30	27,21	54,44
31	7,2500	287,00	157,84	172,20	28,69	57,41
32	7,6250	301,84	166,01	181,11	30,18	60,38
33	8,0000	316,69	174,17	190,02	31,66	63,35
34	8,3750	331,53	182,34	198,92	33,15	66,32
35	8,7500	346,37	190,50	207,83	34,63	69,29

Abb. 6: Leistungszuschlag in nach § 307a SGB VI umgewerteten Renten

Volle Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage	ergeben an Entgeltpunkten (Ost)	Monatsbetrag in Euro			
		Versichertenrente	Witwenrente	Halbwaisenrente	Vollwaisenrente
11	0,2500	9,90	5,94	0,99	1,98
12	0,5000	19,79	11,88	1,98	3,96
13	0,7500	29,69	17,81	2,97	5,94
14	1,0000	39,59	23,75	3,96	7,92
15	1,2500	49,48	29,69	4,95	9,90
16	1,5000	59,38	35,63	5,94	11,88
17	1,7500	69,27	41,57	6,93	13,86
18	2,0000	79,17	47,50	7,92	15,84
19	2,2500	89,07	53,44	8,90	17,82
20	2,5000	98,96	59,38	9,89	19,80
21	2,8750	113,81	68,29	11,38	22,77
22	3,2500	128,65	77,19	12,86	25,73
23	3,6250	143,50	86,10	14,35	28,70
24	4,0000	158,34	95,01	15,83	31,67
25	4,3750	173,19	103,92	17,31	34,64
26	4,7500	188,03	112,82	18,80	37,61
27	5,1250	202,88	121,73	20,28	40,58
28	5,5000	217,72	130,64	21,77	43,55
29	5,8750	232,57	139,54	23,25	46,52
30	6,2500	247,41	148,45	24,74	49,49
31	6,6250	262,26	157,36	26,22	52,46
32	7,0000	277,10	166,26	27,70	55,43
33	7,3750	291,94	175,17	29,19	58,40
34	7,7500	306,79	184,08	30,67	61,37
35	8,1250	321,63	192,99	32,16	64,34

FUSSNOTEN

[1] § 64 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI)
[2] § 254b SGB VI
[3] §§ 65, 254c SGB VI
[4] §§ 68 Absatz 2, 255a Absatz 1 SGB VI
[5] § 68 Absatz 3 SGB VI
[6] §§ 68 Absatz 4, 255a Absatz 3 SGB VI
[7] §§ 68 Absatz 5, 255a Absatz 1 SGB VI
[8] § 123 Absatz 1 in Verbindung mit § 121 Absatz 2 SGB VI

berücksichtigt. Bei einem Zugangsfaktor kleiner als 1,000 ergeben sich entsprechend niedrigere Beträge.

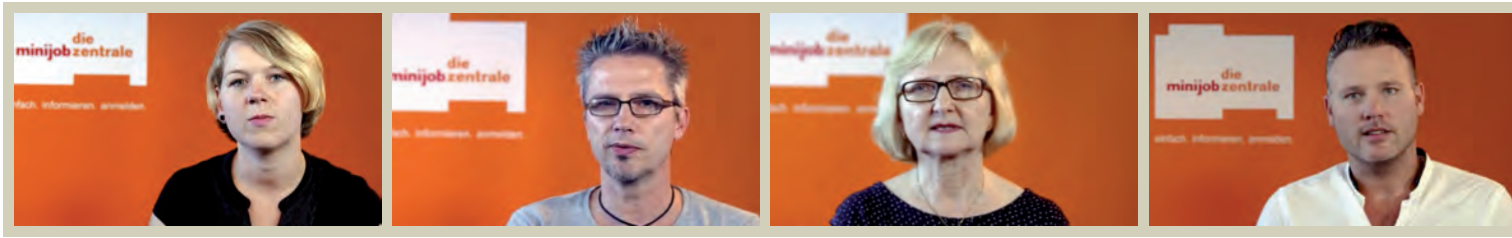
Aus der Abb. 4 ergeben sich die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag unter Berücksichtigung des aktuellen Rentenwerts von 31,03 Euro und der Anzahl der zurückgelegten vollen Jahre mit ständigen Arbeiten unter Tage.

Die Abb. 5 beinhaltet die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag unter Berücksichtigung des aktuellen Rentenwerts (Ost) von 29,69 Euro für Renten, die nach dem SGB VI berechnet wurden und denen ausschließlich Entgeltpunkte (Ost) für den Leistungszuschlag zugrunde liegen.

Wurden ständige Arbeiten unter Tage sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern zurückgelegt, so werden die Entgeltpunkte aus dem Leistungszuschlag in dem Verhältnis als Entgeltpunkte (Ost) berücksichtigt, in dem die Kalendermonate mit ständigen Arbeiten unter Tage, die gleichzeitig Beitragszeiten mit Entgeltpunkten (Ost) sind, zu allen Kalendermonaten mit ständigen Arbeiten unter Tage stehen.

Die Abb. 6 zeigt die Monatsbeträge für den Leistungszuschlag für nach § 307a SGB VI umgewertete Bestandsrenten des Beitrittsgebietes.

Uwe Ogrzewalla
KBS/Rentenversicherung
DV-Verbindungsstelle
Carsten Lerg
KBS/Rentenversicherung
Service „Verfahren und Recht“
Pieperstraße 14-28
44789 Bochum



Fotos: KBS/Minijob-Zentrale

Neue Video-Reihe auf YouTube

Beschäftigte der Minijob-Zentrale beantworten Fragen rund um Minijobs

„Minijob? Wir antworten!“ heißt das neue Informationsangebot der Minijob-Zentrale auf YouTube. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Minijob-Zentrale beantworten in fast 40 Videos häufig gestellte Fragen zum Thema Minijobs. Zum Beispiel:

- Wie viel darf man bei einem Minijob verdienen?
- Hat man bei einem Minijob Anspruch auf Urlaub und gilt eigentlich der Mindestlohn?
- Gelten Arbeitsrechte auch für Minijobber?
- Können neben einer Hauptbeschäftigung auch mehrere 450-Euro-Minijobs ausgeübt werden?
- Was bedeutet Versicherungspflicht in der Rentenversicherung und was sind die Vorteile?

Ebenfalls auf YouTube zu sehen: die Schritt-für-Schritt Anleitung zur elektronischen Ausfüllhilfe sv.net, die Erklärfilme zu den Minijobs in Privathaushalten und die Werbespots mit der Augsburger Puppenkiste.

Schon seit längerem ist die Minijob-Zentrale auch in den Sozialen Medien unterwegs:

- Der Blog zählt inzwischen zu den erfolgreichsten Corporate-Blogs in Deutschland. In den ersten beiden Monaten dieses Jahres wurden die Beiträge fast 300.000 mal aufgerufen.
- Bei Facebook und auf Twitter konnte die Zahl der Follower deutlich gesteigert werden. Die Beitrage dort wurden mehr als 1,1 Millionen mal gelesen.
- Alle Kanäle zusammen erzielten im Jahr 2016 eine Reichweite von mehr als 2,1 Millionen Nutzern.

Die Internetseiten und Kanäle auf einen Blick:
minjob-zentrale.de
haushaltsjob-boerse.de
Blog: minijobzentrale.wordpress.com
Facebook: facebook.com/MinijobZentrale/
Twitter: twitter.com/Minijobzentrale
YouTube: youtube.com/user/MinijobZentrale

KBS

© sudhas - Fotolia.com

MONIKA TAENZEL UND PETRA WILKE

Sozialversicherungsabkommen mit Indien in Kraft

Das Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Indien über Soziale Sicherheit (SVAbk) vom 12. Oktober 2011[1] und die Vereinbarung zur Durchführung des Abkommens (DV) vom gleichen Tag[2] sind am 1. Mai 2017 in Kraft getreten. Die Bestimmungen des sogenannten Entsendeabkommens vom 8. Oktober 2008 (in Kraft ab 1. Oktober 2009) wurden in das neue Sozialversicherungsabkommen integriert. Das Entsendeabkommen tritt dadurch zum 1. Mai 2017 außer Kraft.[3]

Nach Unterzeichnung des Entsendeabkommens am 8. Oktober 2008, das innerhalb kürzester Zeit verhandelt und unterschrieben wurde, waren die Regierungen beider Länder bestrebt, ein umfassendes Sozialversicherungsabkommen abzuschließen. Dieses sollte nicht nur Regelungen über die Versicherungspflicht von entsandten Arbeitnehmern beinhalten und dadurch doppelte Beitragslasten für Arbeitgeber und Arbeitnehmer in der Renten- und Arbeitslosenversicherung beziehungsweise für Arbeitgeber in der Unfallversicherung vermeiden, sondern auch den uneingeschränkten Transfer von Rentenleistungen zwischen den Vertragsstaaten gewährleisten. Die im jeweiligen Recht erforderliche Wartezeit für die Leistung einer Rente kann durch Zusammenrechnung der Zeiten in den beiden Vertragsstaaten erfüllt werden. Sofern erforderlich, können zusätzlich Versicherungszeiten in Staaten, mit denen beide Länder umfassende über- oder zwischenstaatliche Regelungen getroffen haben, einbezogen werden.

Im Hinblick auf die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Deutschland und Indien ist der Abschluss dieses Sozialversicherungsabkommens ein sinnvoller und wichtiger Schritt.

Im Einzelnen enthält das SVAbk für den Bereich der Rentenversicherung folgende bedeutsame Regelungen:

1. Sachlicher Geltungsbereich

Das Abkommen bezieht sich nach Artikel 2 Absatz 1 SVAbk auf die deutschen Rechtsvorschriften über

- die gesetzliche Rentenversicherung,
- die hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung (nur in Bezug auf den Leistungsexport),
- die Alterssicherung der Landwirte

sowie

die indischen Rechtsvorschriften über

- die Alters- und Hinterbliebenenrente für Beschäftigte,
- die Rente für Beschäftigte bei dauerhafter und voller Invalidität.

In Fällen der Entsendung von Arbeitnehmern nach Indien[4] wird auch die deutsche Arbeitslosenversicherung vom sachlichen Geltungsbereich erfasst.[5]

2. Persönlicher Geltungsbereich

Das SVAbk Indien ist ein sogenanntes offenes Abkommen. Es gilt daher für alle Personen, die Versicherungszeiten in Deutschland oder Indien zurückgelegt haben sowie für deren Hinterbliebene hinsichtlich abgeleiteter Ansprüche.[6] Gemeint sind damit also

- Staatsangehörige der beiden Vertragsstaaten,
- Flüchtlinge im Sinne des Artikels 1 des Abkommens der Vereinten Nationen vom 28. Juli 1951 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und des Protokolls vom 31. Januar 1967 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge,
- Staatenlose im Sinne des Artikels 1 des Übereinkommens vom 28. September 1954 über die Rechtsstellung der Staatenlosen,
- Drittstaatsangehörige und
- Personen hinsichtlich der Rechte, die sie von einem der vorgenannten Personengruppen ableiten (Hinterbliebene).

Mit Drittstaatsangehörigen sind auch Staatsangehörige eines Staates, in dem die Europäischen Verordnungen anzuwenden sind, gemeint. Aufgrund

des koordinierenden europäischen Sozialrechts sind sie aber einem Deutschen gleichgestellt.

Auf die Staatsangehörigkeit und den Aufenthaltsort der Berechtigten kommt es im Artikel 3 SVAbk aber zunächst nicht an. Unterschiede in der Anwendung der jeweiligen Rechtsvorschriften ergeben sich allerdings im Rahmen der Vorschriften zur Gleichbehandlung und zur Gleichstellung der Hoheitsgebiete (s. Punkt 3 und 4).

Auf indischer Seite werden Flüchtlinge und Staatenlose nicht vom SVAbk erfasst.

3. Gleichbehandlung

Die Vorschriften des SVAbk Indien über die Gleichbehandlung von Personen[7] und die Gleichstellung der Hoheitsgebiete[8] entfalten dann ihre Wirkung, wenn und soweit das jeweilige nationale Recht der Vertragsstaaten unterschiedliche Rechtsfolgen bei Inländern und Ausländern oder bei einem Aufenthalt im Inland und Ausland vorsieht.

Alle vom Abkommen erfassten Personen (s. Punkt 2) sind bei Aufenthalt in einem der Vertragsstaaten bei Anwendung der nationalen Rechtsvorschriften den eigenen Staatsangehörigen gleichgestellt.[9]

Da das deutsche Recht keine Unterscheidung nach der Staatsangehörigkeit bei Inlandsaufenthalt kennt, ergeben sich aus deutscher Sicht nur bei einem Auslandsaufenthalt Auswirkungen.

Die Regelungen über die Gleichbehandlung von Personen haben auf deutscher Seite in Verbindung mit der Gleichstellung der Hoheitsgebiete insbesondere Bedeutung bei der Anwendung der Auslandsrentenzahlungsvorschriften[10] und für die freiwillige Versicherung (s. auch Punkt 6). Es gelten folgende Grundsätze:

- Alle vom Abkommen erfassten Personen erhalten eine deutsche Rente bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in Indien grundsätzlich in gleicher Höhe wie bei einem Wohnsitz in Deutschland. Umgekehrt wird eine indische Rente in gleicher Weise nach Deutschland gezahlt wie bei einem Aufenthalt in Indien.

- Bei Aufenthalt in einem Drittstaat regelt Artikel 5 Absatz 2 SVAbk die Gleichbehandlung der Staatsangehörigen des anderen Vertragsstaates für die Erbringung von Leistungen. Durch die Änderung der deutschen Auslandsrentenzahlungsvorschriften zum 1. Oktober 2013 erhalten allerdings alle Berechtigten grundsätzlich eine deutsche Rente in voller Höhe.

- Für vom SVAbk Indien erfasste Staatsangehörige eines EU-/EWR-Staates oder der Schweiz mit gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt hinsichtlich des Rechts zur freiwilligen Versicherung in der deutschen Rentenversicherung ausschließlich das Recht der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (EGV).[11]

- Indische Staatsangehörige mit gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland sind zur freiwilligen Versicherung in der Deutschen Rentenversicherung berechtigt, wenn sie zu dieser Beitragszeiten für mindestens 60 Monate zurückgelegt haben.[12]

4. Einschränkungen bei der Gleichstellung der Hoheitsgebiete

4.1 Arbeitsmarktrenten

Eine deutsche Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird nur dann nach Indien geleistet, wenn der Anspruch unabhängig von der Arbeitsmarktlage besteht.[13]

4.2 Versicherungszeiten außerhalb der BRD

Nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) werden auch reichsdeutsche Beitragszeiten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland (z. B. in Schlesien, dem Sudetenland) sowie für Berechtigte nach dem Fremdrentenrecht ausländische Zeiten (z. B. in Polen, Russland) angerechnet. Das Auslandsrentenzahlungsrecht[14] sieht eine Zahlung von Renten aus diesen Zeiten nur in wenigen Ausnahmefällen vor (Geburt des Versicherten vor dem 19. Mai 1950, Auslandsverzug des Berechtigten vor dem 19. Mai 1990, Mitziehen einer gleichgroßen Anzahl von Entgeltpunkten aus diesen Zeiten wie Entgeltpunkte aus bundesdeutschen Zeiten vorhanden sind).

Das Abkommen hebt diese Vorschrift im Verhältnis zu Indien nicht auf.[15]

4.3 Leistungen zur Teilhabe

Nach Artikel 5 Absatz 5 SVAbk gilt die Gebietsgleichstellung nicht in Bezug auf Leistungen zur Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie über ergänzende Leistungen. Somit werden solche Leistungen grundsätzlich nicht nach Indien erbracht.

4.4 Ruhen von Rente bei Entziehen vor einem Strafverfahren

Die deutschen Rechtsvorschriften[16], die das Ruhen von Ansprüchen aus der Rentenversicherung für Personen ermöglichen, die sich einem gegen sie betriebenen Strafverfahren durch Aufenthalt im Ausland entziehen, werden nach Artikel 5 Absatz 6 SVAbk nicht berührt.

4.5 Auslandsrentenzahlung

4.5.1 Gewöhnlicher Aufenthalt in Indien

Alle vom Abkommen erfassten nicht-

deutschen Personen sind bei Anwendung der deutschen Auslandsrentenzahlungsvorschriften wie Deutsche zu behandeln.[17]

Für indische Staatsangehörige und für Staatsangehörige eines Staates, in dem die Europäischen Verordnungen anzuwenden sind, sowie für deren Hinterbliebene, gelten aufgrund der Gebietsgleichstellung folgende Einschränkungen des nationalen Rechts nicht:

- Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit und Renten für Bergleute nach § 45 Absatz 1 SGB VI sind ungeachtet der §§ 112 Satz 2 und 270b SGB VI auch dann zu gewähren, wenn auf diese Leistungen für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland noch kein Anspruch bestanden hat.

- Die Gebietsgleichstellung bewirkt bei der Prüfung nach § 254d Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB VI, dass dem im Buchstaben a geforderten Inlandsaufenthalt der gewöhnliche Aufenthalt in Indien gleichsteht. Bei einer Wohnsitzverlegung nach dem 18. Mai 1990 aus dem Bundesgebiet (einschließlich Beitrittsgebiet) nach Indien sind daher für Reichsgebiets-Beitragszeiten und für Beitragszeiten im Beitrittsgebiet (weiter) Entgeltpunkte auf Westniveau anzusetzen. Hinsichtlich der Entgeltpunkte aus Reichsgebiets-Beitragszeiten ist allerdings zu beachten, dass diese nicht als persönliche Entgeltpunkte für die Auslandsrente zu berücksichtigen sind, da die hierfür erforderlichen Voraussetzungen des § 272 Absatz 1 SGB VI von Personen im Sinne des § 254d Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a SGB VI nicht erfüllt werden können (Wohnsitznahme in Indien erst nach dem 18. Mai 1990).

- Die Leistung für Kindererziehung ist deutschen Staatsangehörigen und diesen gleichgestellten Personen wie bei Wohnsitz im Inland zu zahlen. Die Einschränkung in Artikel 5 Absatz 4 SVAbk kommt nicht zum Tragen, da die Leistung für Kindererziehung nicht auf Versicherungszeiten beruht.

4.5.2 Gewöhnlicher Aufenthalt in einem Drittstaat

Indische Staatsangehörige sind auch bei Wohnsitz außerhalb der Vertragsstaaten bei Anwendung der deutschen Auslandsrentenzahlungsvorschriften wie Deutsche zu behandeln.[18] Die Einschränkungen in den §§ 112 und 270b SGB VI sind allerdings zu beachten, da die Gebietsgleichstellung des Artikels 5 Absatz 1 SVAbk nur für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthalts in Indien gilt. Eine während eines gewöhnlichen Aufenthalts in Indien unter Außerachtlassung der §§ 112 und 270b SGB VI zuerkannte Rente fällt allerdings bei der Wohnsitzverlegung in einen Drittstaat nicht weg.

Da die zum 1. Oktober 2013 geänderten deutschen Vorschriften über die Auslandsrentenzahlung für alle Berechtigten unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit gelten, erhalten daher auch alle Berechtigten nach dem SVAbk Indien grundsätzlich eine Rente wie deutsche Staatsangehörige. Die Einschränkungen in den §§ 112 und 270b SGB VI sind aber auch hier zu beachten.

5. Durchführung der Versicherung (Entsendevorschriften)

Die Artikel 6 bis 10 SVAbk enthalten Regelungen darüber, welche nationalen Rechtsvorschriften über die Versicherungspflicht anzuwenden sind, damit eine Doppelversicherung vermieden wird. Ergänzt werden diese Vorschriften durch Artikel 3 Absatz 1 und Artikel 4 DV. Die Regelungen beziehen sich auch auf die Versicherungspflicht nach dem Recht der Arbeitsförderung.

Die Versicherungspflicht von Arbeitnehmern richtet sich nach den Rechtsvorschriften des Beschäftigungsstaates.[19] Dies gilt selbst dann, wenn sich der Arbeitgeber im anderen Vertragsstaat befindet. Für Seeschiffe gilt das Flaggenrecht, das heißt, die Versicherung der Seeleute richtet sich nach dem Recht des Landes, unter dessen Flagge das Schiff fährt.

Wird ein Arbeitnehmer, der in einem Vertragsstaat beschäftigt ist, im Rahmen dieses Beschäftigungsverhältnisses von seinem Arbeitgeber in den anderen Vertragsstaat entsandt, um dort eine Arbeit für diesen Arbeitgeber auszuführen, gelten für diese Beschäftigung während der ersten 48 Kalendermonate die Rechtsvorschriften des Entsendestaates.[20] Eine Verlängerung um 12 Monate ist auf gemeinsamen Antrag des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers möglich.[21] Die Entsenderegelung gilt auch für Selbstständige.[22]

Ausnahmevereinbarungen sind unter bestimmten Voraussetzungen möglich.[23] Damit werden die besonderen Umstände einer Beschäftigung berücksichtigt, insbesondere, wenn ein Arbeitnehmer eines Unternehmens mit Sitz in einem Vertragsstaat zeitlich befristet bei dessen Tochtergesellschaft im anderen Vertragsstaat beschäftigt wird und das im Heimatstaat bestehende Beschäftigungsverhältnis für diese Zeit ruht.

Artikel 7 Absatz 3 SVAbk schließt nachfolgend aufgeführte Tatbestände als eine Beschäftigung im Rahmen der Entsendung aus und dient somit der Missbrauchsverhütung. Eine Entsen-

dung liegt hiernach nicht vor, wenn

- der entsandte Arbeitnehmer „artfremde“ Tätigkeiten im Beschäftigungsstaat im Verhältnis zum Entsendestaat verrichtet (z. B. ein Bauarbeiter arbeitet in einem Schlachthof),
- der Arbeitgeber im Entsendestaat nur eine „Postkastenfirma“ unterhält mit dem Ziel, Arbeitnehmer nahezu ausschließlich in den anderen Vertragsstaat zu entsenden,
- der Arbeitnehmer nicht seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Entsendestaat hat und nur zum Zwecke der Entsendung eingestellt wird,
- die Arbeitnehmerüberlassung einen Verstoß gegen das Recht eines Vertragsstaates darstellt,
- der Arbeitnehmer zwischen zwei Entsendungen weniger als sechs Monate im Entsendestaat beschäftigt war.

6. Freiwillige Versicherung

Die im Abkommen geregelte Personengleichstellung hat zur Folge, dass vom Abkommen erfasste Personen uneingeschränkt das Recht zur freiwilligen Rentenversicherung in Deutschland genießen, sofern einschränkende Vorschriften nicht etwas anderes bestimmen. Daher wirkt sich das Abkommen in Bezug auf die freiwillige Versicherung nicht auf Personen aus, die bereits nach innerstaatlichem deutschen Recht oder überstaatlichem Recht zur freiwilligen Versicherung in Deutschland berechtigt sind. Grundsätzlich sind alle Personen ohne weitere Voraussetzungen zur freiwilligen Versicherung berechtigt, solange in Deutschland ein gewöhnlicher Aufenthalt besteht.[24]

6.1 Gewöhnlicher Aufenthalt in Indien

Indische Staatsangehörige können sich nur dann in der deutschen Rentenversicherung freiwillig versichern, wenn sie zu dieser für mindestens 60 Monate Beiträge entrichtet haben.[25] Hierbei muss es sich um deutsche Beiträge handeln. Eine Zusammenrechnung mit indischen Versicherungszeiten oder mit Versicherungszeiten der Staaten, mit denen beide Länder umfassende über- oder zwischenstaatliche Regelungen getroffen haben, ist hier nicht möglich.

Das Recht zur freiwilligen Versicherung für Staatsangehörige eines EU-/EWR-Staates oder der Schweiz richtet sich nach dem koordinierenden europäischen Sozialrecht.[26] Danach sind Staatsangehörige der EU-/EWR-Staaten beziehungsweise der Schweiz weltweit zur freiwilligen Versicherung in der deutschen Rentenversicherung berechtigt, wenn ein Vorbeitrag geleistet wurde. [27]

Flüchtlinge, Staatenlose und Drittstaatsangehörige (außer Staatsangehörige eines EU-/EWR-Staates und der Schweiz) sind bei Aufenthalt in Indien wie Deutsche ohne einen Vorbeitrag zur freiwilligen Versicherung in der deutschen Rentenversicherung berechtigt, da es für diesen Personenkreis an einer einschränkenden Regelung fehlt.

6.2 Gewöhnlicher Aufenthalt in einem Drittstaat

Indische Staatsangehörige haben auch bei Aufenthalt außerhalb Deutschlands und Indiens in einem Drittstaat (ausgenommen sind andere EU-Mitgliedstaaten) die Möglichkeit, sich in der deutschen Rentenversicherung freiwillig zu versichern, wenn sie zu dieser für mindestens 60 Monate Beiträge entrichtet haben. Bei Aufenthalt in einem anderen EU-Mitgliedstaat sind indische Staatsangehörige aufgrund der sogenannten Drittstaatsangehörigen-Verordnung bereits zur freiwilligen Versicherung in der deutschen Rentenversicherung berechtigt, wenn ein Vorbeitrag geleistet wurde.

Staatsangehörige der EU-/EWR-Staaten beziehungsweise der Schweiz sind – wie bereits erwähnt – zur freiwilligen Versicherung in der deutschen Rentenversicherung berechtigt, wenn ein Vorbeitrag geleistet wurde.

Für die Dauer eines gewöhnlichen Aufenthaltes in einem EU-Mitgliedstaat, einem EWR-Staat oder der Schweiz gilt für Flüchtlinge und Staatenlose die Einmonatsregelung.[28]

Sonstige Drittstaatsangehörige sind nur bei Aufenthalt in einem anderen EU-Mitgliedstaat aufgrund der sogenannten Drittstaatsangehörigen-Verordnung zur freiwilligen Versicherung in der deutschen Rentenversicherung berechtigt, sofern ein Vorbeitrag geleistet wurde.

Flüchtlinge und Staatenlose können sich bei einem Aufenthalt außerhalb Indiens beziehungsweise außerhalb eines EU-Mitgliedstaates, eines EWR-Staates oder der Schweiz nicht freiwillig versichern. Für sonstige Drittstaatsangehörige gilt dies bereits auch bei einem Aufenthalt in einem EWR-Staat oder der Schweiz.

7. Beitragserstattung

Eine Beitragserstattung können Personen erhalten, die nicht versicherungspflichtig sind und nicht das Recht zur freiwilligen Versicherung besitzen.[29]

Da im Abkommen eine indische Versicherungspflicht einer deutschen Versicherungspflicht nicht gleichgestellt wird, steht die Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung einer Erstattung deutscher

Rentenversicherungsbeiträge nicht im Wege.

Unter Berücksichtigung der Regelungen für eine freiwillige Versicherung (s. Punkt 6) ergeben sich hieraus folgende Konsequenzen:

- Bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in Indien können indische Staatsangehörige, die für weniger als 60 Monate Beiträge zur deutschen Rentenversicherung entrichtet haben, eine Beitragserstattung erhalten. Da Flüchtlinge, Staatenlose und sonstige Drittstaatsangehörige bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in Indien ohne einen Vorbeitrag zur freiwilligen Versicherung in der deutschen Rentenversicherung berechtigt sind, besteht in diesen Fällen kein Recht auf Beitragserstattung.

- Bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in einem Drittstaat (außerhalb der EU-Staaten) können indische Staatsangehörige eine Beitragserstattung erhalten, wenn sie weniger als 60 Monate Beiträge zur gesetzlichen deutschen Rentenversicherung entrichtet haben. Da Staatsangehörige der EU-/EWR-Staaten beziehungsweise der Schweiz weltweit bei einem deutschen Beitrag zur freiwilligen Beitragsleistung in der deutschen Rentenversicherung berechtigt sind, besteht in diesen Fällen kein Recht auf Beitragserstattung.

- Bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat sind indische Staatsangehörige, Flüchtlinge und Staatenlose sowie sonstige Drittstaatsangehörige zur freiwilligen Versicherung bei Vorhandensein eines Vorbeitrages in Deutschland berechtigt; somit ist in diesen Fällen eine Beitragserstattung ausgeschlossen. Für Flüchtlinge und Staatenlose gilt dies auch bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in einem EWR-Staat beziehungsweise der Schweiz.

- Flüchtlinge, Staatenlose und sonstige Drittstaatsangehörige können bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in einem sonstigen Drittstaat eine Beitragserstattung erhalten, da sie nicht zur freiwilligen Versicherung berechtigt sind. Für sonstige Drittstaatsangehörige gilt dies ebenfalls bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in einem EWR-Staat beziehungsweise der Schweiz.

8. Rentenversicherung

Der Bereich Rentenversicherung wird in den Artikeln 11 bis 13 abgehandelt, wobei Artikel 11 die gemeinsamen Grundsätze, Artikel 12 Besonderheiten für den deutschen Träger und Artikel 13 Besonderheiten für den indischen Träger beinhaltet.

8.1 Anspruchsprüfung

Die nach indischen Rechtsvorschriften anrechenbaren Versicherungszeiten sind für den Erwerb eines Anspruchs auf eine deutsche Rentenleistung erforderlichenfalls mit den deutschen Zeiten zusammenzurechnen, soweit sie nicht auf dieselbe Zeit entfallen.[30] Dies gilt auch für deutsche Ermessensleistungen (Leistungen zur Teilhabe).[31] Neben den anrechenbaren Versicherungszeiten des jeweils anderen Vertragsstaates sind gegebenenfalls auch weitere Versicherungszeiten zu berücksichtigen.

Grundsätzlich beinhaltet Artikel 11 Absatz 2 SVAbk ein sogenanntes Verbot multilateraler Vertragsanwendung. Dies bedeutet, dass bei Anwendung des SVAbk Indien andere zwischen- oder überstaatliche Abkommen beziehungsweise Regelungen, die für einen der Vertragsstaaten gelten, unberücksichtigt bleiben müssen. Hat zum Beispiel ein Versicherter Versicherungszeiten sowohl in Deutschland, Indien als auch in Australien, so darf es nur zu einer Anwendung des SVAbk Indien oder des SVAbk Australien kommen. Nicht erlaubt ist, dass neben den deutschen und den indischen Zeiten auch australische Zeiten für die Erfüllung der Wartezeit nach dem SVAbk Indien für eine deutsche Rente berücksichtigt werden.

Von diesem Grundsatz haben die Vertragspartner aber in Artikel 11 Absatz 3 SVAbk eine Ausnahme zugelassen: Die Rentenversicherungsträger dürfen zu den deutschen und indischen Versicherungszeiten – soweit erforderlich – auch Zeiten aus einem Land hinzurechnen, mit dem beide Staaten ein gleichartiges Sozialversicherungsabkommen geschlossen haben. Gemeint sind mit dieser Vorschrift auch Staaten, in denen das koordinierende europäische Sozialrecht[32] gilt, sofern Indien mit den betreffenden Staaten ein entsprechendes Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat.

Zurzeit können Versicherungszeiten aus Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Japan, Kanada, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Schweden, der Tschechischen Republik, Ungarn und der Republik Korea berücksichtigt werden.

Der Grundsatz, dass deutsche Versicherungszeiten vorrangig zu berücksichtigen sind, gilt auch hier.

Für die Anspruchsprüfung ergeben sich folgende Grundsätze:

- Ist bei der Anspruchsprüfung auf deutsche Versicherungszeiten mit bestimmten (zusätzlichen) Qualifikationsmerkmalen (z. B. Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit) abzustellen, gilt dies für die Berücksichtigung indischer Zeiten entsprechend.[33]

- Für die Verlängerung von Rahmenzeiträumen werden vergleichbare indische Tatbestände den sogenannten Aufschubzeiten beziehungsweise Dehnungstatbeständen des deutschen Rechts gleichgestellt. Diese Gleichstellung gilt für Zeiten, in denen Invaliditäts- oder Altersrente oder Leistungen wegen Krankheit, Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfällen (mit Ausnahme von Renten) nach den Rechtsvorschriften Indiens gezahlt wurden und Zeiten der Kindererziehung in Indien.[34]

  Nach einem Beratungsergebnis der Arbeitsgruppe für zwischenstaatliches Sozialversicherungsrecht zum SVAbk Brasilien[35] werden im Rahmen der SVAbk, die inhaltsgleiche Regelungen enthalten, keine Dehnungstatbestände, die in einem EU-/EWR-Staat beziehungsweise in der Schweiz entstanden sind, berücksichtigt, weil das SVAbk nur eine multilaterale Zusammenrechnung in Bezug auf Versicherungszeiten, nicht jedoch hinsichtlich der Dehnungstatbestände, vorsieht. Das gilt gleichermaßen für Dehnungstatbestände, die in einem anderen Vertragsstaat entstanden sind.

- Art und Umfang der indischen Versicherungszeiten richten sich ausschließlich nach indischem Recht. Hierbei berücksichtigt der deutsche Träger die Versicherungszeiten nur in ihrem tatsächlichen zeitlichen Umfang.[36]

- Ist in Deutschland mindestens ein Beitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt worden, werden indische Versicherungszeiten, die in bergbaulichen Betrieben unter Tage zurückgelegt worden sind, der knappschaftlichen Rentenversicherung zugeordnet. Außerdem sind in indischen Bergwerken verrichtete ständige Arbeiten unter Tage oder diesen gleichgestellte Arbeiten solchen deutschen Tätigkeiten gleichgestellt.[37] Hierdurch kann durch zwischenstaatliche Zusammenrechnung dieser speziellen Wartezeitmonate die Voraussetzung für den Bezug von Sonderleistungen aus der knappschaftlichen Rentenversicherung erfüllt werden (z. B. Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute).

  Da Artikel 11 Absatz 3 SVAbk eine multilaterale Zusammenrechnung von Versicherungszeiten in Deutschland, Indien und zurzeit Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Japan, Kanada, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Schweden, der Tschechischen Republik, Ungarn und der Republik Korea vorsieht, kann auch eine Zusammenrechnung von Versicherungszeiten aus den Vertragsstaaten und den genannten Staaten, die in bergbaulichen Betrieben unter Tage zurückgelegt worden sind, erfolgen.

8.2 Rentenberechnung

Das Abkommen enthält hinsichtlich der Rentenberechnung für die deutschen Träger keine besonderen Bestimmungen. Artikel 12 Absatz 1 SVAbk schreibt lediglich vor, dass Grundlage für die Ermittlung persönlicher Entgeltpunkte die nach deutschem Recht ermittelten Entgeltpunkte sind. Die Berechnung deutscher Renten erfolgt somit nach innerstaatlichen Grundsätzen (rein innerstaatliche Berechnung), ohne dass indische Versicherungszeiten unmittelbar Einfluss auf die Ermittlung der persönlichen Entgeltpunkte nehmen. Mittelbar können die indischen Zeiten den Umfang der persönlichen Entgeltpunkte aber dann beeinflussen, wenn das Erfordernis der 25 beziehungsweise 35 Jahre mit rentenrechtlichen Zeiten im Sinne der §§ 70 Absatz 3a und 262 SGB VI nur unter Berücksichtigung indischer Versicherungszeiten (und ggf. der Versicherungszeiten aus Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Japan, Kanada, Luxemburg, Norwegen, Österreich, Schweden, der Tschechischen Republik, Ungarn und der Republik Korea) erfüllt ist. Mangels einer ausdrücklichen Ausschlussfrist im Abkommen sind diese Versicherungszeiten im Rahmen der genannten Vorschriften zu berücksichtigen.

Eine Berücksichtigung indischer Bergbauzeiten für die Ermittlung des deutschen knappschaftlichen Leistungszuschlags (§ 85 SGB VI) sieht das Abkommen nicht vor.

Das Abkommen enthält keine sogenannte Kleinstzeitenregelung. Eine Rentenleistung ist bei zwischenstaatlich erfüllter Wartezeit gegebenenfalls aus nur einem Beitragsmonat zu erbringen.

9. Antragsgleichstellung

Ein Antrag auf eine Leistung nach den Rechtsvorschriften eines Vertragsstaates ist auch dann wirksam gestellt, wenn er bei einer für die Entgegennahme solcher Anträge zuständigen Stelle des anderen Vertragsstaates gestellt wurde.[38] Entsprechendes gilt auch für sonstige Anträge sowie für Erklärungen, Auskünfte und Rechtsbehelfe.

Ein Antrag auf eine Leistung nach den Rechtsvorschriften eines Vertragsstaates gilt gleichzeitig als Antrag auf eine entsprechende Leistung nach den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates (Antragsgleichstellung). Dies gilt nur, wenn im Antrag auch die Versicherungszeiten im anderen Vertragsstaat angegeben wurden.[39] Insoweit müssen beide Vertragsstaaten bei ihren Rentenantragsformularen dafür Sorge tragen, dass entsprechende Fragen aufgenommen werden, sofern dies noch nicht geschehen ist.

Bei Anträgen auf Rente wegen Alters steht dem Versicherten das Recht zu, seine Ansprüche gegenüber nur einem Vertragsland zu begrenzen und die Ansprüche im anderen Vertragsstaat aufzuschieben. Dies kann zur Vermeidung von hohen Abschlägen bei vorzeitigem Rentenbezug Sinn machen.

10. Verbindungsstellen

Nach Artikel 20 Absatz 2 SVAbk werden für die praktische Durchführung des Abkommens in beiden Vertragsstaaten Verbindungsstellen benannt. Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung sind dies auf deutscher Seite die Deutsche Rentenversicherung Nord, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) sowie für die Alterssicherung der Landwirte der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (seit 1. Januar 2013: Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau) und auf indischer Seite der Altersvorsorgefonds (Employees' Provident Fund Organization – EPFO) in Neu-Delhi.

11. Leistungsansprüche

Rentenansprüche aufgrund des Abkommens (z. B. durch Zusammenrechnung von deutschen und indischen Zeiten) können frühestens ab dem Inkrafttreten des Abkommens (1. Mai 2017) entstehen.[40]

Versicherungszeiten und andere Sachverhalte (z. B. Leistungsfälle), die vor dem Inkrafttreten des Abkommens liegen, sind zu berücksichtigen.[41]

Frühere Entscheidungen (z. B. Ablehnung eines Rentenantrages wegen nichterfüllter Wartezeit) stehen einer Überprüfung im Rahmen des Abkommens nicht entgegen. Ansprüche können aber auch in diesen Fällen erst ab dem Inkrafttreten des Abkommens realisiert werden.[42]

Mit Artikel 24 Absatz 4 SVAbk wird eine erweiterte Antragsfrist von 12 Kalendermonaten ab Inkrafttreten des Abkommens eingeräumt für Fälle, in denen ein Leistungsanspruch erst durch das Abkommen begründet wird. In solchen Fällen beginnt die Rente mit dem Monat, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt waren, frühestens mit dem Inkrafttreten des Abkommens.

Renten, die bereits vor dem Inkrafttreten des Abkommens gezahlt wurden, können auf Antrag neu festgestellt werden, wenn sich aus dem Abkommen heraus eine Änderung ergibt.[43] Eine Neufeststellung ist auf deutscher Seite auch von Amts wegen möglich. In einem solchen Fall gilt der Tag der Verfahrenseinleitung als Tag der Antragstellung nach den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates.

Eine auf Antrag oder von Amts wegen durchgeführte Neufeststellung einer bereits gezahlten Rente darf nicht zu einem niedrigeren Zahlbetrag der bisher geleisteten Rente führen. Sollte dieser Fall eintreten, ist die Rente in bisheriger Höhe weiterzuzahlen.[44]

12. Sonstige Regelungen

Wie in anderen Abkommen auch enthält das SVAbk Indien eine Reihe von Regelungen, die die praktische Durchführung des Abkommens erleichtern sollen.

12.1 Amtshilfe und ärztliche Untersuchungen

Die Träger, Verbände von Trägern und die Behörden der Vertragsstaaten leisten sich gegenseitig Amtshilfe bei der Durchführung des Abkommens. Die Amtshilfe soll grundsätzlich kostenlos erfolgen.[45]

Wird in einem Rentenverfahren ein medizinisches Gutachten erstellt, ist dies dem Träger des anderen Vertragsstaates kostenlos zur Verfügung zu stellen. Gibt der Versicherungsträger des anderen Vertragsstaates dem Versicherungsträger, in dessen Gebiet der Berechtigte wohnt, den Auftrag zur Erstellung eines medizinischen Gutachtens, dann sind die Kosten für die Gutachtenerstellung zu erstatten, wenn der Wohnsitzträger selbst dieses Gutachten nicht benötigt.[46]

12.2 Insolvenz- und Vergleichsverfahren

Artikel 15 SVAbk regelt, dass Forderungen aus Beitragsrückständen im anderen Vertragsstaat bei der Zwangsvollstreckung sowie in Insolvenz- und Vergleichsverfahren die gleichen Vorrechte wie entsprechende Forderungen im eigenen Hoheitsgebiet haben.

12.3 Gebühren

Nationale Regelungen über die Ermäßigung oder Befreiung von Steuern oder Gebühren für Dokumente, die für Zwecke der Sozialversicherung benötigt werden, sollen auch für Dokumente gelten, die im Rahmen des Abkommens beim Träger des Vertragsstaates vorzulegen sind.[47]

12.4 Bekanntgabe und Verkehrssprachen

Mit Artikel 17 Absatz 1 SVAbk wird geregelt, dass die Träger, Verbände von Trägern und die Behörden der Vertragsstaaten im Rahmen des Abkommens unmittelbar und mit beteiligten Personen oder deren Vertreter in deutscher Sprache, in Hindi oder in englischer Sprache kommunizieren können.

Ferner dürfen Bescheide oder sonstige Schriftstücke einer Person, die im anderen Vertragsstaat wohnt, unmittelbar durch einfachen Brief bekannt gegeben werden.[48]

Die mit dem Abkommen befassten Träger, Verbände von Trägern und Behörden dürfen Eingaben und Urkunden, die ihnen in Deutsch, Hindi oder Englisch vorgelegt werden, nicht zurückweisen. In diesen Fällen müssen sie Übersetzungen zu eigenen Lasten anfertigen lassen.[49]

12.5 Datenschutz

Da im Rahmen des Abkommens persönliche Daten grenzüberschreitend ausgetauscht werden, ist dem Datenschutz ein besonderes Augenmerk gewidmet. Artikel 19 SVAbk beinhaltet ausführliche Regelungen, die eine sachgerechte Verwendung der übermittelten Daten sicherstellen sollen.

12.6 Zahlung in den anderen Vertragsstaat

Geldleistungen können an Berechtigte in der Währung des Wohnsitzlandes mit befreiender Wirkung erbracht werden. Hierbei ist der Umrechnungskurs des Tages maßgeblich, an dem die Überweisung veranlasst wurde.[50]

Die Zahlung von Renten in den anderen Vertragsstaat erfolgt direkt an den Berechtigten. Geldüberweisungen zwischen den Verbindungsstellen (z. B. für die Erstattung von Gutachtenkosten) sind grundsätzlich in der Währung des Geldempfängers zu leisten.[51]

12.7 Erstattungen

Mit Artikel 22 Absatz 1 SVAbk wird die Möglichkeit eröffnet, zu Unrecht gezahlte Geldleistungen mit entsprechenden Geldleistungen, die im anderen Vertragsstaat gezahlt werden, zu verrechnen. Nach Absatz 2 dieses Artikels haben auch Fürsorgeträger die Möglichkeit, Erstattungsansprüche auf ausländische Rentenleistungen geltend zu machen.

13. Schlussbetrachtung

Mit dem Inkrafttreten des SVAbk Indien wird der wirtschaftlichen Verflechtung der beiden Staaten und dem damit verbundenen Austausch von Arbeitskräften Rechnung getragen. Ziel ist es, den sozialen Schutz auch bei Aufenthalt im jeweils anderen Vertragsstaat sicherzustellen.

Eine statistische Erhebung hat ergeben, dass etwa 82.000 Inder in Deutschland und rund 3.000 Deutsche in Indien ansässig sind. Über 4.500 Versicherte der KBS haben eine Berührung zu Indien, die nun außer den Entsendevorschriften weitere Vorteile aus dem Abschluss des umfassenden SVAbk ziehen können. Begrüßenswert ist es, dass mit der multilateralen Zusammenrechnung von Versicherungszeiten der bereits beim Abschluss des Sozialversicherungsabkommens mit Brasilien eingeschlagene Weg fortgesetzt wurde.

Die indische Wirtschaft hat in den letzten beiden Jahrzehnten rasant aufgeholt. Weitreichende Reformen, verstärkte Investitionen und eine verbesserte Infrastruktur sorgen für ein Wachstumspotenzial von über sieben Prozent (2015/2016). Trotz Rückgang des Wachstums gegenüber den Vorjahren gehört Indien noch zu den am stärksten expandierenden Volkswirtschaften der Welt und ist die drittgrößte Volkswirtschaft Asiens. Das Bruttoinlandsprodukt betrug im Haushaltsjahr 2015/2016 etwa 1.746 Mrd. US-Dollar bei einem Pro-Kopf-Einkommen von rund 1.434 US-Dollar im Jahr.[52]

Monika Taenzel
Petra Wilke
KBS/Rentenversicherung
Service Ausland
Pieperstraße 14-28
44789 Bochum

FUSSNOTEN

1 BGBl. 2012 II Seite 588
2 BGBl. 2012 II Seite 601
3 Artikel 26 Absatz 2 SVAbk
4 Artikel 6 bis 9 SVAbk
5 Artikel 10 Absatz 1 SVAbk
6 Artikel 3 SVAbk
7 Artikel 4 SVAbk
8 Artikel 5 SVAbk
9 Artikel 4 SVAbk
10 §§ 110 ff SGB VI
11 Artikel 12 Absatz 6 SVAbk
12 Artikel 12 Absatz 7 SVAbk
13 Artikel 5 Absatz 3 SVAbk
14 § 272 SGB VI
15 Artikel 5 Absatz 4 SVAbk
16 Artikel 4 Rentenüberleitungsgesetz
17 §§ 113, 114, 272 SGB VI
18 §§ 113, 114, 272 SGB VI
19 Artikel 6 SVAbk
20 Artikel 7 Absatz 1 SVAbk
21 Artikel 7 Absatz 2 SVAbk
22 Artikel 7 Absatz 5 SVAbk
23 Artikel 9 SVAbk
24 § 7 Absatz 1 SGB VI
25 Artikel 12 Absatz 7 SVAbk
26 Artikel 12 Absatz 6 SVAbk
27 Anhang XI Deutschland Nr. 4 der EGV 883/2004
28 Anhang XI Deutschland Nr. 4 der EGV 883/2004
29 § 210 Absatz 1 Nr. 1 SGB VI
30 Artikel 11 Absatz 1 Satz 1 SVAbk
31 Artikel 12 Absatz 2 SVAbk
32 EGV 883/2004
33 Artikel 11 Absatz 4 SVAbk
34 Artikel 12 Absatz 4 SVAbk
35 AGZWSR-Sitzung 2/2010, TOP 12)
36 Artikel 11 Absatz 1 Satz 2 SVAbk
37 Artikel 12 Absatz 3 SVAbk
38 Artikel 18 Absatz 1 SVAbk
39 Artikel 18 Absatz 3 SVAbk
40 Artikel 24 Absatz 1 SVAbk
41 Artikel 24 Absatz 2 SVAbk
42 Artikel 24 Absatz 3 SVAbk
43 Artikel 24 Absatz 5 SVAbk
44 Artikel 24 Absatz 6 SVAbk
45 Artikel 14 Absatz 1 SVAbk
46 Artikel 14 Absatz 2 SVAbk
47 Artikel 16 SVAbk
48 Artikel 17 Absatz 2 SVAbk
49 Artikel 17 Absatz 3 SVAbk
50 Artikel 21 Absatz 1 SVAbk
51 Artikel 21 Absatz 2 SVAbk
52 Quelle: Auswärtiges Amt

ANJA CHRISTINA MERTENS, MARTINA KORBACH-MEER, NICOLE SUSANNE HELMER

§ 13 Absatz 3a SGB V: Eine Fiktion wird Wirklichkeit

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur fiktiven Genehmigung und ihre Folgen

Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (Patientenrechtegesetz) hat der Gesetzgeber die Regelungen zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in § 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) durch die Einfügung eines Absatzes 3a erweitert. Welche Rechtsfolgen sich daraus für die Versicherten und die gesetzlichen Krankenkassen ergeben, wird von den Gerichten unterschiedlich beurteilt. Auch nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 8. März 2016 – B 1 KR 25/15 R[1] – besteht weiterer Klärungsbedarf.

Vorbemerkung

Als Leistungsmaxime der GKV gilt das Sachleistungsprinzip.[2] Nach § 2 Absatz 1 Satz 1 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die im 3. Kapitel des SGB V genannten Leistungen – wie zum Beispiel die Leistungen zur Krankenbehandlung[3], insbesondere Arzneimittel[4] oder Hilfsmittel[5] – unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots[6] zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden.

§ 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V regelt, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben.

Nach § 2 Absatz 2 Satz 1 SGB V erhalten gesetzlich Versicherte die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Krankenbehandlung als Sach- und Dienstleistungen, soweit das Gesetz (SGB V oder SGB IX[7]) nichts Abweichendes vorsieht.

§ 2 Absatz 4 SGB V verpflichtet die Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherten, darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Eine Konkretisierung dieser Verpflichtung enthält § 12 SGB V, der in Absatz 1 Satz 1 bestimmt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und dass sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nach § 12 Absatz 1 Satz 2 SGB V nicht beanspruchen und dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken sowie die Krankenkassen nicht bewilligen.

Nach § 13 Absatz 1 SGB V darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung[8] Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder das SGB IX vorsehen.

Dazu enthält § 13 Absatz 3 SGB V folgende Regelung:

„Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.“

Die „neue“ Regelung des § 13 Absatz 3a SGB V

Durch Artikel 2 des Patientenrechtegesetzes vom 20. Februar 2013[9], das am 26. Februar 2013 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber in den § 13 SGB V einen neuen Absatz 3a mit folgender Regelung eingefügt:

„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. [Satz 1]

Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. [Satz 2]

Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. [Satz 3]

Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. [Satz 4]

Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. [Satz 5]

Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung

nach Ablauf der Frist als genehmigt. [Satz 6]

Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. [Satz 7]

Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. [Satz 8]

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitserklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen. [Satz 9]“

In den Gesetzentwürfen vom 25. Mai 2012[10] und vom 15. August 2012[11] war zu der beabsichtigten Neuregelung in § 13 Absatz 3a SGB V Folgendes mitgeteilt worden:

„Die Vorschrift bezweckt die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen. Dies dient damit zum einen der schnellen Klärung von Leistungsansprüchen, zum anderen erhalten die Versicherten bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in kurzer Zeit ihre Leistungen. Bei nicht rechtzeitiger Leistungserbringung können Versicherte sich erforderliche Leistungen selbst beschaffen. Diese Ausnahme vom Sachleistungsprinzip stellt eine Sanktionsmöglichkeit gegen die Krankenkasse dar, die nicht in einem angemessenen Zeitraum entscheidet. Die Regelung lehnt sich insoweit an die für Rehabilitationsträger geltenden Regelungen im Neunten Buch an.“

Die Gesetzentwürfe vom 25. Mai 2012 und 15. August 2012 enthielten – anstelle der Sätze 6 und 7 in der endgültigen Fassung des § 13 Absatz 3a SGB V – noch folgende Regelungen:

„Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, können Versicherte der Krankenkasse eine angemessene Frist für die Entscheidung mit der Erklärung setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Von einer angemessenen Frist kann in der Regel bei rund zwei Wochen ausgegangen werden. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der Kosten in der entstandenen Höhe verpflichtet. Die Versicherten sind so zu stellen, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt. Insoweit orientiert sich die Regelung an der Erstattungsregelung in § 13 Absatz 3“.[12]

Die geänderte Fassung des § 13 Absatz 3a SGB V[9], die am 26. Februar 2013 in Kraft getreten ist, wurde in der Beschlussempfehlung vom 28. November 2012[13] im Wesentlichen wie folgt begründet:

„Die Neuregelung ist im Wesentlichen schon im Gesetzentwurf enthalten und bezweckt die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren der Krankenkassen durch die Bestimmung konkreter Fristen für die Leistungsentscheidungen. Dies konkretisiert die allgemeine Pflicht der Leistungsträger nach § 17 Absatz 1 Nummer 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält. Im Fall nicht fristgerechter Leistungserbringung kann sich der Versicherte aufgrund der vorliegenden Regelung die erforderliche Leistung selbst beschaffen und Kostenerstattung von der Krankenkasse verlangen.

Eine wesentliche gegenüber dem Gesetzentwurf vorgesehene Änderung durch den neu eingefügten Satz 4 betrifft Ausnahmeregelungen im Hinblick auf die Fristen für das im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung bundesmantelvertraglich vorgesehene Gutachterverfahren… In diesen Fällen verlängert sich die Frist für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse auf sechs Wochen. Der beauftragte Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung…

In Satz 5 wird nunmehr einheitlich für alle Leistungsentscheidungen vorgegeben, dass die Krankenkasse den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitteilt, wenn die in Satz 1 oder 4 genannten Fristen nicht eingehalten werden können…

Eine weitere Änderung gegenüber dem Gesetzentwurf enthält der neu gefasste Satz 6. Dieser sieht nun vor, dass die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt gilt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten keinen hinreichenden Grund für die Nichteinhaltung der genannten Fristen nennt. Eine zusätzliche eigene Fristsetzung durch den Versicherten wird nicht mehr als Voraussetzung für eine Selbstbeschaffung der Leistung mit der Folge einer Kostenerstattungspflicht der Krankenkasse vorgesehen. Dies erleichtert es dem Versicherten, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen.

In Satz 7 wird bei der Regelung über die Erstattung der Kosten nicht mehr auf die „entstandene Höhe“, sondern auf die „hierdurch (durch die Selbstbeschaffung) entstandenen Kosten“ abgestellt. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Krankenkasse auch im Fall der selbstbeschafften Leistung, zum Beispiel bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, nicht den vom Versicherten zu tragenden Eigenanteil zu übernehmen hat.

Durch die Änderung in Satz 2 wird klargestellt, dass die Pflicht der Krankenkasse zur unverzüglichen Einholung eines Gutachtens auch in Fällen gilt, in denen andere Gutachter als der Medizinische Dienst – wie zum Beispiel im Bereich der vertragszahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung – beauftragt werden.

Zudem wird in Satz 1 im Zusammenhang mit dem genannten § 17 Absatz 1 Nummer 1 SGB I[14] redaktionell klargestellt, dass die Krankenkassen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden haben. Insbesondere wenn eine Entscheidung über eine Leistung aus medizinischen Gründen eilbedürftig ist, muss die Krankenkasse schnellstmöglich über die Leistung entscheiden. Die Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3, etwa wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte, bleibt von der Regelung in § 13 Absatz 3a unberührt."

Die Rechtsprechung vor dem Urteil des BSG vom 8. März 2016

Die gesetzliche Neuregelung in § 13 Absatz 3a SGB V hat seit ihrem Inkrafttreten am 26. Februar 2013 eine Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten zur Folge, in denen die Sozialgerichte erster und zweiter Instanz die Rechtsfolgen, die sich insbesondere aus den Regelungen der Sätze 6 und 7 des Absatzes 3a ergeben, unterschiedlich interpretieren. So finden sich Ende März 2017 in Juris insgesamt 129 Entscheidungen, die sich mit der Vorschrift des § 13 Absatz 3a SGB V beschäftigen.

Überwiegend wird die Ansicht vertreten, der Ablauf der Fristen des § 13 Absatz 3a SGB V führe zum Eintritt der Genehmigungsfiktion des Satzes 6 dergestalt, dass die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erteilt gelte unabhängig davon, ob die begehrte Leistung medizinisch zwingend notwendig und wirtschaftlich sinnvoll sei. Durch die Genehmigungsfiktion gelte die Leistungsberechtigung des Antragstellers als wirksam verfügt mit der Folge, dass die Krankenkasse mit allen Einwendungen – einschließlich der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit – ausgeschlossen sei. Nur auf diese Weise könne der Wunsch des Gesetzgebers umgesetzt werden, generalpräventiv die Zügigkeit des Verwaltungsverfahrens zu verbessern. Dieses Ziel würde ins Leere laufen, wenn die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen könne.[15]

Nach anderer Ansicht greift die Genehmigungsfiktion des Satzes 6 nur dann ein, wenn der Antrag eine grundsätzlich von der Krankenkasse innerhalb des Systems der GKV geschuldete Leistung betrifft und sie dem Qualitätsgebot[16] sowie dem Wirtschaftlichkeitsgebot[17] entspricht.[18]

Diese Auffassung wird unter anderem damit begründet, die auf Satz 6 verengte Wortlautbetrachtung lasse sich nicht vereinbaren mit dem Regelungsgehalt des Satzes 7, der einen Kostenerstattungsanspruch nur für die Selbstbeschaffung einer „erforderlichen" Leistung einräumt. Der Regelungsgehalt des Satzes 7 korrespondiere mit der Absicht des Gesetzgebers, lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen zu schaffen. Die Genehmigungsfiktion setze einen fiktionsfähigen Antrag voraus, damit der Umfang der fiktiven Bewilligung feststehe. Daher sei zwar nicht ersichtlich, wie bei Bestehen einer Genehmigung noch Raum für die Ausgestaltung der „Erforderlichkeit" der Leistung bleiben solle. Andererseits könne aber nicht angenommen werden, dass Satz 6 und Satz 7 einen unterschiedlichen Regelungsgehalt hätten, also die Kostenerstattung sich auf erforderliche Leistungen beschränken solle, während Satz 6 dem Versicherten einen weitergehenden Sachleistungsanspruch einräumen würde. Die Genese der jetzigen Regelung zeige, dass der Gesetzgeber selbstverständlich davon ausgegangen sei, dass sie nur innerhalb der Systemgrenzen der GKV gelten solle, wie das Abstellen auf die „erforderliche" beziehungsweise „ihm zustehende" Leistung und der Bezug zum Sachleistungsanspruch belege. Die Genehmigungsfiktion habe nur die Beschaffung der zustehenden Leistung einfacher machen sollen, der Gesetzgeber habe mit ihr offenkundig nicht die Vorstellung verbunden, dass insoweit künftig auch „nicht zustehende" Leistungen fiktiv bewilligt werden sollten.[19]

Die Frage, ob durch den Eintritt einer Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V lediglich die Geltendmachung eines Kostenerstattungsanspruchs für die selbstbeschaffte Leistung gemäß § 13 Absatz 3a Satz 7 SGB V erleichtert werden soll oder ob die Genehmigungsfiktion des Satzes 6 auch zu Freistellungs- und Sachleistungsansprüchen führt, wird in der Rechtsprechung ebenfalls unterschiedlich beantwortet.

Überwiegend wird die Ansicht vertreten, nach dem klaren Wortlaut gewähre § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V mittels einer Genehmigungsfiktion

einen Sachleistungsanspruch, wohingegen § 13 Absatz 3a Satz 7 SGB V einen Kostenerstattungsanspruch für eine erforderliche Leistung zum Gegenstand habe. Beide Sätze stünden ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des § 13 Absatz 3a SGB V lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme Satz 6 kein eigener Regelungsgehalt zu. Zudem schlösse eine solche Auslegung mittellose Versicherte, die nach Ablauf der Frist nicht in der Lage seien, sich die begehrte Leistung selbst zu beschaffen, entgegen des Gleichbehandlungsgebotes nach Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz praktisch aus dem Schutzbereich des § 13 Absatz 3a SGB V aus. Selbst wenn man sich der Auffassung anschließen würde, § 13 Absatz 3a SGB V gewähre nur einen Kostenerstattungsanspruch, so gelange man zu keinem anderen Ergebnis, da der Kostenerstattungsanspruch auch einen Anspruch auf Freistellung umfasse.[20]

Nach anderer Auffassung greift die Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V nur ein, wenn sich der Versicherte die begehrte Leistung bereits selbst beschafft hat (bzw. eine entsprechende schuldrechtliche Verpflichtung eingegangen ist) und Kostenerstattung (bzw. Freistellung) geltend macht.[21] Satz 6 habe in der ursprünglichen Fassung ausschließlich die Funktion der Vorbereitung des in Satz 7 eingeräumten Kostenerstattungsanspruchs gehabt. Der Versicherte hätte der Krankenkasse nochmals Gelegenheit zur Entscheidung geben müssen, bevor er sich die Leistung selbst hätte beschaffen und die Kosten von der Kasse fordern können. Diese zusätzliche eigene Fristsetzung habe als Voraussetzung entfallen sollen, die Genehmigungsfiktion solle allein die Geltendmachung der Kostenerstattung erleichtern. Unverändert sei der Gesetzgeber aber davon ausgegangen, dass die Genehmigungsfiktion nur die Verfolgung eines Kostenerstattungsanspruchs vorbereiten solle. Satz 6 sei also zusammen mit Satz 7 zu lesen, dem Versicherten solle einfacher (und rascher) ermöglicht werden, sich eine „erforderliche“ (ihm zustehende) Leistung selbst zu besorgen.[22]

Gegen ein weites Verständnis von Satz 6 sei in systematischer Hinsicht anzumerken, dass § 13 SGB V mit „Kostenerstattung“ überschrieben sei und in seinen übrigen Absätzen ausschließlich hierauf gerichtete Ansprüche normiere. Zu berücksichtigen sei auch, dass das in § 2 Absatz 1 SGB V normierte Sachleistungsprinzip den Regelfall der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung darstelle. Nur in den eng umschriebenen Ausnahmefällen des § 13 SGB V sei Kostenerstattung möglich. Trotz der Formulierung in Absatz 3a Satz 6 könne dem Gesetzgeber nicht unterstellt werden, dass er in die „Ausnahmevorschrift“ des § 13 SGB V mit der Genehmigungsfiktion einen neuen sehr weitgehenden Sachleistungsanspruch habe einfügen wollen. Das Argument der Gegenmeinung, anderenfalls hätte es der Genehmigungsfiktion des Satzes 6 dann gar nicht bedurft, verkenne die tatsächliche Verbesserung der Versichertenrechte in § 13 Absatz 3a SGB V. Zu berücksichtigen sei, dass der Versicherte anders als in § 13 Absatz 3 SGB V bei nicht unaufschiebbaren Leistungen die Entscheidung der Krankenkasse gerade nicht mehr abwarten müsse und ihm nicht mehr die Nichteinhaltung des Beschaffungsweges entgegen gehalten werden könne. Hierin sei letztlich die vom Gesetzgeber gewollte Beschleunigung des Verfahrens zu sehen. Auch das Argument, der Kostenerstattungsanspruch umfasse jedenfalls auch einen Freistellungsanspruch, könne zur Begründung eines Sachleistungsanspruchs in § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V nicht herangezogen werden. Ein Freistellungsanspruch setze voraus, dass ein Dritter (z.B. Hilfsmittellieferant, Sanitätshaus) bereits einen Anspruch gegen den Versicherten habe, das heißt, der Versicherte müsse sich bereits vertraglich zur Zahlung eines Kaufpreises beziehungsweise einer Vergütung verpflichtet haben. Der Freistellungsanspruch sei ein Kostenerstattungsanspruch und kein Sachleistungsanspruch.[23]

Das Urteil des BSG vom 8. März 2016

Mit Urteil vom 8. März 2016 zum Az. B 1 KR 25/15 R hat sich das BSG erstmals zur Regelung des § 13 Absatz 3a SGB V geäußert. Grundlage war ein Streit über die Kostentragung für eine Psychotherapie. Der Kläger beantragte eine Langzeitpsychotherapie, welche nach der Einschaltung des in den Psychotherapierichtlinien vorgesehenen Gutachters aufgrund fehlender Erfolgsaussichten der Behandlung und damit fehlendem Leistungsanspruchs nach Ablauf der Fristen des § 13 Absatz 3a Satz 1 SGB V abgelehnt wurde.
Der Kläger wurde jedoch seitens der Krankenkasse weder über die Einschaltung des Gutachters informiert, noch darüber, dass die Frist des § 13 Absatz 3a SGB V nicht eingehalten werden kann. Der Kläger nahm die Leistungen dennoch in Anspruch und machte im Laufe des Verfahrens Kostenerstattung geltend. Sowohl das Sozialgericht (SG) als auch das Landessozialgericht (LSG) entsprachen dem Klägerbegehren.[24] Das BSG wies die Revision der Krankenkasse zurück und nahm zu den Tatbestandsvoraussetzungen und den

Rechtsfolgen des § 13 Absatz 3a SGB V erstmals Stellung.

Anwendungsbereich des § 13 Absatz 3a SGB V

Zunächst hat das BSG zwischen dem zeitlichen und sachlichen Anwendungsbereich unterschieden.[25] Zeitlich anwendbar sei die Norm erst für Anträge der Versicherten ab dem 26. Februar 2013. Der sachliche Anwendungsbereich betreffe nur Anträge auf Krankenbehandlung, nicht Anträge auf Geldleistungen oder medizinische Rehabilitation.[26]

Fristablauf

Sodann ist als weitere Voraussetzung zwingend der Ablauf einer in § 13 Absatz 3a Satz 1 oder 4 SGB V genannten Fristen erforderlich. Grundsätzlich besteht für die Krankenkassen eine Entscheidungsfrist von drei Wochen nach Antragseingang. Eine Entscheidungsfrist von fünf Wochen hat der Gesetzgeber vorgesehen, wenn eine gutachtliche Stellungnahme des medizinischen Dienstes eingeholt wird. Eine Frist von sechs Wochen hält das Gesetz für die Durchführung eines im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) vorgesehenen Gutachterverfahrens vor.

Bei der Bestimmung des Fristablaufs ist die Frage zu beantworten, ob es auf den Tag der Entscheidung oder den Tag der Bekanntgabe beim Empfänger ankommt. Käme es auf den Tag der Bekanntgabe der Entscheidung an, so würde die ohnehin kurze Frist des § 13 Absatz 3a SGB V noch um die von der Krankenkasse nicht beeinflussbaren Postlaufzeiten verkürzt werden. Daher ist von einer Entscheidungsfrist auszugehen. So führt auch das BSG in dem Urteil aus, dass die beklagte Krankenkasse den Antrag des Klägers nicht innerhalb der Frist des § 13 Absatz 3a Satz 1 SGB V „beschieden habe".[27] Die Frist berechnet sich nach den in § 26 Absatz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit §§ 187 Absatz 1, 188 Absatz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) festgelegten Grundsätzen.[28]

Welche der drei Fristen (§ 13 Absatz 3a Satz 1 oder Satz 4 SGB V) maßgeblich ist, bestimmt sich danach, ob der Versicherte beziehungsweise Leistungsberechtigte über die Einschaltung des Medizinischen Dienstes oder des Gutachters nach dem BMV-Z unverzüglich informiert wurde. Fehlt diese Mitteilung, findet die Drei-Wochen-Frist Anwendung.

Mitteilung eines hinreichenden Grundes

Nicht jeder Fristablauf führt nach Auffassung des BSG jedoch zu einem Anspruch aus § 13 Absatz 3a SGB V. Weitere Voraussetzung sei die fehlende Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Fristüberschreitung durch die Krankenkasse. Der Gesetzeswortlaut enthält keine Spezifizierung der Gründe. Das BSG setzt allerdings die Mitteilung mindestens eines hinreichenden Grundes und eine von der Krankenkasse zu prognostizierende, taggenau anzugebende Dauer des Bestehens zumindest eines solchen Grundes voraus. Diese Mitteilung bewirke für die Krankenkasse, dass trotz Fristablauf die beantragte Leistung noch nicht als genehmigt gälte. Werde eine Mitteilung nicht gemacht und würden die gesetzlichen Fristen nicht eingehalten, oder laufe die prognostizierte Bearbeitungsdauer ab, hänge der Eintritt der Genehmigungsfiktion von weiteren Tatbestandsmerkmalen ab.[29]

Hinreichend bestimmter, fiktionsfähiger Antrag

Zudem setzt das BSG das Vorliegen eines hinreichend bestimmten fiktionsfähigen Antrags voraus: „Die Fiktion kann nur greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf der Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von § 33 Absatz 1 SGB X hinreichend bestimmt ist."[30] Bei dieser Auslegung bediente sich das BSG an dem § 42a Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG), welcher die Grundnorm für die Einführung von Genehmigungsfiktionen im allgemeinen und besonderen Verwaltungsrecht darstellt. Er wurde durch das 4. Gesetz zur Änderung verwaltungsverfahrensrechtlicher Vorschriften eingefügt, das wiederum die Richtlinie 2006/123/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 12. Dezember 2006 über die Dienstleistungen im Binnenmarkt (Dienstleistungsrichtlinie) umgesetzt hat. Eine solche Grundnorm fehlt im Ersten bis Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB I bis SGB XII).

Subjektive und objektive Tatbestandselemente

Zur Begrenzung der durch den § 13 Absatz 3a SGB V fingierten Genehmigung setzt das BSG das Vorliegen von subjektiven und objektiven Tatbestandselementen voraus. Voraussetzung sei, dass der Antrag eine Leistung betreffe, die der Versicherte für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liege.[31] Diese Voraussetzungen bedürfen weiterer Differenzierung und Konkretisierung. Aus dem Urteil des BSG kann man zur subjektiven Erforderlichkeit unter anderem herauslesen, dass diese gegeben sein soll, wenn der Versicherte aufgrund der fachlichen Befürwortung seines Antrags durch den behandelnden Arzt oder Therapeuten die Behandlung für geeignet und erforderlich halten darf.[32]

Darüber hinaus wird der subjektiven Erforderlichkeit die objektive Grenze des GKV-Leistungskatalogs gegenübergestellt. Es könnten nur Leistungen fiktiv genehmigt werden, die nicht offensichtlich außerhalb des GKV-Leistungskataloges lägen. Die Grenze zieht das BSG bei Begehren, die die Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwinden, die jedem Versicherten klar sein müssen.[33]

Wie diese Tatbestandsmerkmale ausgefüllt werden, ist in der Praxis schwierig zu beurteilen, wie es zum Beispiel bei rein kosmetischen Operationen der Fall sein dürfte. Krankheitswert im Rechtssinne kommt nach der ständigen Rechtsprechung des BSG nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit zu. Erforderlich ist vielmehr, dass der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder dass er an einer Abweichung vom Regelfall leidet, die entstellend wirkt.[34] Eine zwingende medizinische Indikation wird durch die Ärzte in der Regel nicht ausgesprochen, ebenfalls dürfte dem überwiegenden Teil der Versicherten der GKV bewusst sein, dass eine Operation zu rein kosmetischen Gründen nicht durch die GKV bezahlt wird. Wie diese Fallgestaltungen zukünftig durch die Rechtsprechung entschieden werden, bleibt abzuwarten.

Sind aber alle durch das Gesetz geforderten und durch das BSG entwickelten Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt, ist noch zu prüfen, ob die dann entstandene fiktive Genehmigung noch bestehen kann.[35]

Beim BSG anhängige Rechtsfragen zu § 13 Absatz 3a SGB V

Weitere Verfahren zu § 13 Absatz 3a SGB V sind im ersten und dritten Senat des BSG anhängig.

Erster Senat, Az. B 1 KR 26/16 R
In diesem Verfahren soll die Rechtsfrage beantwortet werden, ob der § 13 Absatz 3a SGB V einen Sachleistungsanspruch eigener Art gewährt.[36] Dem Rechtsstreit liegt ein geltend gemachter Anspruch auf eine bariatrische Operation zu Grunde. Diskutiert werden in dem Urteil des Bayerischen LSG[36] zunächst die durch das BSG im Urteil vom 8. März 2016[30] aufgestellten Grundsätze des fiktionsfähigen Antrags. Darüber hinaus entschied das LSG[36], dass aufgrund der fehlenden Selbstbeschaffung keine Genehmigungsfiktion eintreten konnte, da § 13 Absatz 3a SGB V entgegen der Ansicht des BSG[31] keinen Sachleistungsanspruch eigener Art enthält.

Erster Senat, Az. B 1 KR 1/17 R
In diesem Verfahren soll die Rechtsfrage beantwortet werden, ob der § 13 Absatz 3a SGB V auch anwendbar ist, wenn eine stationäre Liposuktion begehrt werde. Konkret wurde in dem Verfahren vor dem LSG Baden-Württemberg[37] Kostenerstattung für ambulante und stationäre Liposuktionen begehrt. Das LSG[37] weicht hierbei von der Rechtsprechung des BSG[38] hinsichtlich des objektiven Tatbestandselements „nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung“ ab und schränkt die Anwendbarkeit auf Leistungen ein, die „grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, von den Krankenkassen also allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen“ sind.

Dritter Senat, Az. B 3 KR 4/16 R
In diesem Verfahren sollen die Rechtsfragen beantwortet werden, ob die Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V auf Sachleistungsansprüche anwendbar ist und der Anspruch nach § 13 Absatz 3a Sätze 6, 7 SGB V durch das Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot begrenzt wird.

Zu Grunde liegt hier ein vom Hessischen LSG entschiedener Rechtsstreit[39], in dem der Kläger die Versorgung mit einem Therapiedreirad für Erwachsene begehrt hat. Das LSG verneinte einen Anspruch, da es an einer Selbstbeschaffung und dadurch an einem Kostenerstattungsanspruch fehle und das begehrte Hilfsmittel nicht dem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entspreche. Das Hessische LSG hat seine Rechtsprechung zum Erfordernis einer Selbstbeschaffung in der Zwischenzeit aufgegeben.[40]

Dritter Senat, Az. B 3 KR 8/16 R
In diesem Verfahren soll die Rechtsfrage beantwortet werden, ob aufgrund der Genehmigungsfiktion auch Leistungen gewährt werden, für die es keine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) gibt. Grundlage ist das Urteil des Bayerischen LSG[41], in dem dieses den Anspruch auch bei Fehlen einer Empfehlung des GBA anerkannt hat. Die kontinuierliche Glukosemessung ist in der Zwischenzeit vom GBA durch Beschluss vom 16. Juni 2016 als Leistung der GKV anerkannt worden und in die Richtlinie des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen worden.

Dem Ausgang der noch anhängigen Verfahren wird mit Spannung entgegengesehen, da dadurch weitere Klärung der Frage der Anwendung des § 13 Absatz 3a SGB V erwartet wird.

Dem BSG widersprechende Entscheidungen

LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13. September 2016 – L 4 KR 320/16 –

Der 4. Senat des LSG Baden-Württemberg ist in seiner Entscheidung im Ergebnis bei seiner bereits zuvor[42] vertretenen Ansicht geblieben, dass die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V nur eingreife, wenn sich der Antrag des Versicherten auf Leistungen beziehe, die grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, von den Krankenkassen also allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen sind.

Unter Bezugnahme auf die Begründung des Gesetzentwurfs[11] weist das LSG in seinem Beschluss vom 13. September 2016 darauf hin, die Vorschrift des § 13 Absatz 3a SGB V solle nur die Beschleunigung der Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen bezwecken, nicht aber den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erweitern. Hierfür streite auch der Wortlaut des § 13 Absatz 3a Satz 7 SGB V, der den Kostenerstattungsanspruch auf die „erforderliche“ Leistung begrenze. Der Gesetzgeber habe mit der Genehmigungsfiktion in § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V beabsichtigt, es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm „zustehende Leistung“ zeitnah zu beschaffen. Der Versicherte solle so gestellt werden, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt. Rechtzeitig zur Verfügung stellen könne eine Krankenkasse aber nur die Sachleistung, die sie zu erbringen habe. Die Beschränkung des Kostenerstattungsanspruchs nach Satz 7 auf die „erforderlichen“ Leistungen wäre zudem wenig sinnvoll, wenn die Genehmigungsfiktion nach Satz 6 keinerlei materiellen Anforderungen unterläge. Der eingeschränkte Anwendungsbereich des § 13 Absatz 3a SGB V werde auch durch ein systematisches Argument untermauert. Denn grundsätzlich regele § 13 SGB V nur Kostenerstattungsansprüche für selbst beschaffte Leistungen, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Eine Ausnahme bilde lediglich ein Teil des Anwendungsbereichs des § 13 Absatz 3 SGB V; nur in engen Grenzen komme ein Kostenerstattungsanspruch für Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs in Betracht. Es handele sich um eine enge und abschließende Ausnahmevorschrift. Es lasse sich weder dem Wortlaut des § 13 Absatz 3a SGB V noch den Gesetzesmaterialien entnehmen, dass der Gesetzgeber dies durch die Einfügung des Absatzes 3a habe erweitern wollen. Dies gelte zumal, wenn man berücksichtige, dass der Gesetzgeber sich bei der Schaffung des § 13 Absatz 3a SGB V an der Regelung des § 15 SGB IX als Vorbild orientiert habe. Bei § 15 SGB IX sei indes anerkannt, dass die Norm das Bestehen eines Sachleistungsanspruchs voraussetze.[43]

Bayrisches LSG, Urteil vom 7. September 2016 – L 20 KR 597/15 –

Das Bayerische LSG hat sich in seinem Urteil auf den Standpunkt gestellt, § 13 Absatz 3a Satz 7 SGB V sehe einen Kostenerstattungsanspruch vor, der die Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V voraussetze. Die Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V begründe keinen Sachleistungsanspruch. Bereits aus der gesetzeshistorischen Entwicklung des § 13 Absatz 3a SGB V werde ersichtlich, dass der Gesetzgeber lediglich einen weiteren Fall einer Selbstbeschaffung durch den Versicherten habe regeln wollen, weil die bislang in § 13 Absatz 3 SGB V vorgesehene Kostenerstattung bei Selbstbeschaffung unaufschiebbarer oder von der Krankenkasse zu Unrecht abgelehnter Leistungen den Bedürfnissen der Versicherten gerade bei der Notwendigkeit zügiger Leistungserbringung nicht ausreichend gerecht worden sei. Nach Ablauf der Fristen solle der Versicherte berechtigt sein, aufgrund der Genehmigungsfiktion des Satzes 6 sich die beantragte Leistung selbst zu beschaffen, ohne nochmals eine Fristsetzung (vergleichbar der Verzugsregelung im BGB) gegenüber der Krankenkasse vornehmen zu müssen … § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V habe dabei (nur) den Regelungsgehalt, die Genehmigungsfiktion herbeizuführen, die notwendige Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse sei. Einen eigenen Sachleistungsanspruch habe der Gesetzgeber mit dieser Regelung nicht schaffen wollen, insbesondere nicht in der Art und Weise, dass die Krankenkasse mit jeder Einwendung hinsichtlich Notwendigkeit (Erforderlichkeit), Wirtschaftlichkeit und Wissenschaftlichkeit der gewünschten Leistung ausgeschlossen wäre. Auch rechtssystematische Gründe sprächen dafür, dass die Regelung des § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V keinen eigenständigen Sachleistungsanspruch gewähre. Aus dem unmittelbaren Kontext der Norm sowie ihrem systematischen Zusammenhang innerhalb des SGB V werde deutlich, dass der Gesetzgeber einen weiteren Anspruch auf Kostenerstattung in Absatz 3a habe schaffen wollen. Dabei seien auch die Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen.[44]

SG Dortmund, Urteile vom 23. Mai 2016 – S 40 KR 672/15 – und 8. Juni 2016 – S 40 KR 1454/14 –

Das SG Dortmund hält in seinen Urteilen an seiner bisherigen Recht-

sprechung zu § 13 Absatz 3a SGB V[45] fest, wonach von der Fiktionswirkung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V nur solche beantragten Leistungen erfasst seien, die die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben, und die Genehmigung nicht weiter reiche als der zugrunde liegende Sachleistungsanspruch entsprechend der Regelungen des SGB V. Soweit vom BSG in dessen Urteil vom 8. März 2016 – B 1 KR 25/15 R – und der überwiegenden Rechtsprechung der Sozialgerichte die gegenteilige Rechtsansicht vertreten werde, überzeuge dies weiterhin nicht. Zwar sei der Gegenmeinung zuzugeben, dass der Wortlaut entsprechend weit formuliert sei. Dies hindere eine teleologische Reduktion jedoch nicht. Vielmehr mache der weite Wortlaut aufgrund systematischer, historischer und teleologischer Überlegungen eine solche Reduktion erforderlich. Soweit nämlich eine Vorschrift nach ihrem Wortsinn Sachverhalte erfasse, die sie nach dem erkennbaren Willen des Gesetzgebers nicht habe erfassen sollen, seien die Gerichte befugt, den Wortlaut der Vorschrift zu korrigieren … Schon die Gesetzgebungsgeschichte und die Gesetzesbegründung sprächen klar für das enge Verständnis. Der Gesetzesentwurf habe zunächst nur die Einführung eines neuen Kostenerstattungsanspruchs vorgesehen. In der Gesetzesbegründung sei dabei ausdrücklich Bezug genommen worden auf einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch. („Die Versicherten sind so zu stellen, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt.“[11]) Darüber hinaus sei Vorbild für die Neuregelung die Vorschrift des § 15 SGB IX gewesen. Dort werde in § 15 Absatz 1 SGB IX aber vorausgesetzt, dass ein Sachleistungsanspruch bestehe … Bestätigt werde dieses enge Verständnis durch die systematische Stellung des § 13 Absatz 3a SGB V innerhalb des § 13 SGB V, der bisher ausschließlich sachleistungsersetzende Kostenerstattungsansprüche geregelt habe. Die dort erfassten Kostenerstattungsansprüche setzten jeweils voraus, dass die selbstbeschaffte Krankenbehandlung zu den Leistungen gehöre, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Hätte der Gesetzgeber von dieser Systematik im Rahmen von § 13 Absatz 3a Satz 6 und 7 abweichen wollen, hätte es zumindest entsprechender Hinweise in der Gesetzesbegründung bedurft … Bei der einengenden Auslegung laufe die Regelung des § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V nicht leer. Einerseits verhindere die Vorschrift gleichwohl, dass sich die Krankenkasse auf die Nichteinhaltung des Beschaffungsweges berufen könne. Andererseits könne sich der Versicherte bereits nach Ablauf von nur drei Wochen die Leistung selbst besorgen bzw. von der Kasse die Versorgung verlangen, soweit ein entsprechender Sachleistungsanspruch bestünde. Genau diese Umstände seien aber Anlass für die Schaffung des § 13 Absatz 3a SGB V gewesen. Sinn und Zweck der Regelung sei es aber nicht gewesen, den Versicherten bei einer Selbstbeschaffung von jeglichem Kostenrisiko freizustellen. Ebenso wenig sei es Sinn und Zweck der Vorschrift gewesen, den Versicherten im Wege der Genehmigungsfiktion Leistungen zu gewähren, die über den ursprünglichen Sachleistungsanspruch hinausgehen.[46]

SG Speyer, Urteil vom 18. November 2016 – S 19 KR 329/16

Das SG Speyer weicht in seinem Urteil in mehrfacher Hinsicht von dem Urteil des BSG vom 8. März 2016 ab. So enthält nach Ansicht des SG Speyer § 13 Absatz 3a SGB V eine klare Unterscheidung zwischen dem in Satz 6 geregelten Sachleistungsanspruch und dem in Satz 7 geregelten Kostenerstattungsanspruch. Soweit das BSG in seinem Urteil vom 8. März 2016 (B 1 KR 25/15 R, Rn. 19) einen „Erstattungsanspruch aufgrund Genehmigungsfiktion“ annehme, werde diese klare Trennung der Tatbestände mit unterschiedlichen Rechtsfolgen übersehen. Die Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V führe zu einem Sachleistungsanspruch, die Selbstbeschaffung „nach Fristablauf“ hingegen zu einem Erstattungsanspruch. Die Genehmigung der Leistung sei für einen Erstattungsanspruch gerade keine Voraussetzung, wie auch ein Vergleich mit den Kostenerstattungsregelungen des § 13 Absatz 3 SGB V oder § 15 Absatz 1 SGB IX zeige. In diesem Sinne erfolge der Verweis auf die Vorschriften des SGB IX für Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Satz 9 ausdrücklich nur hinsichtlich der Zuständigkeitserklärung und für die (von Satz 7 geregelten) Fälle der Kostenerstattung bei Selbstbeschaffung durch den Versicherten. Die Fälle des Sachleistungsanspruchs (Satz 6) würden von diesem Verweis nicht erfasst. Es verbiete sich daher, die Norm des Satzes 9 trotz der ausdrücklichen Nennung der zwei Regelungsbereiche („Zuständigkeitserklärung und Erstattung selbstbeschaffter Leistungen“) auf die vom Wortlaut nicht erfassten Fälle der Sachleistung wegen Genehmigungsfiktion auszudehnen. Sofern das BSG in seinem Urteil vom 8. März 2016 (B 1 KR 25/15 R, Rn. 16 ff.) den Begriff der medizinischen Rehabilitation „funktionsadäquat“ auszulegen versuche, erschlössen sich die Abgrenzungskriterien aus der dort vorgenommenen Begründung nicht.

An eine die Genehmigungsfiktion verhindernde Mitteilung sind nach Ansicht des SG Speyer mehrere Anforderungen zu stellen: nämlich dass sie schriftlich erfolge, die Nichteinhaltung der Frist zum Gegenstand habe und dass ein Grund für die Nichteinhaltung benannt werde, der mit Blick auf Satz 6 der Norm zudem ein hinreichender Grund sein müsse. Sofern das BSG darüber hinaus eine taggenau anzugebende Dauer des Bestehens zumindest eines solchen Grundes und erforderlichenfalls sogar eine Wiederholung dieser taggenauen Prognosen verlange, lasse sich dies mit dem Gesetzestext nicht begründen. Rechtsfolge der Fristversäumnis sei nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V, dass die beantragte Leistung als genehmigt gelte. Es werde durch diese Regelung also ein Verwaltungsakt mit einem stattgebenden Inhalt fingiert. Die fiktiv genehmigte Leistung habe die Krankenkasse nunmehr ohne weitere Voraussetzungen als Sachleistung tatsächlich zu erbringen. Das Bestehen des materiellen Anspruchs auf die begehrte Leistung im Einzelfall sei keine tatbestandliche Voraussetzung des § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V. Anders als § 13 Absatz 3a Satz 7 SGB V stelle Satz 6 auch nicht darauf ab, dass die Leistung „erforderlich“ sei. Die hierdurch entstehende Diskrepanz zu der Kostenerstattungsregelung sei vor dem Hintergrund der noch ausstehenden Versorgung und der (bis zu deren Abschluss bzw. der Rechtskraft eines zur Sachleistung verpflichtenden Urteils) bestehenden Möglichkeit der Rücknahme der (fiktiven) Genehmigung hinnehmbar, sofern diese rechtswidrig sein sollte.

Ob die Fiktionswirkung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 von vornherein nur solche Leistungen erfasse, die grundsätzlich von der Krankenkasse innerhalb des Systems der GKV geschuldet werden beziehungsweise die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen, hat das SG Speyer in seinem Urteil vom 18. November 2016 – S 19 KR 329/16 – offengelassen mit der Begründung, dass das in jenem Rechtsstreit begehrte Hilfsmittel jedenfalls zum Leistungsspektrum der Krankenkasse gehöre. Nach Auffassung des SG Speyer kommt es jedoch weder darauf an, ob ein Versicherter die Leistung subjektiv für erforderlich halten durfte, noch ob er möglicherweise Kenntnis vom Fehlen der materiellen Anspruchsvoraussetzungen hatte. Eine solche subjektive Komponente des Anspruchs sei weder aus dem Gesetzeswortlaut herzuleiten, noch lasse sich überzeugend begründen, warum die Reichweite des aus § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V ableitbaren Sachleistungsanspruchs je nach Vorkenntnissen beziehungsweise persönlichen Einschätzungen des Versicherten differieren solle. Eine Rücknahme der fingierten Genehmigung nach § 45 SGB X sei möglich, wenn auch ein tatsächlich ergangener Verwaltungsakt mit einem entsprechenden bewilligenden Inhalt rechtswidrig ergangen und daher rücknehmbar wäre. Es könne für die Frage der Rechtswidrigkeit hingegen nicht darauf ankommen, ob die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion vorlagen.[47]

Resümee

Im Ergebnis bleibt die Anwendung und Auslegung der Vorschrift des § 13 Absatz 3a SGB V in der Rechtsprechung umstritten und stellt auch die Krankenkassen weiterhin vor Probleme. Im Hinblick auf das subjektive Element der Erforderlichkeit hat die bisherige Rechtsprechung des BSG keine Klärung gebracht. Nach den Ausführungen im Urteil vom 8. März 2016 setzt die Genehmigungsfiktion unter anderem voraus, dass der Antrag eine Leistung betrifft, die der Versicherte für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt.[31] Hier fehlt bislang die erforderliche Konkretisierung der durch das BSG aufgestellten Begrifflichkeiten, um diese auch in der Verwaltungspraxis auf die verschiedenen Fallgestaltungen rechtssicher anwenden zu können. Auch sind beispielsweise die Rechtsfolgen der Genehmigungsfiktion, das heißt Sachleistungs- oder Kostenerstattungsanspruch, und der Begriff der medizinischen Rehabilitation in § 13 Absatz 3a Satz 9 SGB V weiterhin nicht hinreichend geklärt.

Die erstinstanzliche Rechtsprechung geht sogar noch weiter, indem sie dem BSG vorhält, sich nicht ausreichend mit dem Willen des Gesetzgebers und der Systematik des Gesetzes auseinander gesetzt zu haben.[48] Mitunter wird die Regelung des § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V auch als missglückte Norm bezeichnet[49] und eine konsequente Anwendung mit dem Ziel gefordert, hierdurch den Gesetzgeber auf den Plan zu rufen, falls hierbei unerwünschte Ergebnisse eintreten.[50]

Mittlerweile beschäftigt die Krankenkassen und die Sozialgerichtsbarkeit im Rahmen des § 13 Absatz 3a SGB V eine weitere Problematik: der Bestand und der Umgang mit der eingetretenen Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Absatz 3a SGB V. In diesem Zusammenhang ist zu klären, ob und gegebenenfalls auf welche Weise eine fingierte

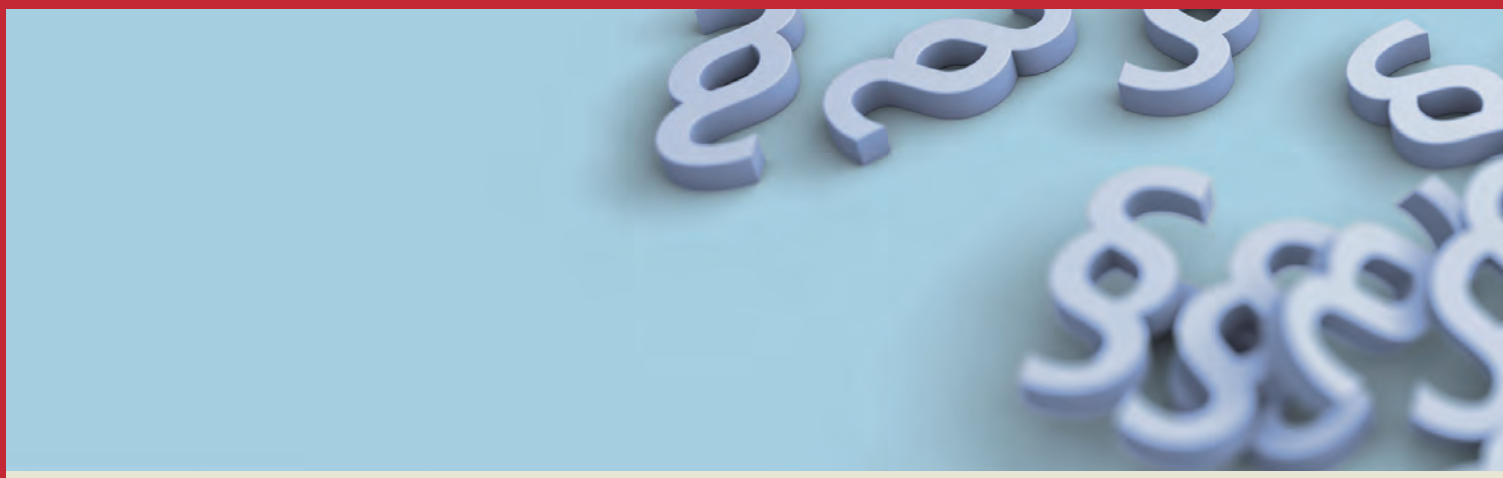
Genehmigung wieder beseitigt werden kann. Hierzu sind im Leitsatz Nr. 4 und in Randnummer 32 des BSG-Urteils vom 8. März 2016 Ausführungen enthalten, die in Rechtsprechung und Literatur ebenfalls kontrovers diskutiert werden. So steht vor allem die Frage im Raum, ob und unter welchen Voraussetzungen die fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V durch die Anwendung der Vorschriften über die Bestandskraft des Verwaltungsaktes nach §§ 39 ff. SGB X widerrufen, zurückgenommen oder aufgehoben werden beziehungsweise sich erledigen kann. Diese aktuelle Problematik, die für die Krankenkassen von erheblicher Bedeutung und zunehmend Gegenstand der Widerspruchsverfahren sowie der gerichtlichen Verfahren ist, wird Thema des zweiten Teils dieses Aufsatzes sein, der in der nächsten Ausgabe erscheinen wird.

Anja Christina Mertens
Martina Korbach-Meer
Nicole Susanne Helmer
KBS/Leistungs-und beitragsrechtliche Streitverfahren nach dem Sozialgerichtsgesetz
Wasserstraße 215
44799 Bochum

Teil II erscheint in der Ausgabe Kompass Juli/August 2017.

FUSSNOTEN

1 Im Folgenden: „BSG, a. a. O., Rn. …“ (Anmerkung: Alle in diesem Aufsatz genannten Gerichtsentscheidungen wurden der juris-Datenbank entnommen.)
2 vergleiche Bundestagsdrucksache (im Folgenden: BT-Drs.) 11/2237, Seite 157
3 § 27 SGB V
4 § 31 SGB V
5 § 33 SGB V
6 § 12 SGB V
7 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
8 § 2 Absatz 2 SGB V
9 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, Seite 279
10 Bundesratsdrucksache 312/12, Seiten 46, 47
11 BT-Drs. 17/10488, Seite 32
12 Bundesratsdrucksache 312/12, Seite 47 und BT-Drs. 17/10488, Seite 32
13 BT-Drs. 17/11710, Seiten 29, 30
14 Anmerkung der Verfasser: Erstes Buch Sozialgesetzbuch
15 vergleiche zu diesem Absatz: LSG NRW, Beschluss vom 23.5.2014, L 5 KR 222/14 B ER; Bayerisches LSG, Urteil vom 23.2.2016, L 5 KR 351/14; LSG Saarland, Urteil vom 17.6.2015, L 2 KR 180/14; SG Gelsenkirchen, Urteil vom 29.1.2015, S 17 KR 479/14; SG Köln, Urteil vom 6.10.2015, S 34 KR 835/14; SG Detmold, Urteil vom 9.7.2015, S 24 KR 254/14; SG Augsburg, Urteil vom 27.11.2014, S 12 KR 183/14; SG Magdeburg, Urteil vom 7.10.2015, S 13 KR 805/13; SG Lüneburg, Urteil vom 17.2.2015; S 16 KR 96/14
16 § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V
17 § 12 Absatz 1 SGB V
18 vergleiche LSG NRW, Beschluss vom 26.5.2014, L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B; Hessisches LSG, Urteil vom 10.12.2015, L 1 KR 413/14; SG Dortmund, Beschlüsse vom 31.1.2014, S 28 KR 1/14 ER und vom 16.7.2014, S 40 KR 742/14 ER sowie Urteil vom 11.11.2015, S 40 KR 518/ 14; SG Würzburg, Urteil vom 15.1.2015, S 11 KR 100/14
19 vergleiche zu diesem Absatz: LSG NRW, Beschluss vom 26.5.2014, L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B
20 vergleiche zu diesem Absatz: Bayerisches LSG, Urteil vom 23.2.2016, L 5 KR 351/14 ; LSG NRW, Beschluss vom 23.5.2014, L 5 KR 222/14 B ER
21 vergleiche Hessisches LSG, Urteil vom 10.12.2015, L 1 KR 413/14
22 vergleiche zu diesem Absatz: LSG NRW, Beschluss vom 26.5.2014, L 16 KR 154/14 B ER, L 16 KR 155/14 B; SG Dortmund, Beschluss vom 16.7.2014, S 40 KR 742/14 ER
23 vergleiche zu diesem Absatz: Hessisches LSG, Urteil vom 10.12.2015, L 1 KR 413/14
24 SG Saarbrücken, Urteil vom 11.8.2014, S 23 KR 563/14; LSG Saarland, Urteil vom 17.6.2015, L 2 KR 180/14
25 BSG, a. a. O., Rn. 8
26 BSG, a. a. O., Rn. 9, 10
27 BSG, a. a. O., Rn. 21; vergleiche auch Bayerisches LSG , Beschluss vom 25.4.2016, Az. L 5 KR 121/16 B ER
28 BSG, a. a. O., Rn. 28
29 vergleiche zu diesem Absatz: BSG, a. a. O., Rn. 20
30 BSG, a. a. O., Rn. 23
31 BSG, a. a. O., Rn. 25
32 vergleiche BSG, a. a. O., Rn. 26, 27
33 vergleiche BSG, a. a. O., Rn. 26
34 BSG, Urteil vom 8.3.2016, B 1 KR 35/15 R, SozR 4-2500 § 27 Nr. 28; vergleiche auch zum Beispiel BSGE 100, 119 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 14 LS und Rn. 13 f; BSGE 93, 252 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 3, Rn. 6; BSGE 93, 94 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 4, Rn. 16; BSGE 82, 158, 163 f = SozR 3-2500 § 39 Nr. 5 Seite 29 f; vergleiche auch BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 45 Seite 253 f.
35 Anmerkung der Verfasser: Diese Thematik ist Gegenstand des 2. Teils dieses Aufsatzes.
36 Bayerisches LSG, Urteil vom 7.9.2016, L 20 KR 597/15
37 LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13.9.2016, L 4 KR 320/16
38 BSG, a. a. O., Rn. 26
39 Hessisches LSG, Urteil vom 10.12.2015, L 1 KR 413/14
40 Hessisches LSG, Urteil vom 24.11.2016, L 1 KR 435/16 (nicht veröffentlicht)
41 Bayerisches LSG, Urteil vom 23.2.2016, L 5 KR 351/14
42 vergleiche LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29.4.2016, L 4 KR 4368/15
43 vergleiche zu diesem Absatz: LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13.9.2016, L 4 KR 320/16
44 vergleiche zu diesem Absatz: Bayerisches LSG, Urteil vom 7.9.2016, L 20 KR 597/15
45 SG Dortmund, Beschlüsse vom 31.1.2014, S 28 KR 1/14 ER und vom 16.7.2014, S 40 KR 742/14 ER sowie Urteil vom 11.11.2015, S 40 KR 518/14
46 vergleiche zu diesem Absatz: SG Dortmund, Urteil vom 8.6.2016, S 40 KR 1454/14
47 vergleiche zu diesem Absatz: SG Speyer, Urteil vom 18.11.2016, S 19 KR 329/16
48 SG Dortmund, Urteil vom 8.6.2016, S 40 KR 1454/14
49 Hessisches LSG, Urteil vom 10.12.2015, L 1 KR 413/14; SG Speyer, Urteil vom 18.11.2016; S 19 KR 329/16
50 SG Speyer, Urteil vom 18.11.2016, S 19 KR 329/16 und Gerichtsbescheid vom 8.4.2016, S 19 KR 479/14



PROF. DR. GERNOT DÖRR

Verwaltungsakte heutzutage

Seit dem 1. Januar 2017 ergänzt auch im Sozialverwaltungsverfahrensgesetz den Regelungsabschnitt „Verwaltungsakt“ eine Vorschrift über den vollständig automatisierten Erlass einer solchen Verwaltungshandlung. Diese legislative Innovation bietet einen Anlass, die Entwicklungslinien des Rechtsinstituts Verwaltungsakt von seinen Anfängen bis in unsere Tage aufzuzeigen.

Anfänge im 19. Jahrhundert

Im Anfang war Otto Mayer: Er entwickelte in seiner grundlegenden Monografie „Deutsches Verwaltungsrecht“[1] den Verwaltungsakt als „ein der Verwaltung zugehöriger obrigkeitlicher Ausspruch, der dem Untertanen im Einzelfall bestimmt, was für ihn Rechtens sein soll“.

In seiner Zeit selbstverständlich bildete für Otto Mayer der Verwaltungsakt ein Institut des Obrigkeitsstaats.[2] Administrative Einrichtungen dieses Staates bestimmten damit gegenüber Untertanen als Betroffene die konkret maßgebende Rechtslage.

Gesetzliche Definition und Funktion

Erste rechtsnormative Bestimmungen über den Verwaltungsakt, seine Definition und Funktion schufen bedeutsam die Verwaltungsverfahrensgesetze zunächst des Bundes in den Jahren 1976 bis 1980. Unter anderem § 31 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) (1, 2)[3] erklärt seitdem mit Anklängen an das Gedankenfeld Otto Mayers den Verwaltungsakt im Wesentlichen als „hoheitliche Maßnahme zur Regelung eines Einzelfalles“. Die einleitenden Handlungsbeispiele der gesetzlichen Definition („Verfügung, Entscheidung oder andere … Maßnahme“) bezeichnen damit immer eine verwaltungsrechtliche Willenserklärung, die auf individuellem menschlichen Handeln für die so entscheidende Behörde beruht.[4]

Bedeutsames Moment jedes Verwaltungsakts nach § 31 SGB X ist seine sachliche Verbindlichkeit als Bestandskraft nach § 39 SGB X (und § 77 Sozialgerichtsgesetz – SGG). Für Betroffene modifiziert diese Handlungsform den verfassungsrechtlich garantierten Rechtsschutz durch grundsätzliche Vorverfahrenspflicht (gem. § 78 Absatz 1 SGG), Fristen-Vorgaben (s. § 84 SGG) und gegebenenfalls aufschiebende Wirkung (gem. § 86a SGG[5]) verfügter Rechtsnachteile. Konkretisiert ein Verwaltungsakt inhaltlich eine behördliche Forderung gegenüber Betroffenen, schafft sich die entscheidende Behörde damit einen eigenständigen Vollstreckungstitel (s. § 66 SGB X, insbesondere Absatz 4).

Legislative Fortschreibung

Die Verwaltungsverfahrensgesetze zunächst der 1970er und 1980er Jahre haben nicht nur den bis dahin entwickelten Verwaltungsakt aufgeschrieben, sondern zugleich dessen Anwendung auf besondere Fallkonstellationen ausgedehnt.

Allgemeinverfügung

§ 31 Satz 2 SGB X variiert mit der hier definierten Allgemeinverfügung das Merkmal des Einzelfalls aus Satz 1 der Bestimmung. In dieser Form ergeht ein Verwaltungsakt gegenüber einem größeren, unter Umständen sogar gegenüber einem unbestimmten Personenkreis. Die so verfügte (juristische) Einzelfall-Regelung unterstellt diese Entscheidung dem Rechtsregime des Verwaltungsakts mit Bestandskraft und der Form des Rechtsschutzes.

Materielles Sozialrecht ist als Allgemeinverfügung umzusetzen unter anderem in der Arbeitsförderung mit § 160 Absatz 4 Drittes Buch Sozialgesetzbuch – SGB III (zur Leistung von Arbeitslosengeld für eine bestimmte Gruppe von Arbeitslosen), in der Krankenversicherung mit § 35 Absätze 3 bis 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V (zur Festsetzung von Festbeträgen in diesem Sachgebiet[6]). Das soziale Prozessrecht räumt mit § 85 Absatz 4 SGG[7] der Verwaltung die

© sk_design - Fotolia.com

Möglichkeit ein, über zuvor ruhend gestellte – massenhafte – Widersprüche einheitlich durch öffentlich bekannt gemachte Allgemeinverfügung zu befinden.

Verwaltungsentscheidungen in der DDR

Zum Fundament der Rechtsregeln zur deutschen Wiedervereinigung zählt die Bestimmung des § 19 Einigungsvertrag[8], dass in der DDR ergangene Verwaltungsakte – ungeachtet ihrer Bezeichnung – grundsätzlich auch nach dem 22. Oktober 1990 wirksam bleiben.[9] Für Rentenbescheide aus der DDR bestätigt in diesem Zusammenhang § 307a Absatz 12 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) das Prinzip der Bestandskraft.

Spezielles Verwaltungsrecht schafft daneben das Verwaltungsrechtliche Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG[10]) zur Behandlung solcher administrativer Akte aus der DDR, die „mit tragenden Grundsätzen eines Rechtsstaats schlechthin unvereinbar sind". Sachverhalte dazu bilden unter anderem Zwangsaussiedlung aus dem Grenzgebiet, Zwangsexmatrikulation von der Hochschule, Relegation von der Oberschule, Entziehung der Gewerbekonzession.[11] Die Handlungsform mit solchem Unrechtsgehalt bezeichnet § 1 Absatz 1 VwRehaG als „hoheitliche Maßnahme einer deutschen behördlichen Stelle zur Regelung eines Einzelfalls in dem … Beitrittsgebiet aus der Zeit vom 8. Mai 1945 bis zum 2. Oktober 1990". § 1 Absatz 6 VwRehaG wertet entsprechend derartige Maßnahmen der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands.

Fiktiver Verwaltungsakt

Im wiedervereinigten Deutschland nimmt die Gesetzgebung des Verwaltungsverfahrensrechts Bestrebungen aus der Gesellschaft auf, für bestimmte Vorgänge zur staatlichen Genehmigung oder andersartigen Entscheidung im Einzelfall das allgemeine Beschleunigungsgebot (s. § 9 Satz 2 SGB X) zu verschärfen. Einen Rechts-Weg dazu bildet die gesetzliche Fiktion eines positiven Verwaltungsakts, wenn – nach gegebenem Tatbestand – die erwartbare Verwaltungsentscheidung nicht bis zu einem angenommenen Zeitpunkt ergeht.

Einen Anwendungsfall in der Rentenversicherung stellt § 6 Absatz 3 Satz 2 SGB VI[12] zur Befreiung geringfügig Beschäftigter von der Versicherungspflicht dar. Ausdrücklich bestätigt § 6 Absatz 3 Satz 3 SGB VI auch für den fiktiven Verwaltungsakt die Grundsätze der Bestandskraft und möglicher Rechtsbehelfe.

Prinzipiell vergleichbar sieht generell in der Krankenversicherung § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V[13] die Fiktion einer Leistungsgenehmigung vor, wenn über den konkreten Antrag eines Versicherten nicht innerhalb gesetzlich vorgegebener Frist sachlich befunden worden ist.[14] Mit Wirkung auf eine mögliche Vollstreckung gilt nach § 28f Absatz 3 Satz 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) gegebenenfalls der Beitragsnachweis eines Arbeitgebers als „Leistungsbescheid" (im Sinne des § 66 Absatz 1 Satz 1 SGB X i. V. m. § 3 Absatz 2 Verwaltungsvollstreckungsgesetz) der Einzugsstelle.[15]

Vollständig automatisiert erlassener Verwaltungsakt

Die jüngste allgemeine Fortentwicklung in der (bundes-)gesetzlichen Ausgestaltung des Verwaltungsakts erfolgt mit dem Gesetz zur Modernisierung des Besteuerungsverfahrens vom 18. Juli 2016.[16] Seitdem normiert (unter anderem) in der allgemeinen Verwaltung § 35a Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG), in der Sozialverwaltung § 31a Satz 1 SGB X den „vollständig automatisierten Erlass eines Verwaltungsakts". Damit erfolgt eine verwaltungsrechtliche Rechtsfolgenbestimmung im Einzelfall allein durch technische Einrichtungen, ohne menschliches Zutun in der entscheidungsbefugten Behörde.[17] Alle Schritte innerhalb der Verwaltung, die auf eine Regelung in (massenhaften) Vorgängen so ausschließlich automationsgestützt zielen, geschehen dabei ohne individuelle personale Beteiligung.[18]

Die neue Vorschrift des Sozialverwaltungsrechts lässt diese Form eines Verwaltungsakts nur zu, wenn „offenbar kein Anlass besteht, den Einzelfall durch Amtsträger zu bearbeiten". Diesen einschränkenden Tatbestand erfüllen in erster Linie Fall-Entscheidungen[19] die im Ermessen der zuständigen Behörde oder in deren Beurteilungsermächtigung liegen.

Die Verwaltungspraxis der gesetzlichen Rentenversicherung erließ schon vor dem 1. Januar 2017 „vollständig automatisierte Verwaltungsakte", mit denen sie regelmäßig zum 1. Juli eines Jahres laufende Bestandsrenten einem neuen aktuellen Rentenwert anpasste.[20]

Verwaltungsakt-Befugnis

In unserer Zeit steht der Verwaltungsakt, im Sozialrecht nach § 31a wie nach § 31 SGB X, einer Behörde als Handlungsform nur zur Verfügung, soweit ein Gesetz diese eigenständige Begründung von Rechten und Pflichten der im Einzelfall Betroffenen zulässt.[21]

Die Annahme eines Subordinationsverhältnisses zwischen Behörde und möglichen Regelungs-Adressaten genügt diesem Verständnis vom Vorbehalt des Gesetzes (s. § 31 Erstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB I) nicht[22] (mehr).

Eine Ermächtigung zum Handeln mit Verwaltungsakt kann das Gesetz ausdrücklich und positiv formulieren – wie zur sozialversicherungsrechtlichen Betriebsprüfung mit § 28p Absatz 1 Satz 5 SGB IV[23] – oder im auslegbaren Regelungszusammenhang bestimmen – wie mit § 102 Absatz 6 SGB VI[24] zur konkreten Feststellung einer sozialrechtlich erheblichen Verschollenheit.[25]

Nachsatz

Der Verwaltungsakt aus der rechtswissenschaftlichen Erkenntnis Otto Mayers bildet auch heutzutage die zentrale Handlungsform für verwaltungsrechtliche Einzelfallentscheidungen.[26] Das Gesetz bestimmt inzwischen Ausgestaltung und Zulässigkeit dieses Rechtsinstituts zur konkreten Regelung bei unterschiedlichen Sachverhalts-Konstellationen. Im sozialrechtlichen Zusammenhang modifiziert aktuell § 31a Satz 1 SGB X den allgemeinen Begriff des Verwaltungsakts aus § 31 Satz 1 SGB X.[27]

Prof. Dr. Gernot Dörr
Am Rupenhorn 13a
14055 Berlin

FUSSNOTEN

1 Erste Auflage 1895, dritte Auflage 1923.
2 Eingebend dazu Schmidt-De Caluwe, Der Verwaltungsakt in der Lehre Otto Mayers, 1999, Seiten 19 bis 24.
3 Ursprünglich vom 18. August 1980, BGBl. 1 Seite 1469.
4 Vergleiche U. Stelkeos in Stelkens/Bonlc/Sachs, VwVfG, 8. Auflage 2014, § 35 Rn 69, 70.
5 Speziell novellierend durch Gesetz vom 17. August 2001, BGBl. 1 Seite 2144.
6 Bestätigend: Bundessozialgericht (BSG) 17. September 2013, B 1 KR 54/12 R nach JbSozR 35 Seite 83 (87).
7 Speziell aus dem Jahr 2008: BGBl. I Seite 444.
8 Siehe Einigungsvertragsgesetz vom 23. September 1990, BGBl. II Seite 885.
9 Zu dieser Rechtslage: Sachs in Stelkens/Bonk/Sachs, wie oben Fn 4, § 43 Rn 236 bis 238.
10 Vom 1. Juli 1997, BGBl. I Seite 1620
11 S. Leutheusser-Schnarrenberger, DtZ 1994 Seite 290 (290).
12 Speziell in der Fassung vom 5. Dezember 2012, BGBL. I Seite 2474.
13 Speziell in der Fassung vom 5. Dezember 2012, BGBL. I Seite 2474.
14 Einen praktischen Anwendungsfall behandelt BSG 8. März 2016, B 1 KR 25/15 R, Die Leistungen, Beilage, 2016 Seite 1132.
15 Erläutert in RV-SGB IV, 22. Auflage 2015, § 28f, Abschnitt 4.
16 BGBl. I Seite 1679.
17 Grundsätzlich vorgestellt von Schmitz/Prell, NVwZ 2016 Seite 1273 (1275, 1276).
18 Vergleiche Braun-Binder, Jusletter IT vom 22. September 2016, Rg 7
19 Gesetzlich umschrieben in § 35a VwVfG.
20 Die Rechtsnatur der Anpassungsmitteilungen erläutert zusammenfassend Engelmann in von Wulffen/Schütze, SGB X, 8. Auflage 2014, § 31 Randnummern 85, 86.
21 Vergleiche Ruffert in Ehlers/Pilnder, Allgemeines Verwaltungsrecht, 15. Auflage 2016, § 22 Randnummern 27, 29.
22 So auch Henneke in Knack/Henneke, VwVfG, 10. Auflage 2014, § 35 Randnummer 64, Schwarz in Hk-Verw, Recht, 4. Auflage 2016, § 35 VwVfG Randnummer 17.
23 Dazu: BSG 28. Mai 2015, B 12 R 16/13 R, Breithaupt 2016 Seite 236.
24 Speziell in der Fassung vom 15. April 2015, BGBl. I Seite 583.
25 Bestätigend: Hausadel/Vogel, RV aktuell 2015 Seite 147 (150).
26 Ruffert, aaO, § 21 Randnummer 1.
27 Siehe auch Müller-Grune in Eichenhofer/Wenner, SGB X, 2. Auflage 2017, § 31a Rn 1

Widerspruchsstelle der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 6. April 2017 folgende Entscheidungen getroffen:

Widerspruchsausschüsse

Hamburg II und Seemannskasse
Reinhold Stecher, geboren 1958, Berlin, wurde zum 1. Stellvertreter des Mitglieds Peter Geitmann in den Widerspruchsausschüssen Hamburg II und Seemannskasse gewählt.

München I
Thomas Bölz, geboren 1962, Heilbronn, wurde zum Mitglied im Widerspruchsausschuss München I gewählt.

KBS

Personalnachrichten

40-jähriges Dienstjubiläum

Hausgehilfin Julia Barton	3.5.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Sabine Leitgeb	9.5.2017
Verwaltungsangestellter Hans-Georg Solinsk	13.5.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Rosa-Maria Schommer	17.5.2017
Sozialversicherungsfachangestellte Ute Sauerland	28.5.2017
Hausgehilfin Cornelia Kedzia	1.6.2017
Verwaltungsangestellter Hermann-Josef Pape	1.6.2017
Verwaltungsangestellter Hans-Christian Müller	17.6.2017
Krankenpfleger Peter Gilbert	20.6.2017

25-jähriges Dienstjubiläum

Regierungsamtmann Guido Bartsch	1.5.2017
Krankenschwester Kerstin Günther	1.5.2017
Bürogehilfin Kerstin Heinze	1.5.2017
Verwaltungsangestellte Elke Lewandowsky	1.5.2017
Krankenschwester Ursula Masoud	1.5.2017
Hebamme Justine Rogotz	1.5.2017
Krankenschwester Petra Zimmermann	1.5.2017
Verwaltungsangestellte Eva Poppe	5.5.2017
Registraturangestellter Achim Breuer	7.5.2017
Arzthelferin Barbara Heimbach	11.5.2017
Regierungsoberinspektorin Ina Jungbauer	12.5.2017
Sozialversicherungsfachangestellter Axel Naujack	15.5.2017
Bote Wolfgang Bußmann	16.5.2017
Hausgehilfin Annette Ermel	18.5.2017
Verwaltungsangestellte Christiane Kratzl	18.5.2017
Verwaltungsangestellte Petra Rychlik	21.5.2017
Verwaltungsangestellte Waltraud Hasselberg	29.5.2017
Verwaltungsangestellter Torsten Saynisch	30.5.2017
Arzthelferin Ursula Büning	1.6.2017
Pflegehelfer Gary-Allan Dixon-Margraf	1.6.2017
Verwaltungsangestellte Birgit von Dobschütz	1.6.2017
Arzthelferin Susanne Dogs	1.6.2017
Verwaltungsangestellter Ulrich Hempel	1.6.2017
Verwaltungsangestellte Sonja Klinkig	1.6.2017
Hausgehilfin Siglinde Konarski	1.6.2017
Verwaltungsangestellte Sabine Maier	1.6.2017
Krankengymnastin Anke Nennstiel	1.6.2017
Hausgehilfin Ingrid Urban	1.6.2017
Hausmeister Martin Paczinsky	2.6.2017
Registraturangestellter Dirk Jablonowski	3.6.2017
Sozialversicherungsfachangestellter Jan Clemann	10.6.2017
Regierungsamtfrau Heidi Müller	10.6.2017
Verwaltungsangestellte Susanne Orbeck	11.6.2017
Hausgehilfin Arnold Cornelia	15.6.2017
Verwaltungsangestellter Martin Dahlmann	15.6.2017
Hausgehilfin Gabriele Ubländer	15.6.2017
Regierungsamtsrat Karsten Lambrecht	16.6.2017
Assistenzärztin Dr. Sabine Aleff	20.6.2017
Verwaltungsangestellte Anke Niederle	22.6.2017
Verwaltungsangestellte Sabiene Szwaiczyk	29.6.2017
Schreibkraft Marion Vogt	29.6.2017

Rög

IMPRESSUM

Kompass
Mitteilungsblatt der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Herausgegeben von:
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Verantwortlich:
Bettina am Orde,
Erste Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
Telefon 0234 304-80020/80030

Chefredaktion
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Marketing
Dr. Wolfgang Buschfort (verantwortlich)
Elona Röger
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
Telefon 0234 304-82220
Telefax 0234 304-82060
E-Mail: elona.roeger@kbs.de

Gestaltung:
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Bereich Marketing, Werbung, Corporate Design

Druck:
Graphische Betriebe der Knappschaft-Bahn-See

Erscheinungsweise:
6 Ausgaben jährlich

Mit Namen oder Namenszeichen versehene Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für unverlangte Einsendungen keine Gewähr.

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, fotomechanische Wiedergabe oder Speicherung in elektronischen Medien von Beiträgen, auch auszugsweise, sind nach vorheriger Genehmigung und mit Quellenangaben gestattet. – Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens zulässig hergestellte oder benutzte Kopie dient gewerblichen Zwecken gem. § 54 (2) UrhG und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, D-80336 München.

ISSN 0342 - 0809/K 2806 E