



# **Jahrespressebericht der Sächsischen Sozialge- richtsbarkeit**

2020

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>3</b>
<b>Teil 1: Überblick über die Tätigkeiten im Geschäftsjahr 2020</b> .....	<b>5</b>
<b>A. Rechtsprechungsübersicht</b> .....	<b>5</b>
I. Gesetzliche Krankenversicherung (KR) .....	5
II. Vertragsarztrecht (KA).....	8
III. Statusfeststellungsverfahren und Betriebsprüfung (BA) .....	9
IV. Unfallversicherung.....	10
V. Rentenversicherung .....	15
VI. Arbeitsförderung .....	15
VII. Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II) .....	18
VIII. Sozialhilferecht.....	25
IX. Asylbewerberleistungen.....	27
X. Prozessrecht.....	28
XI. Kostenrecht .....	32
<b>B. Was war und was kommt</b> .....	<b>34</b>
I. Recht sprechen in der Pandemie .....	34
II. Personalnachrichten.....	35
III. Die Pilotierung der e-Akte .....	35
<b>Teil 2: Statistischer Überblick 2020</b> .....	<b>37</b>
I. Geschäftsentwicklung .....	37
1. Eingänge .....	37
2. Erledigungen.....	37
3. Erfolgsquoten .....	38
4. Zusammensetzung des Bestandes nach Rechtsgebieten .....	39
5. Verfahrensdauer .....	40
II. Entwicklung in den verschiedenen Rechtsgebieten .....	41
1. Streitigkeiten um Arbeitslosengeld II nach wie vor größter Posten .....	41
2. Revisionszulassung .....	44
3. Prozesskostenhilfeanträge.....	44
4. Personalentwicklung .....	45

## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn ich auf das Jahr 2020 in der sächsischen Sozialgerichtsbarkeit zurückblicke, kann ich vor allem eines festhalten: Es kam alles anders als gedacht.

Der Beginn des ersten Quartals 2020 war außer von den üblichen Arbeitsabläufen vor allem von den Vorbereitungen für die Pilotierung der e-Akte am Sozialgericht Chemnitz und am Sächsischen Landessozialgericht, die im März bzw. Mai beginnen sollte, geprägt. Ende Februar waren wir gut vorbereitet und optimistisch, dass die Einführung der e-Akte am Sozialgericht Chemnitz ohne größere Pannen oder Hindernisse erfolgen würde. Nachdem dann in den ersten Märztagen auch in Sachsen Infektionen aufgetreten waren und am 11. März 2020 von der WHO die Pandemie des Coronavirus ausgerufen wurde, war zunächst unklar, welche Folgen dies für die Gerichte haben würde und welche Maßnahmen erforderlich sein würden. Mit der Pilotierung der e-Akte wurde noch begonnen, aber wegen der ab Mitte März greifenden Maßnahmen, die auch umfangreiche Kontaktreduzierungen zur Folge hatten, musste sie - leider - letztlich ausgesetzt werden.

Da zu diesem Zeitpunkt in den Gerichten weder Masken noch Desinfektionsmittel noch sonstiger Virenschutz verfügbar war, musste ab Ende März bis in den Mai hinein der Sitzungsbetrieb deutlich reduziert werden und es wurden nur noch dringliche Verfahren mündlich verhandelt. In diesen und den nächsten Monaten veränderte sich sehr viel an den Sozialgerichten. Den Richter\*innen und teilweise auch den Bediensteten der sonstigen Laufbahngruppen wurde erstaunlich schnell die für das Arbeiten im Homeoffice erforderliche Technik zur Verfügung gestellt, was dazu führte, dass es an den Gerichten zusehends ruhiger wurde. Trennscheiben vor allem für die Sitzungssäle, Masken und Desinfektionsmittel aller Art wurden beschafft. Vor allem aber veränderte sich wegen der zur Bekämpfung der Pandemie erforderlichen Kontaktbeschränkungen die Kommunikation in den Gerichten in kurzer Zeit erheblich. Am Landessozialgericht waren nicht nur Osterbrunch und Weihnachtsfeier nicht möglich, sondern seit Beginn der zweiten Infektionswelle muss sogar auf gemeinsame Mittagessen und gemeinsame Kaffeepausen verzichtet werden. Die Dienstzimmer wurden und werden, soweit möglich, von jeweils nur noch einer Person genutzt, deutlich flexiblere Arbeitszeiten vor allem für eine einfachere Kinderbetreuung wurden ermöglicht. Wir nutzten für Besprechungen in einem immer größer werdenden Umfang webEx und sind inzwischen ziemlich versiert in der Durchführung virtueller Konferenzen. Auf den Gängen der Gerichte und im Öffentlichkeitsbereich achten wir trotz Maskenpflicht nun schon seit bald einem Jahr darauf, möglichst nie jemandem näher als zwei Meter zu kommen. Im Mai war der Anblick von Mitarbeiter\*innen mit Maske noch ungewohnt, jetzt ist es Normalität. Die Kontaktbeschränkungen verlangen uns allen viel ab, aber sie waren auch erfolgreich: Es waren zwar – relativ wenige – Mitarbeiter\*innen der Gerichte an Corona erkrankt, aber diese Erkrankungen führten an keinem Gericht dazu, dass größere Infektionsherde entstanden. So können wir sagen, dass wir bisher trotz allem und trotz schmerzlicher Kontaktbeschränkungen gut durch die Pandemie gekommen sind – hoffentlich bleibt es so.

Aber es gibt auch Gutes aus dem vergangenen Jahr zu berichten: Dank vergleichsweise guter Besetzung der drei Sozialgerichte im richterlichen Bereich und dort rückläufiger Eingangszahlen konnten diese trotz pandemiebedingt geringerer Sitzungstätigkeit ihre Bestände verringern. Das Landessozialgericht war auch 2020 deutlich unterbesetzt, trotzdem ist es dank hohen Einsatzes auch hier gelungen, Bestände abzubauen. Sehr erfreulich ist auch, dass im Jahr 2020 die Präsidentenstellen an den Sozialgerichten Dresden und Leipzig wiederbesetzt werden konnten: Das Sozialgericht Dresden wird seit 01.02.2020 von Herrn Dr. Schindler und das Sozialgericht Leipzig seit 15.04.2020 von Herrn Pies geleitet, so dass aktuell keines der Sozialgerichte vertretungsweise geführt werden muss. Bedauerlich war allerdings, dass Herr Präsident Dr. Schindler und Herr Präsident Pies pandemiebedingt auf eine offizielle Amtseinführung verzichten mussten.

Das Jahr 2021 ist nun auch schon drei Monate alt und wie es sich entwickeln wird, ist nicht leicht vorherzusagen. Es gibt aber jedenfalls schon Erfreuliches zu berichten: Am Landessozialgericht konnten wir vier neue Berichterstatter\*innen begrüßen, so dass es zum ersten Mal seit vielen Jahren gemessen an seinen Eingängen auskömmlich besetzt ist, und am Sozialgericht Leipzig wurde zum 15.03.2021 Herr Stinshoff zum Vizepräsidenten ernannt. Damit sind aktuell – ebenfalls zum ersten Mal seit längerer Zeit - alle Präsident\*innen- und Vizepräsident\*innenstellen in der Sozialgerichtsbarkeit besetzt.

Deutlich geworden ist in den letzten Wochen, dass die Pandemie uns weiter begleiten wird und wir können nur hoffen, dass wir den Sitzungsbetrieb an den Gerichten weiterhin ohne wesentliche Einschränkungen aufrechterhalten können. Leider werden auch die Kontaktbeschränkungen innerhalb der Gerichte vorerst bestehen bleiben müssen. Für ihre Einsatzbereitschaft auch im letzten Jahr unter schwierigen Bedingungen möchte ich den Mitarbeiter\*innen der Gerichte an dieser Stelle herzlich danken.



Ihre Dorrit Klotzbücher  
Präsidentin des Sächsischen Landessozialgerichts

## Teil 1: Überblick über die Tätigkeiten im Geschäftsjahr 2020

### A. Rechtsprechungsübersicht<sup>1</sup>

#### I. Gesetzliche Krankenversicherung (KR)

*Zu den Voraussetzungen des Anspruchs eines behinderten (querschnittsgelähmten) Menschen auf Versorgung mit einem Handbike nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und nach dem Eingliederungshilferecht*

Bei dem 1981 geborenen Kläger bestand seit 2010 eine Querschnittslähmung mit Rollstuhlpflichtigkeit. Er war bereits mit einem Aktivrollstuhl, einem Sportrollstuhl (für Rollstuhlbasketball) sowie mit einem Motomed-Bewegungstrainer und einem Stehpult versorgt. Seinen Antrag auf Versorgung mit einem elektrischen Rollstuhlzuggerät mit Hilfskurbel (Handbike) lehnte die beklagte Krankenkasse ab; seine Klage beim Sozialgericht (SG) war erfolglos. Das Sächsische Landessozialgericht (SächsLSG) hat im Berufungsverfahren der Klage stattgegeben. Da es sich nicht um ein Hilfsmittel zur Sicherung der Krankenbehandlung handelt, kommt krankenversicherungsrechtlich nur ein Anspruch auf Hilfsmittelversorgung als Leistung zum Zweck des Behinderungsausgleichs (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V) in Betracht. Das Hilfsmittel dient vorliegend nicht der Erschließung des Nahbereichs, sondern es soll – als Fahrradersatz – eine über den Nahbereich hinausgehende Mobilität ermöglichen. Derartige Hilfsmittel sind nicht vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst. Zu Unrecht sind die Beklagte und das SG jedoch davon ausgegangen, dass ein Versorgungsanspruch als Leistung zur sozialen Teilhabe (§ 5 Nr. 5 SGB IX) ausscheidet. Im Rahmen der Eingliederungshilfe steht das Ziel der Teilhabe (Partizipation) an den verschiedenen Lebensbereichen sowie die Stärkung der Möglichkeiten einer individuellen und den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung unter Berücksichtigung des Sozialraums im Vordergrund. Dies zugrunde legend hat der Kläger Anspruch auf Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel als Leistung der sozialen Teilhabe (§ 102 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 84 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Das Radfahren – allein oder in der Gruppe – stellt auch unter den nicht behinderten Menschen eine gängige Freizeitbeschäftigung in allen Altersgruppen und in allen gesellschaftlichen Schichten dar.

*Urteil vom 20. Mai 2020 – L 1 KR 270/18 – rechtskräftig*

*Bei der Abrechnung der maschinellen Beatmung verlangt Nr. 1001h der Deutschen Kodierrichtlinien 2010 für die Einbeziehung von Spontanatemungsstunden in der Phase der Entwöhnung keine vorherige Gewöhnung des Patienten an die maschinelle Beatmung (entgegen BSG, Urteil vom 19. Dezember 2017 – B 1 KR 18/17 R).*

Zur Begründung, warum der Senat der Auslegung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht zu folgen vermochte, heißt es: Anders als der Begriff der "Entwöhnung" taucht der Begriff der "Gewöhnung" in der DKR 1001h an keiner Stelle auf und wird daher dort auch nicht definiert, schon gar nicht als erhebliche Einschränkung oder Verlust der Fähigkeit, über einen längeren

---

<sup>1</sup> Soweit nicht anders angegeben, sind die Entscheidungen unter juris veröffentlicht

Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können. Dagegen ist in der DKR 1001h von "Entwöhnung" mehrfach in verschiedenen Zusammenhängen die Rede, so von "Periode der Entwöhnung", "Methode der Entwöhnung", "Dauer der Entwöhnung", "Ende der Entwöhnung". Diesen Bestimmungen lässt sich entnehmen, dass die Beatmung im vergütungsrechtlichen Sinne während der Periode der Entwöhnung noch nicht beendet ist, obwohl diese Periode durch ein Nebeneinander von künstlicher Beatmung (Atemunterstützung) und beatmungsfreien Intervallen gekennzeichnet ist. Da die Entwöhnung Beatmungsintervalle voraussetzt, kann sie nach unterschiedlichen Methoden erfolgen. Eine (Mindest-)Dauer der Atemunterstützung ist während der Entwöhnung nur bei einer Methode, nämlich bei der Masken-CPAP, festgesetzt. Das Ende der Entwöhnung ist mit Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation erreicht. Die im Normtext nicht erwähnte "Gewöhnung" liest das BSG in die DKR 1001h hinein, weil sie "begrifflich" in der "Entwöhnung" mit enthalten sei. Argumentiert wird also mit dem allgemeinen Sprachgebrauch, dem es entspreche, dass einer Entwöhnung eine Gewöhnung vorauszugehen habe. (...) Außer Betracht bleibt, dass die "Entwöhnung" von der künstlichen Beatmung ein spezifisch medizinischer Begriff ist, dem der Sinngehalt zukommen muss, der ihm im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigegeben wird. Im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch ist die "Entwöhnung" von der Beatmung die deutsche Übersetzung des international etablierten Begriffs "Weaning". Bei der künstlichen Beatmung setzt aus medizinischer Sicht weder das Weaning noch die Entwöhnung eine vorherige Gewöhnung voraus. Weder bei kontinuierlicher noch bei intermittierender Beatmung findet pathophysiologisch eine Gewöhnung statt. Die so verursachte Beeinträchtigung der Fähigkeit zu atmen führt zu einer akut einsetzenden Abhängigkeit von der Beatmungsmaschine, die das Überleben in der respiratorischen Krise sichert. Weaning und Entwöhnung beschreiben den Prozess, in dem die Intensität einer künstlichen Beatmung reduziert wird, bis der Patient respiratorisch ausreichend stabil ist, um aus eigener Kraft ohne apparative Unterstützung spontan zu atmen können. Ebenso wie das Weaning setzt die Entwöhnung lediglich eine noch nicht ganz überwundene Abhängigkeit von der künstlichen Beatmung voraus, nicht aber, dass diese Abhängigkeit durch eine wie auch immer geartete Gewöhnung entstanden ist. Abhängig ist ein Patient von der Beatmung, wenn er ohne sie nicht atmen kann, also sein Körper nicht ausreichend respiratorisch versorgt ist.

*Urteil vom 15. Juli 2020 – L 1 KR 251/14 –  
(zugelassene Revision anhängig unter B 1 KR 41/20 R)*

- 1. Ein Anspruch auf Zweitversorgung mit einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V für den Besuch einer vorschulischen Kindereinrichtung besteht erst ab Vollendung des dritten Lebensjahres.*
- 2. Bei einem Kostenerstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX (in der bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung) ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage auf den Zeitpunkt der Bewilligungsentscheidung des (vor-)leistenden Trägers abzustellen (vergleichbar dem Zeitpunkt der verbindlichen Selbstbeschaffung im Rahmen des Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs. 3 SGB V).*
- 3. Hat der Versicherte im Zeitpunkt der Bewilligungsentscheidung das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet, scheidet ein Leistungsanspruch nach § 33 Abs. 1 SGB V und damit auch ein Kostenerstattungsanspruch des (vor-)leistenden Trägers gegen die Krankenkasse nach § 14 Abs. 4 S 1 SGB IX aus.*

Die Beteiligten, ein Sozialhilfeträger und eine Krankenkasse, streiten über die Erstattung der Kosten für eine Zweit-Versorgung eines Versicherten mit einem Therapiestuhl für die Kinder-

tagesstätte (KiTa). Den bei der beklagten Krankenkasse eingegangenen Antrag auf Versorgung mit einem Therapiestuhl für die heilpädagogische KiTa leitete diese am selben Tag an den klagenden Sozialhilfeträger weiter, der – nach entsprechender Stellungnahme des Gesundheitsamtes – mit Bescheid vom Juni 2016 die Kostenübernahme bewilligte. Mit Vertrag vom 1. Juli 2016 wurde der Versicherte in die KiTa aufgenommen. Zugleich machte der Kläger die Erstattung der Kosten gemäß § 14 SGB IX bei der beklagten Krankenkasse geltend. Die gegen die Ablehnung erhobene Klage beim SG war zunächst erfolgreich. Das SächsLSG hat das Urteil indes aufgehoben. Für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kommt es nach der in Bezug genommenen Rechtsprechung des BSG entscheidend im Sinne einer generalisierenden Betrachtung auf den Besuch einer Kindereinrichtung frühestens "ab Vollendung des dritten Lebensjahres" an. Dies gilt unabhängig von Typ/Bezeichnung der Kindereinrichtung und auch vom krankheits- oder behinderungsbedingt ggf. erhöhten individuellen Förderungsbedarf des jeweils betroffenen Kindes. Für die Frage, ob die streitige Hilfsmittelversorgung bei einem Versicherten "ab Vollendung des dritten Lebensjahres" erfolgt, ist im Rahmen eines Kostenerstattungsanspruchs allein auf den Zeitpunkt der Selbstbeschaffung abzustellen. Nicht entscheidend ist, ob das Hilfsmittel "maßgeblich" für den Besuch einer Kindereinrichtung bestimmt ist. Zwar ist dem Recht der Hilfsmittelversorgung – mit Blick auf die in § 33 Abs. 1 SGB V geregelten Fallgruppen – eine Differenzierung nach der Zwecksetzung und damit hinsichtlich des mit dem Einsatz des Hilfsmittels vorrangig verfolgten Ziels nicht fremd. Allerdings ist dieser Gedanke auf Fragen der altersabhängigen Differenzierung nicht übertragbar. Zum einen ist zu berücksichtigen, dass bei einer derartigen Verfahrensweise der Sachleistungs- bzw. Kostenerstattungsanspruch letztlich von der wertenden Betrachtung des Sachbearbeiters der Krankenkasse bzw. des Gerichts im Einzelfall – unter Berücksichtigung der bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres verbleibenden Zeit, ggf. auch unter Einbeziehung der Nutzungsdauer des betreffenden Hilfsmittels – abhinge, zum anderen, dass bei der Hilfsmittelversorgung mitunter strikte Altersgrenzen gelten. Dem rechtsverbindlichen Vertragsabschluss bzw. der Rechnungslegung als Vorgang der Selbstbeschaffung bei einem vom Versicherten gegenüber der Krankenkasse geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch entspricht vorliegend die – rechtsverbindliche – Leistungsbewilligung des Klägers (vgl. § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F.). Zu diesem Zeitpunkt hatte der Versicherte das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet.

*Urteil vom 18. Juni 2020 – L 9 KR 761/17 – rechtskräftig*

*Zu den Voraussetzungen des Anspruchs eines schwerbehinderten Kindes auf Versorgung mit einem Therapedreirad nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und nach dem Eingliederungshilferecht*

Der 2011 geborene Kläger ist schwerbehindert und leidet an einem hypoxischen Hirnschaden mit (u.a.) spastischer tetraplegischer Zerebralparese und Störung der Motorik sowie einer geistigen Behinderung. Nachdem anfangs Geh- und Stehufähigkeit sowie Rumpfinstabilität bestand, kann der Kläger nun selbständig sitzen und mit Hilfe kurzzeitig laufen und stehen. Er ist mit einem Reha-Buggy, einem Steh-/Lauftrainer und zwei Therapiestühlen versorgt. Mit seiner jüngeren Schwester lebt er im Haushalt der alleinerziehenden Mutter; die Familie bezieht Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Die Versorgung mit einem ärztlich verordneten Therapedreirad lehnte die beklagte Krankenkasse ab. Nachdem das SG die Klage abgewiesen hatte, verurteilte das SächsLSG die Beklagte. Der Kläger hat Anspruch auf die Versorgung mit einem Therapedreirad, allerdings nicht nach dem Recht der gesetzlichen Kranken-

versicherung, sondern nach dem Recht der Eingliederungshilfe. Krankenversicherungsrechtlich kommt nur ein Anspruch auf Hilfsmittelversorgung als Leistung zum Zweck des Behindertenausgleichs (§ 33 Abs. 1 Satz 1 Var. 3 SGB V) in Betracht. Das Umwelterlebnis, Geschwindigkeitsempfinden, Gleichgewichtsgefühl oder sonstige positive Erleben zählt nicht zu den Grundbedürfnissen, wenn die Fortbewegung im Nahbereich anderweitig sichergestellt ist. Der Kläger benötigt das Therapedreirad nicht, um sich den Nahbereich zu erschließen. Er hat aber Anspruch auf Versorgung mit dem begehrten Hilfsmittel als Leistung der sozialen Teilhabe (§ 102 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 84 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Das Fahren mit einem Dreirad – allein oder in der Gruppe – stellt auch bei nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen eine gängige Freizeitbeschäftigung in allen Altersgruppen und in allen gesellschaftlichen Schichten dar. Es ist zum einen Freizeitvergnügen, trägt aber auch zur allgemeinen körperlichen Fitness sowie – insbesondere bei Kindern – zur Schulung von Motorik, Koordination und Gleichgewichtssinn bei und ist daher auch bei nicht behinderten Menschen unter gesundheitlichen Aspekten zu begrüßen.

*Urteil vom 23. September 2020 – L 1 KR 384/17 – rechtskräftig*

## **II. Vertragsarztrecht (KA)**

- 1. Die von einer Aufsichtsbehörde in einem Rundschreiben erteilten Hinweise können weder von ihren Adressaten noch von Dritten mit der Aufsichtsklage angefochten werden.*
- 2. Die Klagebefugnis einer Kassenärztlichen Vereinigung gegen eine aufsichtsbehördliche Maßnahme, die nicht an sie gerichtet ist, reicht nicht weiter als das Rechtsschutzbedürfnis der Krankenkassen, die Adressaten der Maßnahme sind.*

Gegenstand der Aufsichtsklage war ein Rundschreiben des damaligen Bundesversicherungsamtes vom 13. September 2018 an die bundesunmittelbaren Krankenkassen mit Hinweisen, die beim Abschluss der Vergütungsverträge zur vertragsärztlichen Versorgung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄV) zu beachten seien. Gegen das Rundschreiben wandte sich die KÄV Sachsen mit ihrer Klage beim SächsLSG. Nach dem der Senat mit Beschluss vom 17. Januar 2020 wegen entsprechender Rüge vorab seine erstinstanzliche Zuständigkeit bejaht hatte, hat er die Klage als unzulässig abgewiesen. Es fehlt bereits am Rechtsschutzbedürfnis, weil keine aufsichtsrechtliche Anordnung vorliegt. Bei dem Rundschreiben handelt es sich weder um einen Verwaltungsakt i.S.d. § 31 SGB X, noch um eine sonstige Maßnahme der Aufsichtsbehörde, die als Anordnung i.S.d. § 54 Abs. 3 SGG qualifiziert werden könnte. Da die Klägerin nicht Adressatin des mit der Klage angefochtenen Rundschreibens ist, fehlt ihr zusätzlich die Klagebefugnis. Die Klagebefugnis der KÄV als Drittbetroffener kann nicht weiter gehen als das Rechtsschutzbedürfnis der Adressaten der Aufsichtsmaßnahme, selbst wenn die Hinweise mittelbar-faktische Folgen haben können und sollen. Schließlich fehlt das Rechtsschutzbedürfnis, weil sich das Rundschreiben nach dem eigenen Vorbringen der KÄV inzwischen durch Beschluss des Bewertungsausschusses jedenfalls teilweise erledigt hat.

*Urteil vom 11. März 2020 – L 1 KA 21/18 KL –*

*(zugelassene Revision anhängig unter B 6 A 2/20 R)*

- 1. Gibt ein Vertragsarzt bei der Honorarabrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die lebenslange Arztnummer (LANR) eines angestellten Arztes an, der die abgerechneten Leistungen tatsächlich nicht erbracht hat, ist ein Vertrauensauschlussstatbestand im Sinne des § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 SGB X verwirklicht.*

*2. Auch bei einer internen Vertretung in einer Vertragsarztpraxis mit mehreren angestellten Ärzten ist immer die LANR derjenigen Person anzugeben, die die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht hat.*

Der Antragsteller, ein Facharzt für Innere Medizin, nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Er hatte fünf Ärzte angestellt, von denen einer von Januar bis November 2016 arbeitsunfähig erkrankt war. Da der Antragsteller dennoch unter der Lebenslangen Arztnummer (LANR) dieses Arztes in der Zeit von Januar bis November 2016 Leistungen gegenüber der Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet hatte, stellte diese Abrechnungsverstöße fest und forderte das unter der LANR des in dem streitigen Zeitraum erkrankten Arztes in Rechnung gestellte Honorar zurück. Der dagegen gerichtete Eilantrag des Antragstellers, den er damit begründete, die Rücknahmefrist sei verstrichen und es seien Patienten des erkrankten Arztes gewesen, war erfolglos, ebenso die Beschwerde. Nach Ansicht des Senats kommt es nicht darauf an, ob die bisherige vierjährige Frist oder die seit 11. Mai 2019 geltende kürzere Frist des § 106d Abs. 5 Satz 3 SGB V in der Fassung des TSVG anzuwenden ist. Denn der Antragsteller kann sich nicht auf Vertrauensschutz i.S.d. § 45 Abs. 2 Satz 2 SGB X berufen, weil die ihn begünstigenden Honorarbescheide für die vier Quartale 2016 auf Angaben beruhten, die er vorsätzlich oder zumindest grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hatte. Die auf seinen Angaben beruhenden Honorarbescheide für die vier Quartale 2016 waren von Anfang an rechtswidrig, weil darin Leistungen vergütet wurden, die – falls sie überhaupt erbracht wurden – jedenfalls nicht von dem Arzt erbracht worden waren, dessen LANR in der Abrechnung vom Antragsteller angegeben worden war. Soweit eine interne Vertretung stattgefunden hat, muss bei der Abrechnung die LANR der internen Vertretung angegeben werden. Es liegt auf der Hand, dass die LANR eines Arztes, der die abgerechneten Leistungen nicht erbracht hat, bei einer Abrechnung gegenüber der Antragsgegnerin nicht angegeben werden darf. Hierzu bedarf es keiner vertieften Kenntnis vertragsärztlicher Regularien.

*Beschluss vom 20. Mai 2020 – L 1 KA 2/20 B ER – rechtskräftig*

### **III. Statusfeststellungsverfahren und Betriebsprüfung (BA)**

*Eine Pflegekraft, die – vermittelt durch einen Pflegedienst, mit dem sie einen Rahmenvertrag geschlossen hat – eine 24-Stunden-Pflege bei einem Vertragspartner des Pflegedienstes übernimmt, übt eine abhängige Beschäftigung aus.*

Das Urteil des SG, wonach die Pflegekraft selbständig tätig sei, weil sich die Art und Weise der Tätigkeitsausübung speziell nach den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten bzw. der Angehörigen und nicht nach denen des Pflegedienstes gerichtet habe und dieser bereits auf Grund der Entfernung gar nicht in der Lage gewesen sei, Kontrolle auszuüben und Weisungen zu erteilen, hat das SächsLSG aufgehoben. Die Klage der Pflegekraft gegen den Statusfeststellungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde im Wesentlichen abgewiesen. Bei der Gewichtung der Indizien zur Statusbeurteilung von Pflegekräften sind die Besonderheiten zu berücksichtigen, die deren Tätigkeit aufweist. Angelehnt an die Rechtsprechung des BSG für die stationäre Pflege bringen auch hier die regulatorischen Rahmenbedingungen im Regelfall die Eingliederung von Pflegekräften in die Organisations- und Weisungsstruktur des Pflegedienstes mit sich, weshalb für die nur ausnahmsweise in Betracht kommende selbständige Tätigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn gewichtige Indizien be-

stehen müssen. So muss eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft die Gesamtverantwortung für die pflegerische Versorgung tragen und auch wirksam wahrnehmen können. Dies setzt einen so hohen Organisationsgrad zur Qualitätssicherung voraus, dass im Regelfall von einer Eingliederung der Pflegekräfte in die Organisations- und Weisungsstruktur der Pflegeeinrichtung auszugehen ist. Dies gilt auch für die ambulante Pflege im häuslichen Bereich durch Einzelpersonen oder Pflegedienste. Die häusliche Intensivpflege, wie sie hier erfolgte, umfasst sowohl Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V als auch Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI. In der häuslichen Krankenpflege sieht das Gesetz als Leistungserbringer grundsätzlich Pflegedienste und Verträge als Rechtsgrundlage für deren Beziehungen zu den Krankenkassen vor. Ein Pflegedienst im Sinne des § 71 Abs. 1 SGB XI darf daher Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nicht durch Personen erbringen, die außerhalb eines Anstellungsverhältnisses tätig sind, und demgemäß Leistungen solcher Personen auch nicht als eigene Leistungen von Angestellten des Pflegedienstes deklarieren und abrechnen.

*Urteil vom 11. März 2020 – L 1 KR 565/17 – rechtskräftig (nicht veröffentlicht)*

#### **IV. Unfallversicherung**

*1. Wenn bereits die Annahme einer unfallversicherungsrechtlich relevanten Unternehmer-eigenschaft rechtswidrig war und daraus resultierend durch den Feststellungsbescheid eines Unfallversicherungsträgers eine Formalversicherung begründet wurde, die den materiellen Gegebenheiten nicht entspricht, kann ein Festhalten an der Formalversicherung auch nicht aus den Gründen der Katasterstetigkeit abgeleitet werden. Rechtsgrundlage für die Aufhebung des Feststellungsbescheides ist dann § 44 SGB X; § 136 SGB VII findet auf diese Fälle keine Anwendung.*

*2. Ein Unternehmen im unfallversicherungsrechtlichen Sinn liegt immer dann vor, wenn die durch das Unternehmen veranlassten Tätigkeiten vom gesetzlichen Unfallversicherungsschutz erfasst werden, also jedenfalls bei Tätigkeiten nach § 2 SGB VII.*

*3. Allein die Verfolgung der satzungsmäßigen Ziele eines gemeinnützigen eingetragenen Vereins durch ehrenamtlich Tätige - auch wenn dies in Form von planmäßigen und einer für eine gewisse Dauer bestimmten Vielzahl von Tätigkeiten durchgeführt wird - führt bei dem Verein noch nicht zur Erfüllung des (gewerblichen) Unternehmerbegriffs, da angesichts der bezweckten Gemeinnützigkeit die verfolgten Ziele einen unmittelbaren wirtschaftlichen Vor- oder Nachteil nicht erkennen lassen.*

Im Streit stand die Mitgliedschaft des Klägers, eines Jagdverbandes, bei der beklagten landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft und die hieraus resultierende Beitragspflicht. Das SächsLSG hat die Beklagte im Berufungsverfahren gestützt auf § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X zur Rücknahme des Feststellungs- und der Beitragsbescheide verpflichtet. Denn im vorliegenden Fall liegt nicht die rechtswidrige Feststellung der Zuständigkeit vor, sondern es ist bereits fehlerhaft das Vorliegen eines Unternehmens angenommen worden und beruhend auf diesem Fehler die Zuständigkeit der Beklagten als Unfallversicherungsträger festgestellt worden. Zwar bleibt nach der Rechtsprechung des BSG für eine Rücknahme eines Überweisungsbescheides auf der Grundlage der allgemeinen Vorschriften in §§ 44, 45 SGB X wegen des spezialgesetzlichen Charakters des § 136 Abs. 1 Satz 4 Alt. 1 SGB VII i.V.m. § 136 Abs. 2 Satz 1 SGB VII bzw. § 136 Abs. 1 Satz 4 SGB VII i.V.m. § 48 SGB X und § 136 Abs. 2 Satz 2 SGB VII allenfalls in besonders gelagerten Ausnahmefällen Raum, z.B. in denen die Voraussetzungen einer Überweisung nach § 136 Abs. 1 Satz 4 SGB VII nicht erfüllt waren und das Festhalten an einer rechtswidrigen Überweisungsentscheidung aus Erwägungen des Rechtsstaatsprinzips nicht hinnehmbar wäre. Das gleiche muss für eine erstmalige Feststellung gelten, wenn

für diese die Voraussetzungen nicht erfüllt waren und das Festhalten an einem rechtswidrigen Zustand nicht hinnehmbar ist. Der Senat verkennt nicht, dass mit § 136 SGB VII die auf der Grundlage der §§ 114 Abs. 1, 116 f. SGB VII (Bezeichnung der Träger der Unfallversicherung), § 121 Abs. 1 SGB VII (Definition des Unternehmens) und §§ 121 ff. SGB VII (sachliche und örtliche Zuständigkeit) bestehende materielle Zugehörigkeit eines Unternehmens zu einem gewerblichen oder landwirtschaftlichen Unfallversicherungsträger formell nachvollzogen werden soll und über diesen rein deklaratorischen Akt hinaus die formelle Zuständigkeit Rechtssicherheit für das Unternehmen sowie den bescheidenden als auch die übrigen Unfallversicherungsträger gewährleistet. Wenn jedoch bereits die Annahme einer versicherungsrechtlich relevanten Unternehmereigenschaft rechtswidrig war und daraus resultierend durch den Feststellungsbescheid eine Formalversicherung begründet wurde, die den materiellen Gegebenheiten nicht entspricht, kann ein Festhalten an der Formalversicherung auch nicht aus den Gründen der Katasterstetigkeit abgeleitet werden. Die durch den Feststellungsbescheid resultierende Formalversicherung rechtfertigt auch unter Beachtung der erforderlichen Rechtssicherheit nicht, die Löschung einer anfänglich unrichtigen Aufnahme eines (unfallrechtlich nicht als Unternehmen zu qualifizierenden eingetragenen) Vereins zu verwehren. Für den vorliegenden Fall kann dahingestellt bleiben, ob bei Eintritt eines Leistungsfalls eine Anwendbarkeit von § 44 SGB X für zurückliegende Zeiträume ausgeschlossen ist. Da nach der Mitteilung der Beklagten bisher kein Versicherungsfall angezeigt wurde und auch keine Leistungsaufwendungen für den Kläger angefallen sind, erübrigen sich entsprechende Erwägungen. Vielmehr ist unter Heranziehung der Rechtsprechung des BSG zu beachten, dass eine Pflicht des Klägers, unter dem Gesichtspunkt einer etwa bestehenden sogenannten Formalversicherung Beiträge zu entrichten, nicht besteht.

*Urteil vom 5. Februar 2020 – L 6 U 63/18 –  
(Revision anhängig unter B 2 U 15/20 R)*

*Zum Vorliegen des Versicherungsschutzes bei einem Wegeunfall, wenn vor dem Hintergrund einer privaten Verrichtung ein Teil des Weges statt mit der Straßenbahn zu Fuß zurückgelegt wird.*

Die Beklagte hatte die Anerkennung eines Ereignisses vom 11. November 2015 als Arbeitsunfall abgelehnt, weil der Kläger auf dem Heimweg nach dem Ende seiner Arbeitszeit seine Hausärztin wegen eines Rezepts aufgesucht habe und nach Verlassen der Arztpraxis auf dem Weg zurück zur Straßenbahnhaltstelle als Fußgänger von einem PKW erfasst und verletzt worden sei. Das SG und das SächsLSG stellten dem gegenüber einen Arbeitsunfall fest. Ausgehend davon, dass der Kläger den tatsächlich beschrittenen Weg auch von vornherein so geplant hat – wobei sich für eine andere Bewertung keine Anhaltspunkte finden – entsprach die auf Fortbewegung gerichtete Tätigkeit im Bereich der Y-Straße/Einmündung X-Straße dem Zurücklegen des Weges, der ursprünglich aufgenommen worden war. Dabei steht der Wechsel des Verkehrsmittels (von der Straßenbahn zum Fußgänger bzw. umgekehrt) nicht von vornherein einem Unfallversicherungsschutz entgegen; auch die sonstigen konkreten Aspekte des Einzelfalles bedingen keine andere Bewertung, wobei der Kläger als Nutzer öffentlicher Verkehrsmittel und Fußgänger – auch unter Beachtung einer den Versicherungsschutz rechtfertigenden gemischten Motivationslage – andere Möglichkeiten der Wegenutzung hat als ein Nutzer von Individualfahrzeugen. Es bestanden keine Anhaltspunkte für die Annahme, dass der Kläger ohne den geplanten Arztbesuch nicht den grundsätzlich versicherten Heimweg angetreten hätte. Der Antritt der Fahrt mit der Straßenbahn der Linie xy ist objektiv erkennbar dem versicherten Heimweg zuzuordnen. Nach den überzeugenden Ausführungen war das

Antreten des Heimweges die maßgebende Handlungstendenz für den Fahrtantritt. Der Kläger hatte bereits zum Unfallzeitpunkt den versicherten Heimweg nach einer privatnützlich veranlassten Unterbrechung wieder aufgenommen.

*Urteil vom 4. März 2020 – L 6 U 13/18 –  
(Revision anhängig unter B 2 U 16/20 R)*

- 1. Zum Vorliegen der Voraussetzung der Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als Arbeitsunfall*
- 2. Ohne Vorliegen der Diagnosekriterien aus ICD-10, DSM IV und DSM- 5, insbesondere der Kriterien "Vermeidungsverhalten" und "quälendes Wiedererleben" (Flashback) ist eine PTBS als Gesundheitserstschaden nicht im Vollbeweis nachgewiesen.*

Die Klägerin begehrte die Anerkennung von drei Banküberfällen als Arbeitsunfälle, die bei ihr zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bzw. Panik- und Somatisierungsstörungen geführt hätten. Auf die Sparkassenfiliale, in der die Klägerin als Mitarbeiterin anwesend war, wurden im November 1994 innerhalb einer Woche zwei Raubüberfälle von denselben zwei Tätern verübt. Körperliche Verletzungen hatte die Klägerin dabei nicht erlitten. Psychologische oder medizinische Hilfe nahm sie nicht in Anspruch. Im Jahr 2005 konnte ein mit einem Dolch bewaffneter ehemaliger Kunde der Sparkasse von anderen Mitarbeiterinnen aus dem Kassenraum gedrängt werden. Anzeige wurde deswegen nicht erstattet. Von Juli 2003 bis Oktober 2008 befand sich die Klägerin in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung wegen beruflich bedingter Probleme und generalisierten Angst- und Somatisierungsstörungen. Die drei Ereignisse von 1994 bzw. 2005 erwähnte sie dabei nicht. Von November 2008 bis Dezember 2008 befand sich die Klägerin wegen ihrer psychischen Probleme in stationärer Behandlung, während derer diese Ereignisse erstmalig als mögliche Auslöser ihrer Panikattacken thematisiert wurden. Im Januar 2009 diagnostizierte die behandelnde Ärztin der Klägerin das Vorliegen einer PTBS wegen der Banküberfälle. Die stationäre Behandlung wurde von Februar 2009 bis April 2009 und von Januar 2011 bis März 2011 fortgesetzt. Den Antrag der Klägerin, die drei Ereignisse als Arbeitsunfälle nach § 8 SGB VII anzuerkennen, lehnte die beklagte Berufsgenossenschaft nach Einholung von fachpsychologischen Gutachten im November 2011 ab, weil der Zusammenhang der psychischen Erkrankungen mit den drei Ereignissen nicht erwiesen sei. Die Behandlung der Klägerin zulasten der Berufsgenossenschaft wurde abgebrochen. Das durchgeführte Widerspruchsverfahren verlief erfolglos.

Das zusprechende Urteil des SG hat der Senat nach Einholung weiterer fachpsychologischer bzw. fachpsychiatrischer Zusammenhangsgutachten aufgehoben und die Klage abgewiesen. Neben körperlichen können zwar auch psychische Gesundheitsstörungen als unmittelbare Folgen eines Unfallereignisses unter den Begriff "Arbeitsunfall" im Sinne des § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII subsumiert werden. Die Diagnosekriterien einer PTBS nach den Diagnosestandards ICD-10 bzw. DSM-IV und DSM-5 sind im zu entscheidenden Fall jedoch nicht erfüllt. Insbesondere quälendes, belastendes Wiedererleben (Flashbacks), das nach allen Diagnosestandards gefordert wird, ließ sich nicht objektivieren. Bis zum ersten stationären Aufenthalt der Klägerin im Dezember 2008 sind den Verwaltungsakten und den vorliegenden Gutachten psychische Reaktionen im Zusammenhang mit den Banküberfällen nicht zu entnehmen. Dasselbe gilt für das in allen Diagnosesystemen geforderte Vermeidungsverhalten, also das Vermeiden von traumaassoziierten Reizen etwa in Form des Weiterarbeitens. So hat die Klägerin über Jahrzehnte hinweg ohne ärztliche oder psychologische Hilfe weiterarbeiten, in dieser Zeit in Leitungsfunktionen aufrücken und ihren Abschluss als Betriebswirtin machen können. Mangels Objektivierbarkeit eines Gesundheitserstschadens im Vollbeweis war die Anerkennung

einer PTBS als Folge eines Arbeitsunfalls deshalb ausgeschlossen. Die übrigen diagnostizierten Erkrankungen sind nach den nachvollziehbaren fachpsychiatrischen Gutachten nicht auf ein Unfallereignis, sondern auf die Persönlichkeit der Klägerin zurückzuführen. Daher kommt auch die Qualifizierung der Überfälle als "wesentliche Teilursache" dieser Gesundheitsstörungen nicht in Betracht.

*Urteil vom 28. August 2020 – 2 U 19/15 – rechtskräftig*

- 1. Hat der Versicherte keine aner kennenswerten Gründe für einen erneuten Wohnungswechsel im Sinne der Rechtsprechung des BSG geltend gemacht, so scheidet die Gewährung einer erneuten Wohnungshilfe i.S.v. § 41 SGB VII aus.*
- 2. Der Anspruch auf eine erneute Wohnungshilfe findet seine Begrenzung in einem Verhalten des Versicherten, das dem auch im Sozialrecht anzuwendenden Grundsatz von Treu und Glauben zuwiderläuft und insbesondere ein verbotenes "venire contra factum proprium" darstellt.*
- 3. Ein solches kann vorliegen, wenn eine Wohnungshilfe in Form eines persönlichen Budgets in Höhe von 44.913 EUR zum behindertengerechten Umbau eines Hauses vollständig abgerufen, jedoch nur anderthalb Jahre später eine erneute Wohnungshilfe für den behindertengerechten Umbau eines neu erworbenen Hauses in Höhe von 66.745 EUR begehrt wird.*

Der im Jahre 1969 geborene Kläger hatte 2008 auf dem Weg zu seiner Arbeitsstelle einen Unfall, in dessen Folge ihm der linke Unterschenkel amputiert wurde. Seit 19. Dezember 2008 war er mit einem Rollstuhl versorgt. Durch Vergleichsvertrag vom 29. Oktober 2009 gewährte die Beklagte dem Kläger zur Schaffung einer behinderungsgerechten Sanitärsituation Wohnungshilfe gemäß § 41 SGB VII für den Umbau seines Hauses ein persönliches Budget in Höhe von 44.913,00 EUR. Am 10. Mai 2010 zeigte der Kläger an, dass das Bauvorhaben abgeschlossen sei und bat um Auszahlung der noch offenen Restsumme in Höhe von 8.982,60 EUR, die er auch erhielt. Bereits 2011 äußerte er gegenüber der Beklagte, ein neues Haus kaufen zu wollen. Noch bevor eine Bauberatung zustande kam, kaufte der Kläger das neue Haus. Die Beklagte bewilligte für den behinderungsgerechten Umbau eines Badezimmers ein persönliches Budget in Höhe von 3000,00 EUR. Die Übernahme des behinderungsbedingten Kostenanteils der Umbaumaßnahmen im Außenbereich (9.768,04 EUR) sowie im Haus (geschätzt 23.360,80 EUR) lehnte sie ab. Klage und Berufung waren erfolglos. Zwar ist ein Bedürfnis des Klägers nach behindertengerechtem Wohnraum i.S.v. § 41 Abs. 1 SGB VII gegeben. Der Anspruch nach § 41 SGB VII enthält weder einen im Einzelnen gekennzeichneten Leistungsrahmen, noch eine zeitliche oder zahlenmäßige Begrenzung, nach der eine erneute Leistungsgewährung vorliegend auszuschließen wäre und er erschöpft sich nicht in einer einmaligen Hilfe. Eine Begrenzung findet sich aber in dem auch im Bereich des Sozialrechts anzuwendenden Grundsatz von Treu und Glauben nach § 242 BGB. Zum einen liegen „aner kennenswerten Gründe“, die einen Wohnungswechsel rechtfertigen könnten, nicht vor und wurden nicht geltend gemacht. Vielmehr fehlt es überhaupt an nachvollziehbaren Gründen für den Wohnungswechsel, zumal die Beklagte den behindertengerechten Umbau des früheren Hauses mit einem persönlichen Budget in Höhe von 44.913,00 EUR gefördert und der Kläger noch unter dem 10. Mai 2010 davon einen letzten Restbetrag in Höhe von 8.982,60 EUR ausschöpfte, jedoch nur knapp anderthalb Jahre später am 22. Dezember 2011 den späteren Hauserwerb wegen "unerträglicher Platzprobleme" ankündigte. Dieses und das weitere Verhalten des Klägers sind unter dem Gesichtspunkt des "venire contra factum proprium", also einem Handeln, das dem eigenen Handeln widerspricht, nach dem Grundsatz von Treu und Glauben zu bewerten.

*Ein im Rahmen der eigenen unternehmerischen Tätigkeit erlittener Unfall stellt keinen Arbeitsunfall i.S.v. § 8 Abs. 1 SGB VII dar, weil es an einer versicherten Tätigkeit im Sinne einer sogenannten "Wie-Beschäftigung" nach § 2 Abs. 2 SGB VII fehlt.*

Der Kläger, Inhaber eines Gas- und Energiehandels, erlitt multiple Verbrennungen im Zusammenhang mit der Betankung eines seiner Gaslieferfahrzeuge mit Flüssiggas, das er von einer Firma für internationale Gastransporte bezogen hatte. Nach den Feststellungen des Senats zum Unfallhergang war der eigentliche Umfüllvorgang mit Anbringen der Blindkappe am Fahrzeug des Klägers abgeschlossen. Beim Aufrollen des Betankungsschlauches hin zum Gaslieferfahrzeug half der Kläger wie schon in den Jahren zuvor, indem er den Schlauch straffzog und der Mitarbeiter der Gaslieferfirma die Aufrollvorrichtung bediente, wobei es zum Gasaustritt und dann zu den Verbrennungen des Klägers kam. Der Kläger war der Auffassung, er habe den Mitarbeiter der Gastransportfirma "Wie ein Beschäftigter" i.S.v. von § 2 Abs. 2 SGB VII unterstützt, weshalb die für die Gastransportfirma zuständige Berufsgenossenschaft für seinen Arbeitsunfall einzustehen habe. Das SächsLSG hat das zusprechende Urteil des SG auf die Berufung der Berufsgenossenschaft hin aufgehoben, die Klage abgewiesen und eine unfallversicherte "Wie-Beschäftigung" verneint. § 2 Abs. 2 SGB VII will aus sozialpolitischen und rechtssystematischen Gründen den Versicherungsschutz auf Tätigkeiten erstrecken, die zwar nicht sämtliche Merkmale eines Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses aufweisen, in ihrer Grundstruktur aber einer abhängigen Beschäftigung ähneln. Nicht erforderlich ist, dass der Verletzte von dem Unternehmer persönlich oder wirtschaftlich abhängig ist. In Anwendung dieser in ständiger Rechtsprechung vertretenen Grundsätze stellt sich der gesamte Vorgang der Gaslieferung als Einheit und unternehmerisches Handeln des Klägers dar, beginnend mit den ggf. erforderlichen Vorbereitungen auf dem Firmengelände des Klägers (z.B. rechtzeitige Bereitstellung seines zu betankenden Fahrzeugs, Gewährleistung von ausreichend Platz für den Tanklastzug des Lieferanten), weitergehend mit der Durchführung der eigentlichen Betankung und nachgehend mit dem Beräumen des Firmengeländes nach dem eigentlichen Tankvorgang sowie Erledigung ggf. erforderlicher Schreibarbeiten. Soweit hier eine Tätigkeit des Klägers beim "Beräumen des Firmengeländes" in den Interessenbereich der Lieferfirma hineinreicht, folgt daraus kein Wechsel der vom Kläger ausgeübten Tätigkeit als unversicherter Unternehmer zum unfallversicherten "Wie-Beschäftigten" gemäß § 2 Abs. 2 SGB VII. Die gesamte Tätigkeit ist vielmehr getragen von der sich aus dem vom Kläger selbst geführten Unternehmen ergebenden Handlungstendenz einer selbständigen und damit nicht bei der Beklagten unfallversicherten Tätigkeit. Die Tätigkeit des Klägers diente auch der Bequemlichkeit des vom Kläger unterstützten Führers des Gastransportfahrzeugs, wobei allerdings nach den Feststellungen hier zum Aufrollen des Betankungsschlauches keine zweite Person erforderlich war, womit auch dieser Gesichtspunkt nicht zur Annahme einer "Wie-Beschäftigung" mit einer Ähnlichkeit zu einem Beschäftigungsverhältnis führt. Aus der Regelung des § 105 SGB VII ergibt sich für den Kläger nichts anderes, weil hier nur der Unternehmer, der durch den eigenen Beschäftigten zu Schaden kommt, geschützt ist.

*Urteil vom 14. Oktober 2020 – L 6 U 46/18 – rechtskräftig (nicht veröffentlicht)*

## V. Rentenversicherung

- 1. Ob eine Verlautbarung einer Behörde eine Regelung im Sinne des § 31 Satz 1 SGB X trifft, ist auch im Bereich des öffentlichen Rechts durch Auslegung des Erklärungsinhalts gemäß §§ 133, 157 BGB zu ermitteln. Maßstab ist dabei ein verständiger objektiver Erklärungsempfänger.*
- 2. Für eine Entscheidung über die Versicherungspflicht nach § 28h Abs. 2 Satz 1 SGB IV ist nicht der Träger der Rentenversicherung, sondern allein die Einzugsstelle zuständig. Einzugsstelle ist jeweils die Krankenkasse, von der die Krankenversicherung eines abhängig Beschäftigten durchgeführt wird.*
- 3. Diese Zuständigkeitsregelung ist auch anzuwenden, wenn um die Versicherungspflicht und die Beitragshöhe nur in einem Zweig der Sozialversicherung gestritten wird. Die Beteiligten sind an diese Zuständigkeitsregelung gebunden. Sie können hierüber nicht disponieren.*

Streitig war, ob die Beklagte einen Widerspruch des Klägers zu Recht als unzulässig verworfen hatte. Mit Schreiben vom Juni 2016 hatte die Deutschen Rentenversicherung dem Kläger mitgeteilt, eine Befreiung von der Versicherungspflicht sei weder möglich noch erforderlich, denn Rechtsreferendare in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis seien versicherungsfrei. Nach Intervention des Landesamtes für Steuern und Finanzen teilte sie dem Kläger dann mit Schreiben vom August 2016 mit, ihres Erachtens sei er wegen seiner Berufung in ein öffentlich-rechtliches Ausbildungsverhältnis, nicht in ein Beamtenverhältnis auf Widerruf, versicherungspflichtig in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Eine rechtsverbindliche Entscheidung hierüber treffe gemäß § 28h SGB IV die zuständige Einzugsstelle. Gegen dieses Schreiben richtete sich der Widerspruch des Klägers, der als unzulässig abgewiesen wurde. Die Klage und die Berufung hatten keinen Erfolg: Schon rein formell ist das Schreiben kein Verwaltungsakt, auch nicht vom Inhalt der Mitteilung. Mangels jeglicher Anhaltspunkte für eine Regelung im angefochtenen Schreiben vom August 2016 kann entgegen der Auffassung des Klägers dahinstehen, ob die Beklagte mit ihrem Schreiben vom Juni 2016 eine Regelung getroffen und damit einen Verwaltungsakt erlassen hatte. Der auf Feststellung der Versicherungsfreiheit während seines öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnisses als Rechtsreferendar im Freistaat Sachsen gerichtete Antrag des Klägers ist unzulässig und die Beklagte darüber hinaus für die Feststellungsklage auch nicht passivlegitimiert.

*Urteil vom 9. Dezember 2020 – L 6 R 616/18 – rechtskräftig*

## VI. Arbeitsförderung

- 1. Bedenken hinsichtlich der Verfassungsmäßigkeit der vom Gesetzgeber vorgesehenen Begrenzung auf die Beitragsbemessungsgrenze für die Ermittlung der Höhe eines Insolvenzgeldanspruches bestehen nicht.*
- 2. Die Festsetzung der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze der Arbeitslosenversicherung als Leistungsbemessungsgrenze durch den Bundesgesetzgeber verstößt nicht gegen Europarecht (Bestätigung der Senatsrechtsprechung: vgl. Urteil vom 25. Juli 2019 – L 3 AL 72/18).*

Der Kläger beehrte die Zahlung von Insolvenzgeld für eine ausgebliebene Bonuszahlung, die im Aufhebungsvertrag vereinbart war, aber wegen wirtschaftlicher Schwierigkeiten nicht mehr zur Auszahlung kam. Das SächsLSG hat die ablehnende Entscheidung der beklagten Bundesagentur bestätigt. Nach § 183 Abs. 1 Nr. 1 SGB III a.F. hatten Arbeitnehmer Anspruch auf

Insolvenzgeld, wenn sie im Inland beschäftigt waren und bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen ihres Arbeitgebers (Insolvenzereignis) für die vorausgehenden drei Monate des Arbeitsverhältnisses noch Ansprüche auf Arbeitsentgelt hatten. Diese Voraussetzungen liegen im Fall des Klägers dem Grunde nach vor. Das Insolvenzverfahren über das Vermögen seiner damaligen Arbeitgeberin wurde am 1. April 2009 eröffnet. Das Arbeitsverhältnis des Klägers endete am 30. September 2008 und er hatte für die vorausgehenden drei Monate, das heißt für die Zeit vom Juli 2008 bis zum September 2008 (Insolvenzgeldzeitraum) gegenüber seiner Arbeitgeberin noch offene Ansprüche auf Arbeitsentgelt. Die Frage, ob und in welcher Höhe die zuletzt noch offene Bonuszahlung auf den Insolvenzgeldzeitraum zu verteilen ist, kann offen bleiben. Denn entgegen der Auffassung des SG hat der Kläger keinen Anspruch auf Insolvenzgeld, da er von seiner Arbeitgeberin für den Insolvenzgeldzeitraum bereits Arbeitsentgelt erhalten hat, welches das auf die monatliche Beitragsbemessungsgrenze begrenzte Bruttoarbeitsentgelt übersteigt. Vorliegend lag das erhaltene Arbeitsentgelt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, so dass sich kein weiterer Anspruch auf Insolvenzgeld ergibt.

*Urteil vom 23. Januar 2020 – L 3 AL 67/18 –  
(Revision anhängig unter B 11 AL 1/21 R)*

- 1. § 150 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB III knüpft ausdrücklich allein an die Arbeitszeit und nicht an die Höhe des Bemessungsentgeltes oder einen anderen finanziellen Faktor an.*
- 2. Die Regelung des § 150 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB III begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.*
- 3. Die Verwaltungspraxis der Bundesagentur für Arbeit, wonach eine unbillige Härte im Sinne von § 150 Abs. 3 Nr. 3 SGB III erst vorliegt, wenn das Bemessungsentgelt aus dem erweiterten Bemessungsrahmen das um 10 % erhöhte Bemessungsentgelt aus dem Regelbemessungsrahmen übersteigt, ist nicht zu beanstanden.*
- 4. Zur Frage, ob und in welchen Fällen eine unbillige Härte im Sinne von § 150 Abs. 3 Nr. 3 SGB III auch bei einer geringeren Differenz in Betracht kommt.*

Der Kläger begehrte höheres Arbeitslosengeld ohne Berücksichtigung der Reduzierung des Arbeitsentgeltes aufgrund einer Teilzeitvereinbarung, die er wegen einer schweren Erkrankung seiner Ehefrau beantragt hatte, die wenige Monate später verstorben war. Das SächsLSG hat die Klageabweisung durch das SG bestätigt. Bei der Ermittlung des Bemessungszeitraumes können die Zeiten der aufgrund einer Teilzeitvereinbarung reduzierten Arbeitszeit nicht außer Betracht bleiben. Da die Arbeitszeit des Klägers von 40 auf 32 Stunden in der Woche und damit auf genau 80 % einer Vollzeitbeschäftigung abgesenkt wurde, liegen nach dem eindeutigen, einer Auslegung nicht zugänglichen Wortlaut der Regelung die Voraussetzungen des § 150 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB III in seinem Fall nicht vor. Dass das Arbeitsentgelt auf weniger als 80 % reduziert wurde, ändert daran nichts. Die Vorschrift knüpft ausdrücklich allein an die Arbeitszeit und nicht an die Höhe des Bemessungsentgeltes an. Es hätte dem Kläger freigestanden, eine Arbeitszeit von weniger als 80 % zu beantragen. Dass er sich vor der Beantragung der Teilzeit bei der Beklagten oder einer vergleichbar kompetenten Stelle nicht beraten ließ, kann nicht zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft gehen. Soweit die Beklagte eine Erweiterung des Bemessungsrahmens auf zwei Jahre wegen unbilliger Härte abgelehnt hat, ist auch dies – selbst bei Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalles – nicht zu beanstanden. Auf der Grundlage des in der Rechtsprechung zugrunde gelegten Verständnisses der unbilligen Härte i.S.v. § 150 Abs. 3 Nr. 3 SGB III müssen die konkreten Gründe für den Minderverdienst außer Betracht bleiben. Vom Gesetzgeber nicht gewollt und weder von

der Beklagten noch vom Gericht zu leisten ist die vom Kläger offenbar begehrte Bewertung und Berücksichtigung der Auswirkungen schicksalhafter Ereignisse und der sich im persönlichen Lebensbereich daraus ergebenden Notwendigkeiten. Diesen Umständen fehlt es aber am Bezug zum Rechtskreis der Arbeitsförderung.

*Urteil vom 11. Juni 2020 – L 3 AL 120/18 – rechtskräftig*

- 1. § 44 SGB III ist für Leistungsberechtigte nach dem SGB III nicht anders auszulegen als für Leistungsberechtigte nach dem SGB II.*
- 2. In eine ermessenslenkende Weisung zur Förderung aus dem Vermittlungsbudget kann unter anderem auch einfließen, dass zwar sowohl im Recht der Arbeitsförderung als auch im Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende in bestimmten Fällen ein Förderbedarf bei der Anbahnung oder Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in bestimmter Weise und bestimmtem Umfang bestehen kann, dass aber im Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende stets auch ein gesteigerter Förderbedarf bestehen kann, der sich daraus ergibt, dass eine Leistungsberechtigung nach dem SGB II zwingend eine Hilfebedürftigkeit im Sinne von § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, § 9 SGB II voraussetzt.*
- 3. Wenn alle sonstigen Voraussetzungen für eine Förderung aus dem Vermittlungsbudget vorliegen, steht der Umstand, dass der Betreffende "alleinstehend" ist, einem Anspruch auf Förderung nicht notwendigerweise im Wege*

In der Sache ging es um Leistungen aus dem Vermittlungsbudget zur Förderung der beruflichen Eingliederung. Eine Frage grundsätzlicher Bedeutung konnte das SächsLSG nicht feststellen. Die Frage, ob § 44 SGB III für Leistungsberechtigte nach dem SGB III anders auszulegen ist als für Leistungsberechtigte nach dem SGB II, ist zu verneinen. Die formulierte Rechtsfrage zielt im Kern auch nicht auf die Auslegung der Tatbestandselemente des § 44 SGB III. Vielmehr hat sie die Handhabung des Ermessensspielraumes, den der Gesetzgeber der zuständigen Behörde eingeräumt hat, im Blick. Nicht klärungsbedürftig ist, "ob Familienheimfahrten auch für alleinstehende Anspruchsberechtigte nach § 44 SGB III notwendig sein können." Die Frage ist klar mit "ja" zu beantworten.

*Beschluss vom 6. August 2020 – L 3 AL 15/20 NZB – rechtskräftig*

- 1. Krankengeld stellt kein Arbeitsentgelt i.S.v. § 151 SGB III dar und ist damit nicht bei der Berechnung des Leistungsentgeltes i.S.v. § 153 SGB III zu berücksichtigen.*
- 2. Bei dem Ergebnis einer Online-Selbstberechnung eines Anspruches auf Arbeitslosengeld handelt es sich um einen Orientierungswert und nicht um eine Zusicherung i.S.v. § 34 SGB X.*
- 3. Von dem Anwendungsbereich des als Ausnahmenvorschrift eng auszulegenden § 330 Abs. 1 Alt. 2 SGB III sind von vornherein Fallgestaltungen nicht erfasst, in denen die Verwaltung eine bei Erlass des Verwaltungsakts bereits bestehende ständige höchstrichterliche Rechtsprechung nicht ausreichend berücksichtigt oder fehlerhaft interpretiert hat.*

Die Klägerin begehrte im Überprüfungsverfahren höheres Arbeitslosengeld, weil das Krankengeld ohne fiktive Berechnung zu berücksichtigen sei. Sie forderte den im Rahmen der Online-Selbstberechnung ausgerechneten Betrag. Die Berufung der Klägerin hatte beim SächsLSG zwar teilweise Erfolg, allerdings nicht, soweit die Beklagte als Bemessungsentgelt ein fiktives Arbeitsentgelt der Qualifikationsgruppe 3 berücksichtigt und das Ergebnis der Online-Selbst-

berechnung unberücksichtigt gelassen hat. Vorliegend umfasst der Bemessungsrahmen gemäß § 150 Abs. 1 Satz 2 SGB III die Zeit vom 1. September 2014 bis zum 31. August 2015. Innerhalb dieses Zeitraums bezog die Klägerin jedoch kein Arbeitsentgelt, sondern allein Krankengeld und somit kein zu berücksichtigendes Leistungsentgelt i.S.d. § 149 SGB III i.V.m. § 153 SGB III, so dass der Bemessungsrahmen nach § 150 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB III auf die Zeit vom 1. September 2013 bis zum 31. August 2015 zu verlängern ist. Nach § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV gilt eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt als fortbestehend, solange das Beschäftigungsverhältnis ohne Anspruch auf Arbeitsentgelt fort dauert, jedoch nicht länger als einen Monat. § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV gilt nicht, wenn Krankengeld, Krankentagegeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Mutterschaftsgeld oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld bezogen oder Elternzeit in Anspruch genommen oder Wehrdienst oder Zivildienst geleistet wird (vgl. § 7 Abs. 3 Satz 3 SGB IV). Danach ist Krankengeld als Lohnersatzleistungen kein Arbeitsentgelt aus einem Beschäftigungsverhältnis im Sinne der Vorschrift. Ein höherer Anspruch ergibt sich auch nicht aufgrund der von der Klägerin durchgeführten Online-Selbstberechnung und des insoweit aus ihrer Sicht geschaffenen Vertrauens. Als Rechtsgrundlage käme insofern allein ein Anspruch auf höheres Arbeitslosengeld auf Grund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches in Betracht. Denn eine Zusicherung im Sinne von § 34 SGB X erfolgt durch die selbst durchgeführte Berechnung mangels einer von der zuständigen Behörde schriftlich erteilten Zusage, einen bestimmten Verwaltungsakt später zu erlassen, nicht. Es ist bereits nicht erkennbar, dass die Beklagte eine ihr gegenüber der Klägerin obliegende Haupt- oder Nebenpflicht verletzt hat. Einem Leistungsanspruch auf Grund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches steht zudem bereits grundsätzlich entgegen, dass das von der Klägerin behauptete pflichtwidrige Verwaltungshandeln nicht durch eine zulässige Amtshandlung ersetzt werden könnte.

*Urteil vom 10. Dezember 2020 – L 3 AL 196/17 – rechtskräftig*

## **VII. Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II)**

*Bei der Fahrkostenerstattung, die ein Arbeitnehmer von seinem Arbeitgeber für betrieblich veranlasste Fahrten mit seinem eigenen Pkw erhält, handelt es sich um eine Einnahme i.S.v. § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB II aus einer gegenüber dem Erwerbseinkommen eigenständigen Einkommensquelle. Denn die erzielten Einnahmen sind eine Gegenleistung für die Gebrauchsüberlassung seines privaten Kraftfahrzeuges an seinen Arbeitgeber.*

Der Kläger war als Mitarbeiter eines Begleitedienstes im Fahrdienst mit schwankendem Einkommen beschäftigt und bezieht ergänzend seit längerem Leistungen nach dem SGB II. Das Erwerbseinkommen floss ihm jeweils im laufenden Monat zu. Für betriebliche Fahrten mit seinem eigenen Pkw erstattete ihm seine Arbeitgeberin aufgrund einer mündlichen Abrede einen Betrag in Höhe von 0,30 EUR für jeden mit dem Privatfahrzeug gefahrenen Kilometer. Diese wurde in den monatlichen Gehaltsabrechnungen als nicht sozialversicherungspflichtig und steuerfrei (brutto = netto) ausgewiesen. Das Jobcenter errechnete im Rahmen der endgültigen Bewilligungsentscheidungen Erstattungsbeträge. Das SächsLSG hat das Jobcenter verpflichtet, dem Kläger Leistungen zu gewähren, ohne die Fahrkostenerstattung durch den Arbeitgeber als Erwerbseinkommen zu berücksichtigen. Bei der Fahrkostenerstattung handelt es sich um Einkommen im Sinne von § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB II, nicht um eine sogenannte zweckbe-

stimmte Leistung gemäß § 11a Abs. 3 Satz 1 SGB II. Grund der Zahlung der Fahrkostenerstattung war zwar, die Nutzung des Privatfahrzeugs zu rein betrieblichen Zwecken (mit) zu finanzieren. Es handelt sich auch nicht um einen Aufwendungsersatz nach § 670 BGB, der als „durchlaufender Posten“ nicht zu einem wertmäßigen Zuwachs führen würde. Die Fahrkostenerstattung stellt jedoch kein weiteres Erwerbseinkommen dar. Es ist kein Raum für die Berechnung des Beklagten, die Fahrkostenerstattung zu dem Erwerbseinkommen des Klägers zu addieren und lediglich einen Betrag von 0,10 EUR für jeden gefahrenen Kilometer in Abzug zu bringen mit der Folge, dass die Aufwendungen letztlich zu Lasten des Leistungsberechtigten unberücksichtigt bleiben. Es handelt sich vielmehr um eine Einnahme im Sinne von § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB II aus einer gegenüber dem Erwerbseinkommen eigenständigen Einkommensquelle. Der Kläger erhält nur das vertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt als unmittelbare Gegenleistung für seine Arbeitspflicht. Demgegenüber stellt die Fahrkostenerstattung eine Gegenleistung für die – wirtschaftlich betrachtet – zeitweise Überlassung seines privaten Kraftfahrzeuges an seine Arbeitgeberin für deren betriebliche Zwecke dar.

*Urteil vom 6. Februar 2020 – L 3 AS 535/18 –  
(zugelassene Revision anhängig unter B 14 AS 41/20 R)*

*Eine nicht mit einer Nebenbestimmung versehene Zusicherung zum Umzug erledigt sich nicht im Sinne von § 39 Abs. 2 Alt. 5 SGB X mit der erstmaligen Bewilligung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II. Sie gilt grundsätzlich solange, bis in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, die nach Maßgabe von § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB II i.V.m. § 48 SGB X sowie § 40 Abs. 2 Nr. 3 SGB II i.V.m. § 330 Abs. 3 Satz 1 SGB III die Aufhebung einer Bewilligungsentscheidung rechtfertigen würde, oder ein Wegfall der Bindung an die Zusicherung im Sinne von § 34 Abs. 3 SGB X eintritt.*

Die seit längerem im Leistungsbezug stehende Klägerin musste wegen des anstehenden Städteumbaus ihre Wohnung wechseln und erhielt für eine neue Wohnung in derselben Straße 2008 eine Zusicherung. 2014 stellte das Jobcenter fest, dass die Miete unangemessen hoch sei, forderte die Klägerin zur Kostensenkung auf und bewilligte nach Fristablauf rund 30 EUR weniger als bislang. Mit ihren Klagen begehrte die Klägerin die Bewilligung der vollen Miete einschließlich einer zwischenzeitlichen Mieterhöhung. Das SG und das SächsLSG haben ihr Recht gegeben. Die Klägerin hat aufgrund der ihr mit Bescheid vom Februar 2008 erteilten Zusicherung Anspruch auf Übernahme der von ihr begehrten Unterkunftskosten. Es kann offenbleiben, ob die maßgebliche KdU-Richtlinie den Anforderungen der ständigen Rechtsprechung des BSG an ein schlüssiges Konzept und dessen Fortschreibung entspricht. Es ist auch ohne Belang, dass der Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom Juli 2014 gemäß § 22 Abs. 1 Satz 4 SGB II zur Senkung ihrer Unterkunftskosten aufgefordert hat. Denn diese Kostensenkungsaufforderung geht ins Leere. Anhaltspunkte für eine Unwirksamkeit der Zusicherung i.S.v. § 34 Abs. 2 SGB X sind weder vorgetragen noch ersichtlich. Ob und in welchem Umfang das Jobcenter die Zusicherung zurücknehmen oder aufheben könnte, bedarf keiner Klärung. Bislang erging kein entsprechender Widerrufs- oder Rücknahmebescheid. Ein derartiger Bescheid kann insbesondere nicht in der Kostensenkungsaufforderung vom Juli 2015 gesehen werden. Schließlich kann sich der Beklagte auch nicht auf § 34 Abs. 3 SGB X berufen, der spezialgesetzlich den Wegfall der Geschäftsgrundlage regelt. Denn die Sach- oder Rechtslage hat sich nicht derart geändert, so dass die Bindung an die erteilte Zusicherung nicht entfallen ist. Schließlich erledigt sich eine nicht mit einer Nebenbestimmung versehene Zusicherung

zum Umzug auch nicht im Sinne von § 39 Abs. 2 Alt. 5 SGB X mit der erstmaligen Bewilligung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II.

*Urteil vom 6. Februar 2020 – L 3 AS 741/17 – rechtskräftig*

*Die Berücksichtigung von Zuwendungen der Deutschen Künstlerhilfe als Einkommen wäre für den Zuwendungsempfänger grob unbillig bzw. würde für ihn eine besondere Härte bedeuten, soweit sie in einer gemischten Bedarfsgemeinschaft den Bedarf einer anderen Person decken sollen.*

Im Streit ist die abschließende Entscheidung über monatliche Leistungsansprüche unter Berücksichtigung von monatlichen Teilbeträgen einer im November 2013 zugeflossenen Zuwendung von 3.000 EUR der Deutschen Künstlerhilfe als Einkommen. Die Berücksichtigung der Frau Y erbrachten Zuwendung der Deutschen Künstlerhilfe scheidet nach Auffassung des Senats jedenfalls als Einkommen des Klägers aus, soweit sie – aufgeteilt und zusammen mit dem weiteren zu berücksichtigenden Einkommen von Frau Y – deren Bedarf übersteigt, da dies sonst für sie grob unbillig wäre (§ 11a Abs. 5 Nr. 1 SGB II) bzw. eine besondere Härte bedeuten würde (§ 84 Abs. 2 SGB XII), was hier aufgrund der sog. gemischten Bedarfsgemeinschaft trotz sprachlich voneinander abweichenden Regelungen in beiden Existenzsicherungssystemen einheitlich zu beurteilen ist. Die Deutsche Künstlerhilfe erbringt Frau Y eine Zuwendung i.S.d. § 11a Abs. 5 SGB II und § 84 Abs. 2 SGB XII, da es sich um eine Geldleistung handelt, auf die kein Rechtsanspruch besteht (§ 2 Abs. 2 Satz 1 der maßgeblichen Satzung). Damit ist die Deutsche Künstlerhilfe zur Erbringung ihrer Zuwendungen rechtlich nicht verpflichtet. Dem steht auch nicht entgegen, dass Frau Y aufgrund einer positiven Förderungsentscheidung auf Dauer gefördert wird (vgl. Schreiben des Bundespräsidialamts), da auch diese Zuwendungen unter dem Vorbehalt der bestehenden "finanzielle(n) Bedrängnis" (§ 2 Abs. 1 Satzung, § 1 Richtlinien) erbracht werden und damit nicht nur die Zuwendungshöhe von Bedingungen abhängt, wozu auch die Anrechnung der Zuwendungen auf existenzsichernde Leistungen zählen soll. Davon abgesehen spricht unter Würdigung von Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zwecks des § 11a Abs. 5 Nr. 1 SGB II bzw. § 84 Abs. 2 SGB XII einiges dafür, bei regelmäßigen Zuwendungen identischer Art für die Frage der freiwilligen Erbringung auf die grundsätzliche Zuwendungsentscheidung und nicht auf die nachfolgende Entscheidung über die Zuwendungshöhe abzustellen. Ob die Berücksichtigung der Zuwendungen der Deutschen Künstlerhilfe grob unbillig wäre bzw. eine besondere Härte bedeuten würde, ist in Bezug auf Frau Y und nicht auf den Kläger zu beurteilen, da beide Vorschriften hierfür ausdrücklich Bezug auf den leistungsberechtigten Zuwendungsempfänger nehmen. Entscheidend ist allein, ob die Berücksichtigung der auf Teilbeträge aufgeteilten Zuwendung für Frau Y grob unbillig wäre bzw. eine besondere Härte bedeuten würde, soweit sie ihren Bedarf übersteigen und vom Beklagten beim Kläger als dessen Bedarf deckendes Einkommen berücksichtigt wurden. Daher bedarf keiner Entscheidung, ob Zuwendungen der Deutschen Künstlerhilfe von vornherein nicht als Einkommen im Existenzsicherungsrecht nach dem SGB II und SGB XII zu berücksichtigen sind. Zweck der Deutschen Künstlerhilfe ist die Unterstützung ausgewählter Künstler und Schriftsteller, die mit ihrem Werk eine kulturelle Leistung für die Bundesrepublik Deutschland erbracht haben und in finanzielle Bedrängnis geraten sind. Damit soll den Zuwendungsempfängern einerseits für die "Bereicherung der geistig-künstlerischen Ausdruckskraft der Nation" gedankt, mithin deren Verdienste gewürdigt werden, und ihnen andererseits trotz "Krankheit, Alter oder widrige Umstände" ein weiteres "würdevolles" Arbeiten ermöglicht werden, was einer "Aufrechnung mit Wohlfahrtsfürsorge" entgegensteht. Ob bereits deswegen für Zuwendungen der Deutschen Künstlerhilfe stets § 11a Abs. 5 Nr. 1

SGB II bzw. § 84 Abs. 2 SGB XII anzuwenden ist, kann hier dahinstehen, da dies jedenfalls gilt, soweit sie bei einem anderen als dem Zuwendungsempfänger als bedarfsdeckendes Einkommen berücksichtigt werden sollen.

*Urteile vom 23. April 2020 – L 7 AS 652/17 und L 7 AS 653/17 – rechtskräftig*

*Wird eine Eignungsabklärung als Maßnahme erbracht, ist ein Mehrbedarf bei Behinderung anzuerkennen.*

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund hatte der Klägerin aufgrund eines Rentenverfahrens wegen verminderter Erwerbsfähigkeit dem Grunde nach Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie eine Eignungsabklärung bewilligt, welche sie als Pendlerin im Beruflichen Trainingszentrum (BTZ) bei einer täglichen Arbeitszeit von mindestens vier bis höchstens acht Stunden ohne Anrechnung von Pausen durchführte. Von Oktober 2014 bis März 2015 nahm sie sodann an einer beruflichen Trainingsmaßnahme teil, für die ihr Übergangsgeld bewilligt wurde. Den Antrag auf Mehrbedarf bei Behinderung lehnte das Jobcenter ab. Das stattgebende Urteil des SG hat der Senat bestätigt: Da der Klägerin mit der Eignungsabklärung von März bis Mai 2014 in der Rehabilitationseinrichtung eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben als Maßnahme erbracht wurde, liegen die sachbezogenen Voraussetzungen des § 21 Abs. 4 Satz 1 SGB II vor. Der Mehrbedarf nach § 24 Abs. 1 Satz 1 SGB II setzt die Teilnahme an einer regelförmigen besonderen Maßnahme voraus, die grundsätzlich geeignet ist, einen Mehrbedarf auszulösen. Unter Beachtung der in der Rechtsprechung des BSG aufgestellten Kriterien handelt es sich bei der von März bis Mai 2014 durchgeführten Eignungsabklärung um eine Maßnahme. Deren Ziel war die Auswahl erforderlicher und geeigneter Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, um durch derartige Leistungen die auch behinderungsbedingt erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin abwenden zu können. Hierfür war die Eignungsabklärung „erforderlich“. Weiterhin erfolgte die Ausführung der Eignungsabklärung nach einem Rehabilitationskonzept der in Anspruch genommenen Rehabilitationseinrichtung in einem vorab festgelegten Zeitplan und organisatorisch zusammenhängenden Rahmen (vgl. Rehabilitationsvertrag). Ob die Eignungsabklärung speziell auf die Bedürfnisse von behinderten Menschen zugeschnitten ist, kann dahinstehen und es handelte sich auch nicht nur um kurze Gespräche, wie sie auch im Rahmen der Vermittlung durch den Grundsicherungsträger erfolgen, um eine alleinige Kontaktaufnahme mit Beratung oder um ein offen ausgestaltetes Projekt bei weitgehend freier Gestaltbarkeit der Teilnahme an einzelnen Veranstaltungen ohne fachlichen oder inhaltlichen Zusammenhang. Schließlich steht einer Maßnahme i.S.d. § 21 Abs. 4 Satz 1 SGB II nicht die Beauftragung und Kostenträgerschaft der DRV Bund entgegen. § 21 Abs. 4 Satz 1 Alt. 1 SGB II erfasst eine als Maßnahme erbrachte Eignungsabklärung, auch wenn sie „rechtstechnisch“ nicht zu den von § 33 Abs. 3 SGB IX a.F. (§ 49 Abs. 3 SGB IX n.F.) umfassten Leistungen gehört und im Teilhabeverfahren dem „Verwaltungsverfahren“ zugerechnet wird. Entscheidend für die eine als Maßnahme erbrachte Eignungsabklärung umfassende Auslegung des § 21 Abs. 4 SGB II sind dessen Sinn und Zweck, in typisierender Weise pauschalierte, nicht vom Regelbedarf erfasste Bedarfe auszulösen, und Gründe der Gleichbehandlung mit von § 33 Abs. 3 SGB IX a.F. (§ 49 Abs. 3 SGB IX n.F.) umfassten Leistungen, soweit sie ebenso als Maßnahmen erbracht werden.

*Urteil vom 16. Juli 2020 – L 7 AS 832/17 – rechtskräftig*

*Wenn ein Mieter ein Betriebskostenguthaben entsprechend einer Abrede mit dem Vermieter mit einer fälligen Mietzahlung verrechnet, erfolgt der wertmäßige Zuwachs beim Mieter erst mit der Verrechnung und nicht bereits mit der Bekanntgabe des Betriebskostenguthabens durch den Vermieter.*

Nachdem die Klägerin im September 2016 die Betriebskostenabrechnung beim Beklagten eingereicht und mitgeteilt hatte, dass das Guthaben mit der Oktobermiete verrechnet worden sei, änderte der Beklagte daraufhin die Leistungen für November 2016 ab, reduzierte die der Klägerin zu bewilligenden Leistungen und rechnete im November 2016 das Guthaben aus der Nebenkostenabrechnung 2014/2015 an. Widerspruch, Klage und Berufung hatten keinen Erfolg. Rechtsgrundlage für die Anrechnung des Betriebskostenguthabens ist § 22 Abs. 3 Halbsatz 1 SGB II in der seit 1. August 2016 geltenden Fassung. Danach mindern Rückzahlungen und Guthaben, die dem Bedarf für Unterkunft und Heizung zuzuordnen sind, die Aufwendungen für Unterkunft und Heizung nach dem Monat der Rückzahlung oder der Gutschrift. Auch bei dem sich aus einer Betriebskostenabrechnung ergehenden Guthaben handelt es sich um Einkommen im Sinne von § 11 SGB II. Allerdings ist § 22 Abs. 3 SGB II insoweit *lex specialis* zu den §§ 11 ff. SGB II, als Rückzahlungen und Guthaben nicht nach den allgemeinen Regelungen in den §§ 11 ff. SGB II zu berücksichtigen sind, sondern ausschließlich dem Bedarfsermittlungsregime des § 22 SGB II zu unterstellen und unmittelbar von den Aufwendungen für Unterkunft und Heizung abzusetzen sind. Maßgebend ist auch für Rückzahlungen und Guthaben i.S.v. § 22 Abs. 3 SGB II entsprechend dem allgemeinen, im Grundsicherungsrecht geltenden Grundsatz, dass als Einkommen nur das berücksichtigt werden darf, was auch tatsächlich verfügbar ist, also bereit steht und bedarfsbezogen verwendet werden kann. Entscheidend ist also, wann Einkommen, im Falle von § 22 Abs. 3 SGB II eine Rückzahlung und ein Guthaben, als zugeflossen gilt. Vorliegend besteht allerdings die Besonderheit, dass der Vermieter die Klägerin zwar bereits mit der mit Schreiben vom September 2016 übermittelten Betriebskostenabrechnung über die Höhe des Guthabens informierte, er das Guthaben der Klägerin aber, anstelle einer ansonsten erforderlichen Rückzahlung, zur Tilgung der zum 1. Oktober 2016 fälligen Miete zur Verfügung stellte. Durch die Annahme dieses Angebotes zur Zahlung der Miete für Oktober 2016 durch die Klägerin trafen die Mietvertragsparteien eine Sonderabrede betreffend die Miete für diesen Monat. Damit erfolgte erst mit der Verrechnung des Guthabens mit der zum 1. Oktober 2016 fälligen Miete der "wertmäßige Zuwachs" bei der Klägerin im Oktober 2016, weil erst die Zahlung des verbleibenden Restbetrages zur Tilgung der fälligen Mietzahlung führt. Damit stand das Guthaben der Klägerin im Oktober 2016 als sogenanntes "bereites Mittel" zur Verfügung. Dies hat zur Folge, dass gemäß § 22 Abs. 3 SGB II das Guthaben nicht die Aufwendungen für Unterkunft und Heizung für Oktober 2016, sondern diejenigen des auf die Gutschrift folgenden Monats November 2016 mindert.

*Urteil vom 17. September 2020 – L 3 AS 709/18 – rechtskräftig*

*Zur Auszahlung von Arbeitslosengeld II an einen Leistungsberechtigten ohne Girokonto und gültigen Personalausweis durch Übergabe von Auszahlscheinen mit Barcode*

Grundsätzlich erfolgt die Auszahlung von Geldleistungen nach dem SGB II (§ 11 Satz 1, § 19a Abs. 1 Nr. 2 SGB I, § 1 Abs. 3 Nr. 3, § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB II) unbar durch Überweisung auf ein Konto (§ 42 Abs. 3 Satz 1 SGB II in der o.g., ab dem 1. August 2016 geltenden, Fassung; mit Wirkung zum 1. Dezember 2021 aufgehoben durch Art. 3 Nr. 2, Art. 28 Abs. 5 des Gesetzes v. 12. Juni 2020, BGBl. I, S. 1248, 1256, 1283). Eine derartige Überweisung scheidet hier aus, da der Antragsteller über kein eigenes Konto im Sinne vorgenannter Vorschrift verfügt.

Dem steht auch nicht sein Tagesgeldkonto bei der B-Bank entgegen, da es ohne Giro-/Referenzkonto nicht für den alltäglichen Zahlungsverkehr geeignet ist, und die Bank die Eröffnung eines entsprechenden Kontos abgelehnt hat. Weiterhin hat der Antragsteller auch kein zur Überweisung von Geldleistungen geeignetes anderes Konto, über das er verfügen kann bzw. ggf. will (zur vom Antragsteller abgelehnten Überweisung auf ein Konto seiner Eltern u.a.), angegeben. Daher kann dahinstehen, ob die Überweisung nach § 42 Abs. 3 Satz 1 SGB II stets ein eigenes Konto des Leistungsberechtigten, über das er auch verfügen kann, voraussetzt. Dahinstehen kann weiterhin, ob für den Antragsteller eine Obliegenheit zur Eröffnung und Angabe eines für Überweisungen geeigneten Kontos besteht – zumal mittlerweile unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Abschluss eines Basiskontenvertrags besteht (§ 31 Abs. 1 Satz 1 ZKG i.d.F. des Gesetzes v. 11. April 2016, BGBl. I, S. 720), wozu indes u.a. die Vorlage eines gültigen Identitätsnachweises gehören dürfte –, da der Antragsgegner ein ihm ggf. zustehendes Zurückbehaltungsrecht (§ 273 BGB in unmittelbarer bzw. entsprechender Anwendung) nicht ausübte. Vielmehr übermittelte der Antragsgegner dem Antragsteller (auch) für September bis November 2019 monatlich 405,00 EUR auf dem "Zahlweg kostenpflichtiger Scheck", ohne sich bis zur Überweisung auf ein geeignetes Konto des Antragstellers auf dessen Obliegenheiten zur Eröffnung und Angabe eines entsprechenden Kontos zu berufen. Daher kann ebenso dahinstehen, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen der Antragsteller ein (Wahl-)Recht auf Übermittlung nach § 42 Abs. 3 Satz 1 SGB II (Überweisung auf ein Konto) oder § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB II (Übermittlung an den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt) hat. Durch die Übersendung "kostenpflichtiger Schecks" an den Antragsteller sind dessen Zahlungsansprüche nicht erfüllt, da er sie nicht erfüllungshalber angenommen hat und der Senat zumindest in diesem Verfahren nicht von der Verhinderung des Eintritts der Erfüllungswirkung wider Treu und Glauben ausgeht.

*Beschluss vom 29. Oktober 2020 – L 7 AS 1170/19 B ER – rechtskräftig*

*1. Wiederholte und mehrfach monatlich anfallende Aufwendungen für Fahrten zu ambulanten ärztlichen Behandlungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, können im Einzelfall einen unabweisbaren laufenden besonderen Bedarf im Sinne des § 21 Abs. 6 SGB II darstellen (Aufgabe von LSG Chemnitz vom 25. September 2013 – L 7 AS 83/12 NZB).*

*2. Die Trennung der Leistungssysteme der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der gesetzlichen Krankenversicherung steht einem Anspruch nach § 21 Abs. 6 Satz 1 SGB II nicht grundsätzlich entgegen.*

Es ist zu unterscheiden zwischen dem Fall, in dem der Ausfall der Bedarfsdeckung durch die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung des Versicherten zur Zuzahlung oder vorläufigen/endgültigen Tragung eines Eigenanteils, wie etwa nach § 29 Abs. 2 SGB V für die kieferorthopädische Versorgung, erfolgt und dem Fall, dass dem Leistungsberechtigten durch eine medizinisch notwendige Behandlung deswegen regelmäßig Kosten entstehen, weil Leistungen der Krankenversicherung etwa wegen ihres geringen Abgabepreises, aus sonstigen Kostengründen oder aus systematischen/sozialpolitischen Gründen von der Versorgung nach dem SGB V ausgenommen werden. In ersterem Fall sieht § 62 SGB V auch für Bezieher von Leistungen nach dem SGB II eine Zuzahlung bis zur Belastungsgrenze vor und § 29 Abs. 2 SGB V fordert den Eigenanteil an der kieferorthopädischen Versorgung als Vorleistung des Versicherten bis zum endgültigen Abschluss der Behandlung ohne Ausnahme. SGB II-Leistungsempfänger haben demnach Zuzahlungen und die Vorleis-

tung des Eigenanteils aus dem Regelbedarf zu erbringen. Werden, wie im zweiten Fall, Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Behandlung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, kann aber grundsätzlich ein Anspruch auf eine Mehrbedarfsleistung entstehen. Der grundsätzliche Ausschluss der Übernahme der Fahrtkosten der Klägerin zur ambulanten ärztlichen Behandlung ist der zweiten Fallgruppe zuzuordnen, so dass ein Anspruch auf Mehrbedarfsleistung nach dem SGB II nicht ausgeschlossen ist. Der Gesetzgeber hat hinsichtlich der Übernahme von Kosten von medizinisch Notwendigem durch die GKV von seinem Gestaltungsspielraum Gebrauch gemacht und Fahrtkosten zu notwendigen Behandlungen aus dem Leistungskatalog der GKV grundsätzlich entfernt. Diese werden nur noch in eng definierten Ausnahmefällen von der GKV übernommen und zwar dann, wenn der Transport selbst medizinisch indiziert ist, was hier nicht der Fall ist. Deswegen muss sich die Klägerin auch nicht auf einen aussichtslosen Rechtsstreit mit der GKV verweisen lassen. An seiner anderslautenden Entscheidung vom 25. September 2013, L 7 AS 83/12 NZB (Einzelrichter) hält der Senat nicht länger fest.

*Urteil vom 5. November 2020 – L 7 AS 83/17 – rechtskräftig*

- 1. Bei der Zusicherung im Sinne des § 22 Abs. 4 SGB II handelt es sich um einen auf eine Geldleistung gerichteten Verwaltungsakt im Sinne des § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG i.V.m. § 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG (insoweit Aufgabe von LSG Chemnitz vom 26. Oktober 2015 – L 7 AS 932/15 B ER und vom 19.12.2016 – L 7 AS 1001/16 B ER).*
- 2. Zur Frage des Rechtsschutzbedürfnisses für eine einstweilige gerichtliche Regelung zur vorläufigen Zusicherung im Sinne des § 22 Abs. 4 SGB II.*

Zwar ist die von der Antragstellerin begehrte Zusicherung nicht unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet. Allerdings ist es für § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG ausreichend, wenn der streitige Verwaltungsakt zu einer Geldleistung oder zu einem geldwerten Vorteil führt, d.h. "hierauf gerichtet ist". Dies ist vorliegend der Fall. Bei der Zusicherung nach § 22 Abs. 4 Satz 1 SGB II sowie der Ablehnung dieser Zusicherung handelt es sich um einen Verwaltungsakt im Sinne der §§ 31 und 34 SGB X. Gegenstand der Zusicherung nach § 22 Abs. 4 Satz 1 SGB II ist die Übernahme der Unterkunftskosten für eine konkrete Unterkunft in konkreter Höhe. Deshalb unterfällt der Streit um die Zusicherung nach § 22 Abs. 4 Satz 1 SGB II dem Anwendungsbereich von § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG (der erkennende Senat nimmt insoweit zukünftig Abstand von der noch anderslautenden Rechtsprechung des Senats mit Beschluss vom 26. Oktober 2015 - L 7 AS 932/15 B ER – und mit Beschluss vom 19. Dezember 2016 – L 7 AS 1001/16 B ER –). Entsprechendes gilt für die Zusicherung der Übernahme der Umzugskosten nach § 22 Abs. 6 Satz 1 SGB II. Wirtschaftlich steht hinter dem Zusicherungsbegehren der Antragstellerin das Interesse, künftig die Umzugskosten und die kostendeckenden Leistungen der Unterkunft und Heizung für eine bestimmte Wohnung zu erhalten. Der Wert des Beschwerdegegenstandes ergibt sich damit zum einen aus der Differenz der Kosten der Unterkunft und Heizung der Wohnung, in die sie einzuziehen beabsichtigt und der derzeit von ihr bewohnten Wohnung. Im zeitlichen Umfang ist das Interesse der Zusicherung – wie auch in anderen Fallgestaltungen der Leistungsgewährung nach dem SGB II –

begrenzt auf die Dauer eines Regelbewilligungsabschnitts, mithin auf zwölf Monate (§ 41 Abs. 3 Satz 1 SGB II).

*Beschluss vom 15. Dezember 2020 – L 7 AS 245/20 B ER – rechtskräftig*

## **VIII. Sozialhilferecht**

*Auch bei Pflege durch beschäftigte Pflegefachkräfte im Rahmen des Arbeitgebermodells und bei einer "Rund-um-die-Uhr-Versorgung" ist ein Bedarf nach § 64a Abs. 1 SGB XII nicht ausgeschlossen.*

Die 1984 geborene Antragstellerin wird 24 Stunden am Tag invasiv beatmet. Neben Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII bezieht sie Pflegegeld nach dem SGB XI im Pflegegrad 4. Zudem bewilligte die beigeladene Krankenkasse der Antragstellerin für die Zeit von Juni 2020 bis Juni 2021 ein trägerübergreifendes persönliches Budget von monatlich 23.000 EUR zur Sicherstellung des 24-stündigen Versorgungsbedarfes. Das persönliche Budget umfasst anteilig Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen der Eingliederungshilfe in Verbindung mit Leistungen der Hilfe zur Pflege. Den im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes gegen den zuständigen Träger der Sozialhilfe gerichteten Antrag auf Gewährung von Pflegegeld nach § 64a SGB XII in Höhe von monatlich 242,67 EUR lehnte das SG ab. Die hiergegen gerichtete Beschwerde hatte Erfolg. Auch bei einer "Rund-um-die-Uhr-Versorgung" durch professionelle Pflegekräfte kann ein Anspruch auf Pflegegeld bestehen. Denn auch in diesem Fall besteht die Möglichkeit, dass durch den Betroffenen der pflegerische Bedarf durch Inanspruchnahme nachbar- oder verwandtschaftlicher Hilfe teilweise selbst sichergestellt werden muss. Denn trotz professioneller Pflege können Zeiträume verbleiben, für die Pflege zusätzlich noch selbst zu organisieren ist. Hierfür müssen der pflegebedürftigen Person die finanziellen Anreize durch das Pflegegeld zur Verfügung stehen. Auf die tatsächliche Inanspruchnahme zusätzlicher Pflege kommt es dabei nicht an.

*Beschluss vom 10. November 2020 – L 8 SO 67/20 B ER – rechtskräftig*

- 1. Zur Abgrenzung von Hilfsmitteln im Sinne der Medizinischen Rehabilitation und der Sozialen Rehabilitation (Eingliederungshilfe)*
- 2. Zu den Voraussetzungen eines Hilfsmittels (Therapiedreirad) als Soziale Teilhabeleistung im Bereich der Eingliederungshilfe.*

Der 1969 geborene Kläger ist nach einer Stammhirnblutung und einem Herzinfarkt weder arbeits- noch erwerbsfähig und zur Fortbewegung auf einen Rollator, eine Gehhilfe sowie einen Aktivrollstuhl angewiesen. Für das Training zu Hause steht ihm ein Bewegungstrainer zur Verfügung. Seine Sensomotorik ist stark eingeschränkt. Seinen Antrag auf Übernahme der Kosten für ein vom Hausarzt zur Verbesserung der Mobilität und Gesundheit verordnetes Therapiedreirad in Höhe von 8.519,75 EUR lehnte der beklagte örtliche Träger der Sozialhilfe ab. Auf die hiergegen erhobene Klage verpflichtete das SG den Beklagten, über den Antrag neu zu entscheiden, da er das ihm zustehende Ermessen nicht ordnungsgemäß ausgeübt habe. Die hiergegen eingelegte Berufung des Beklagten war erfolglos. Die Anschlussberufung des Klägers, mit der er weiterhin die Übernahme der Kosten für das Therapiedreirad geltend machte, hatte Erfolg. Im Falle des Klägers dient das Therapiedreirad weder einer Krankenbehandlung

im Sinne der GKV noch ist es für einen ebenfalls durch die GKV abzudeckenden Behinderungsausgleich erforderlich. Denn weder wird mit ihm ein besonderer Therapieerfolg angestrebt noch dient es der Befriedigung des Grundbedürfnisses des Gehens bzw. der Erschließung des Nahbereichs. Vielmehr sollen im Falle des Klägers bestehende Einschränkungen an der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ausgeglichen werden. Hierfür ist der Beklagte zuständiger Leistungsträger. Das Therapedreirad ermöglicht dem Kläger eine gesteigerte individuelle Lebensführung, die der Würde des Menschen entspricht, und fördert eine wirksame Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, indem er in den von ihm gewünschten Bereichen seine Lebensplanung und -führung selbstbestimmter und eigenverantwortlicher wahrnehmen kann. Durch die Bewegung im Freien wird die Lebensfreude gestärkt. Das Dreirad erhöht die Motivation, sich zu bewegen und dient im Fall des Klägers der Verhinderung weiterer kardiovaskulärer Ereignisse. Die regelmäßige Bewegung fördert die dringend erforderliche Gewichtsreduktion, was die Beweglichkeit und Koordination für die Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens stärkt. Es ermöglicht dem Kläger, eigenständig und ohne fremde Hilfe größere Strecken als nur den Nahbereich seiner Wohnung zu bewältigen und damit unabhängiger von fremder Hilfe zu sein.

*Urteil vom 15. September 2020 – L 8 SO 30/19 – rechtskräftig*

*Kein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe für ein Vollzeitstudium im Ausland, welches den gewöhnlichen Aufenthalt am Studienort fordert.*

Bei der 1997 geborenen Antragstellerin besteht infolge einer Hirnblutung aufgrund extremer Frühgeburt eine linksbetonte spastische Tetraparese sowie eine psychomotorische Verlangsamung. Im Sommer 2018 absolvierte sie die C... International School und erwarb dort das "International L...". Dieser Abschluss berechtigt nicht zum Studium an einer deutschen Hochschule. Hierfür ist ein weiterer zweijähriger Besuch der C... International School erforderlich. Seit September 2018 absolviert die Antragstellerin ein Studium in Großbritannien in Vollzeit mit einer Präsenzpflcht von 21 Wochenstunden. Ihren Antrag auf Gewährung eines persönlichen Budgets für die Zeit des Auslandsstudiums lehnte der Kommunale Sozialverband Sachsen (KSV) ab. Das SG verpflichtete den KSV im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, der Antragstellerin ab September 2018 Hilfe in Höhe von 6.111,86 EUR monatlich für ein Hochschulstudium in England zu gewähren. Die hiergegen gerichtete Beschwerde des KSV hatte Erfolg. Ein Anspruch der Antragstellerin besteht nicht, da sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, was grundsätzlich Leistungen ausschließt. Wird – wie hier – ein Auslandsstudium in Vollzeit und mit Präsenzpflcht am Studienort absolviert, sind das Studium und die Erreichung des angestrebten Abschlusses an der gewählten Universität das die Lebensführung während der Studienzeit prägende Element. Es besteht auch kein Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, denn das von der Antragstellerin aufgenommene Studium stellt nicht die einzige Möglichkeit für sie dar, Zugang zu einer Hochschule und damit zu einem Bildungsabschluss zu erhalten, der ihr unter Berücksichtigung der behinderungsbedingten körperlichen Einschränkungen den Einstieg in einen Beruf eröffnet. Den Hochschulzugang kann sie mit vertretbarem Aufwand auch in Deutschland erlangen.

*Beschluss vom 31. März 2020 – L 8 SO 5/20 B ER –*

## IX. Asylbewerberleistungen

- 1. Ein ausreisepflichtiger staatenloser Palästinenser erfüllt seine Pflicht zur Beschaffung eines Rückreisedokuments, wenn er bei der Libanesischen Botschaft vorspricht und dort Identitätspapiere zum Zweck der Ausreise beantragt.*
- 2. Die Einschränkung des Anspruchs auf Leistungen nach § 1a Abs. 3 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) kommt in einem solchen Fall auch dann nicht in Betracht, wenn die Libanesische Botschaft die Ausstellung des Identitätspapiers davon abhängig macht, dass ein Aufenthaltstitel vorliegt oder die Ausländerbehörde bescheinigt, dass ein Aufenthaltstitel erteilt werden kann.*
- 3. Die Pflicht zur Mitwirkung an der Passbeschaffung nach § 48 Abs. 3 Aufenthaltsgesetz (AufenthG 2004) ist im Hinblick auf die Passpflicht nach § 3 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz umfassend zu verstehen.*
- 4. Eine Leistungseinschränkung nach § 1a Abs. 3 AsylbLG darf nur erfolgen, sofern die den Vollzug aufenthaltsbeendender Maßnahmen hindernden Gründe allein auf einem persönlichen Fehlverhalten des Leistungsberechtigten beruhen.*

Der in Beirut geborene Antragsteller ist staatenloser Palästinenser, der im Libanon aufgewachsen ist. Seine Familie wurde durch die "United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA)" registriert. Nach Ablehnung seines Asylantrages ist er ausreisepflichtig. Identitätspapiere besitze er nicht; seine Identitätskarte und sein Reisedokument seien bei seiner Flucht verloren gegangen. Ein libanesischer Reiseausweis ist abgelaufen. Bei einer Vorsprache zur Verlängerung des Ausweises bzw. zum Erhalt von Rückreisedokumenten sei er in der libanesischen Botschaft mündlich abgewiesen worden. Eine schriftliche Ablehnung hat der Antragsteller nicht erwirkt und vorgelegt. Der zuständige Landkreis bewilligte ihm wiederholt eingeschränkte Leistungen nach dem AsylbLG, da er seiner Pflicht zur Passbeschaffung nicht nachgekommen sei. Hiergegen legte der Antragsteller Widerspruch ein. Auf seinen Antrag hat das SG den Landkreis verpflichtet, dem Antragsteller uneingeschränkte Grundleistungen nach dem AsylbLG zu gewähren. Das SächsLSG hat dies bestätigt. Die Voraussetzungen für eine Einschränkung der Leistungen liegen nicht vor. Zwar hat der Antragsteller das Fehlen eines Passes, Passersatzes oder Rückreisedokuments bzw. die fehlende Nachregistrierung als den Grund, der seine Ausreise hindert, zu vertreten. Durch Vorlage beider Reiseausweise (DDV) sowie der Registrierkarte der UNWRA, war die Identität des Antragstellers jedoch geklärt. Da die Reiseausweise durch Zeitablauf ungültig geworden sind, besteht eine völkerrechtlich verbindliche Rückkehrberechtigung des Antragstellers in den Libanon nicht mehr. Es ist auch nicht gesichert, dass in der libanesischen Botschaft nach rechtstaatlichen Maßstäben die erforderlichen Rückreisedokumente ausgestellt werden. Vielmehr sieht die Praxis so aus, dass es staatenlosen Palästinensern Probleme bereitet, in Deutschland Rückreisedokumente für den Libanon zu erlangen. Zumindest phasenweise kann eine nicht gänzlich vorhersehbare und durchschaubare Verwaltungspraxis der Libanesischen Botschaft bestehen. Ein ausreisepflichtiger staatenloser Palästinenser erfüllt seine Pflicht zur Beschaffung eines Rückreisedokuments damit bereits dadurch, dass er nachweislich bei der Libanesischen Botschaft vorspricht und dort Identitätspapiere zum Zweck der Ausreise beantragt. Dem ist der Antragsteller nachgekommen.

*Beschluss vom 28. April 2020 – L 8 AY 6/20 B ER – rechtskräftig*

## X. Prozessrecht

- 1. In einem Schiedsverfahren nach § 132a Abs. 4 Satz 7 SGB V sind die Beteiligten in ihrem Sach- und Rechtsvortrag sowie im Stellen von Anträgen grundsätzlich frei.*
- 2. Soweit keine anderweitigen – untergesetzlichen – Regelungen entgegenstehen, besteht für den Erlass einer einstweiligen Anordnung nach § 86b Abs. 2 Satz 2 SGG mit dem Ziel, den Vortrag oder den Antrag eines Beteiligten im Schiedsverfahren zu unterbinden, kein Raum.*

Die Antragstellerin, ein Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege, hat sich auf die außerklinische Beatmung und Intensivpflege nach Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie) spezialisiert und hatte mit der Antragsgegnerin, einer Krankenkasse, einen Vertrag nach §§ 132, 132a Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, häuslicher Pflege und Haushaltshilfe geschlossen. Nachdem die Antragsgegnerin in der Folgezeit gegenüber Versicherten bzw. deren Vertretern die Behauptung aufgestellt hatte, die Antragstellerin sei zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Intensivpflege für Versicherte der Antragsgegnerin nicht berechtigt, da es insoweit an einer die Vergütung regelnden Zusatzvereinbarung fehle, untersagte das SG bereits 2010 die gerügten Behauptungen. Nachdem sich die Beteiligten über den Inhalt des Vertrages nicht einigen konnten, kam es zu einem Schiedsverfahren. Mit ihrem Antrag beim SG begehrt die Antragstellerin der Antragsgegnerin zu untersagen, gegenüber Dritten zu behaupten, sie benötige eine Zusatzvereinbarung, um Leistungen der Intensivpflege für deren Versicherte erbringen zu dürfen, einen im Schiedsverfahren gestellten Antrag auf Feststellung als Vertragsinhalt zurückzunehmen und die Feststellung, dass sie auch ohne Zusatzvereinbarung Leistungen für die Versicherten der Antragsgegner erbringen dürfe. Dieser Eilantrag blieb ohne Erfolg. Soweit die Antragstellerin im Rahmen sozialgerichtlichen Eilrechtsschutzes begehrt, die Antragsgegnerin möge – im Schiedsverfahren – einen bestimmten Tatsachenvortrag unterlassen, einen bestimmten Antrag zurücknehmen oder es möge ein bestimmtes Rechtsverhältnis vorläufig festgestellt werden, steht dies in Widerspruch zu tragenden Grundsätzen rechtsstaatlicher Streitschlichtungs- und -entscheidungsverfahren, und zwar ungeachtet der Frage, ob behauptete Tatsachen wahr, gestellte Anträge – etwa unter Berücksichtigung anderweitiger bestands- bzw. rechtskräftiger Entscheidungen oder allgemeiner Präklusionsvorschriften – unzulässig und/oder unbegründet sind bzw. ob das streitige Rechtsverhältnis besteht. Derartige Fragen sind – mangels abweichender gesetzlicher oder aktenkundiger untergesetzlicher Regelungen – nicht Gegenstand einer nach § 86b Abs. 2 SGG zu erlassenden einstweiligen Anordnung, sondern vielmehr im Schiedsverfahrens durch die Schiedsstelle/-person im Rahmen freier (Beweis-)Würdigung zu klären. So, wie einerseits (auch potentielle) Leistungserbringer im Wege der Zwangsschlichtung den Krankenkassen einen Vertrag aufdrängen können, kann die Schiedsperson andererseits den Abschluss eines Vertrages (oder hier den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung) ablehnen. Die Beteiligten sind in diesem Verfahren in ihrem Tatsachen- und Rechtsvortrag frei.

*Beschluss vom 6. Januar 2020 – L 9 KR 342/18 B ER – rechtskräftig*

*Wenn auf eine Klage gegen einen ablehnenden Verwaltungsakt hin durch das Gericht der Verwaltungsakt aufgehoben und die Behörde verpflichtet wird, ein ihr zustehendes Ermessen nach Maßgabe der in den Entscheidungsgründen enthaltenen Vorgaben erneut auszuüben, ist es der Behörde verwehrt, ihre erneute Verwaltungsentscheidung mit Aspekten zu begründen, die, wenn sie vorlägen, das Ermessen gar nicht erst eröffnen würden.*

Die Beklagte war vom SG rechtskräftig verpflichtet worden, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut eine Ermessensentscheidung zu der von der Klägerin begehrten Förderung der Teilnahme an einer beruflichen Weiterbildungsmaßnahme (Einzelumschulung zur Steuerfachangestellten) zu treffen. In der Folge erteilte die Beklagte der Klägerin einen Bildungsgutschein und lehnte die Förderung der beruflichen Weiterbildung erneut ab, weil die Voraussetzungen einer Förderung durch Übernahme der Weiterbildungskosten nach § 81 Abs. 1 SGB III nicht vorlägen. Das SG hat die dagegen gerichtete Klage abgewiesen. Diese Entscheidung hatte im Berufungsverfahren keinen Bestand. Die Verwaltungsentscheidungen der Beklagten sind rechtswidrig, denn sie missachten den Ausspruch des rechtskräftigen Urteils vom April 2016 im früheren Verfahren. Das Urteil gibt vor, dass die Beklagte das ihr im Rahmen von § 81 SGB III zustehende Ermessen nach Maßgabe der in den Entscheidungsgründen enthaltenen Vorgaben erneut auszuüben hat. Der Beklagten ist es damit verwehrt, ihre erneute Verwaltungsentscheidung mit Aspekten zu begründen, die, wenn sie vorlägen, das Ermessen gar nicht erst eröffneten. Zwar ist der Beklagten zuzugestehen, dass das SG sich in dem Urteil lediglich noch mit der Ermessensausübung beschäftigt hat. Dies führt aber nicht dazu, dass die Beklagte zur Begründung der hier zu beurteilenden Verwaltungsentscheidungen auf diese Aspekte zurückgreifen konnte. Denn wenn die Auffassung der Beklagten zuträfe, dass bereits die tatbestandlichen Voraussetzungen einer Förderung nicht vorlagen, sodass Ermessen nicht auszuüben war, hätte die damalige Klage abgewiesen werden müssen. Wenn aber ein Leistungsträger zur Neubescheidung nach Rechtsauffassung des Gerichts verpflichtet wird, obwohl die Klage abweisungsreif ist, liegt darin eine Beschwer, die mit dem gegen die Entscheidung gegebenen Rechtsmittel nicht nur angefochten werden kann, sondern, um das Erwachen der fehlerhaften Entscheidung in Rechtskraft zu vermeiden, auch angegriffen werden muss.

*Urteil vom 23. Januar 2020 – L 3 AL 94/18 – rechtskräftig*

- 1. Das Unterlassen einer "unechten" notwendigen Beiladung (§ 75 Abs. 2 Alt. 2 SGG) kann einen Verfahrensfehler i.S. von § 144 Abs. 2 Nr. 3 SGG begründen.*
- 2. Bei der Verfahrensmangelprüfung ist generell auf die materiell-rechtliche Rechtsauffassung des vorinstanzlichen Gerichts (iudex a quo) abzustellen, auch wenn diese offensichtlich verfehlt sein sollte.*
- 3. Hat sich das vorinstanzliche Gericht eingehend mit der Frage des Bestehens eines alternativen Anspruchs gegenüber einem anderen Versicherungsträger befasst – und diese verneint –, liegt in der nicht erfolgten Beiladung dieses Versicherungsträgers kein Verfahrensfehler i.S. von § 144 Abs. 2 Nr. 3 SGG; die vorinstanzliche Entscheidung kann dann nicht auf der nicht erfolgten Beiladung beruhen.*

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Berufung im Gerichtsbescheid, mit dem seine Klage auf Verurteilung der Beklagten zur Kostenübernahme für ärztlich verordnete Krankenförderungen abgewiesen worden ist, hatte keinen Erfolg. Die von ihm als Verfahrensmangel gerügte unterlassene notwendige Beiladung des Sozialhilfeträgers sowie unterlassener weiterer medizinischer Sachverhaltsaufklärung greifen nicht durch. Das SG hat alternativ eingehend einen Leistungs- bzw. Kostenübernahmeanspruch gegenüber dem Sozialhilfeträger nach § 73 SGB XII geprüft und verneint. Vor dem Hintergrund dieser Rechtsauffassung kam der Sozialhilfeträger als leistungspflichtig – und damit auch eine notwendige Beiladung nach § 75 Abs. 2 SGG – nicht in Betracht. Ob diese materiell-rechtliche Auffassung des SG zutreffend ist, ist nicht zu prüfen. Entsprechendes gilt hinsichtlich der gerügten weiteren medizinischen Sachverhaltsaufklärung. Nach § 103 Abs. 2 SGG bestimmt das Gericht im

Rahmen seines richterlichen Ermessens die Ermittlungen und Maßnahmen, die nach seiner Beurteilung der materiellen Rechtslage zur Aufklärung des Sachverhalts notwendig sind; sein Ermessen ist nur durch die Pflicht zur Aufklärung des Sachverhalts in dem hiernach für seine Entscheidung erforderlichen Umfang begrenzt. Das SG hat eingehend (und zutreffend) dargelegt, dass beim Kläger keine Grunderkrankung vorliegt, die mit einem vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, welches eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist. Diesbezüglich waren daher aus Sicht des SG weitere Ermittlungen entbehrlich. Dies gilt auch hinsichtlich des Vorbringens des Klägers, bei ihm liege eine den Merkzeichen "aG" oder "H" vergleichbare Mobilitätseinschränkung vor. Anhaltspunkte ergeben sich aus den aktenkundigen medizinischen Unterlagen nicht im Ansatz. Auch der Arzt hat in den Verordnungen zur Krankenbeförderung das Vorliegen vergleichbarer Mobilitätseinschränkungen nicht bestätigt (das hierfür vorgesehene Kästchen hatte er jeweils nicht angekreuzt). Weitere Ermittlungen gewissermaßen "ins Blaue hinein" waren daher für das SG nicht veranlasst.

*Beschluss vom 24. Februar 2020 – L 9 KR 662/17 NZB – rechtskräftig*

*Im Beschwerdeverfahren über die Festsetzung eines Ordnungsgelds gegen einen Beteiligten eines sozialgerichtlichen Verfahrens ist die Staatskasse als Beschwerdegegner zu beteiligen (entgegen LSG Halle (Saale) vom 5. November 2010 – L 10 KR 34/09 B).*

Beteiligte des Beschwerdeverfahrens sind die Klägerin des Hauptsacheverfahrens als Beschwerdeführerin und der Freistaat Sachsen, vertreten durch den Bezirksrevisor, als Beschwerdegegner, da dieser – und nicht der Beklagte des Hauptsacheverfahrens (§ 69 Nr. 2 SGG) – Kostengläubiger des vom SG festgesetzten Ordnungsgelds und Kostenschuldner der Kosten des Beschwerdeverfahrens ist. Die Beteiligten des Beschwerdeverfahrens müssen auch nicht stets Beteiligte i.S.d. § 69 SGG sein. Die Festsetzung von Ordnungsgeldern wirkt für den Fiskus als Kostengläubiger. Die Staatskasse ist nach nahezu übereinstimmender Auffassung in Rechtsprechung und Literatur der Sozialgerichtsbarkeit Schuldner der Kosten einer erfolgreichen Beschwerde gegen die Festsetzung von Ordnungsgeldern, auch wenn über die Rechtsgrundlagen hierfür unterschiedliche Ansätze vertreten werden. Damit handelt es sich um ein Verfahren kostenrechtlicher Art, in dem der Freistaat Sachsen durch den Bezirksrevisor beim erkennenden Gericht vertreten wird (§ 7 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b Sächs. VertrVO). Dagegen spricht auch nicht dessen alleiniger Hinweis auf eine gerichtliche Entscheidung (LSG Sachsen-Anhalt v. 5. November 2010 – L 10 KR 34/09 B), da sich ihr insoweit keine Begründung entnehmen lässt.

*Beschluss vom 6. Mai 2020 – L 7 AS 207/20 B – rechtskräftig*

- 1. Es gibt keinen Erfahrungssatz, nach dem Schriftstücke, die den Adressaten nicht erreichen, notwendigerweise wieder an ihren Ausgangspunkt zurückkehren.*
- 2. Der Nachweis des Zugangs eines behördlichen Schreibens kann nicht im Wege statistischer Überlegungen ersetzt werden. Vielmehr ist im Bestreitensfalle der Nachweis des Zuganges der Schriftstücke durch die Behörde zu führen. Bestreitet ein Hilfebedürftiger wiederholt den Erhalt von Schriftstücken, ist es an dem Leistungsträger, dem in geeigneter Weise, nämlich durch die Wahl einer Versendungsform mit Nachweis, entgegenzutreten.*

Der Kläger wandte sich gegen eine Leistungsminderung. Widerspruch und Klage waren erfolglos. Im Berufungsverfahren hat er geltend gemacht, er könne sich an einen Zugang der Einladung nicht erinnern. Den Nachweis des Zugangs des Schreibens habe der Beklagte nicht

geführt. Das SächsLSG hat ihm Recht gegeben. Weder ist belegt, dass das Einladungsschreiben vom März 2014 den Kläger erreicht hat, noch ist belegbar, dass dem Schreiben eine Rechtsfolgenbelehrung – welchen Inhalts auch immer – beigegeben war. Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit einer Minderungsentscheidung nach § 32 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 SGB II ist, dass der Leistungsempfänger trotz schriftlicher Belehrung über die Rechtsfolgen oder deren Kenntnis einer Aufforderung des zuständigen Trägers, sich bei ihm zu melden, nicht nachkommt. Dazu allerdings muss der Leistungsempfänger über den Meldetermin, das heißt den Zeitpunkt, den Meldeort und den Meldezweck informiert sein, ihm muss also eine hinreichend bestimmte Aufforderung zur Meldung bekannt gegeben werden. Für den Umstand, dass eine Meldeaufforderung den Adressaten erreicht hat, trägt nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB II i.V.m. § 37 Abs. 2 Satz 3 Halbs. 2 SGB X der Grundsicherungsträger die objektive Beweislast, wenn der Zugang der Aufforderung bestritten wird. Der Senat teilt auch nicht die Auffassung des SG, aus den erkennbaren Umständen könne im Wege des Freibeweises darauf geschlossen werden, dass der Kläger die Einladung vom 17. April 2014 erhalten habe. Dafür spricht insbesondere nicht, dass das Schreiben nicht an die Behörde zurückgelaufen ist. Es gibt keinen Erfahrungssatz, nach dem Schriftstücke, die den Adressaten nicht erreichen, notwendigerweise wieder an ihren Ausgangspunkt zurückkehren. Für den Zugang des Einladungsschreibens spricht auch nicht der Umstand, dass der Kläger im Widerspruchsverfahren, zunächst noch ohne Hinzuziehung eines Rechtsanwaltes, das Fehlen eines Einladungsschreibens nicht gerügt hat. Ergänzend ist anzumerken, dass selbst dann, wenn gewichtige Gründe die Annahme stützen würden, dem Kläger sei die Einladung vom April 2014 zugegangen, sich die Frage stellen würde, ob diesem Schreiben eine – gesonderte – Rechtsfolgenbelehrung beigegeben war. In der Akte des Beklagten ist ein Belehrungsschreiben nicht enthalten. An einem Vermerk über die Versendung des Anschreibens nebst gesonderter Belehrung fehlt es. Frühere Einladungsschreiben des Beklagten, etwa die Folgeeinladung vom Dezember 2013 enthielten die Rechtsfolgenbelehrung als integralen Bestandteil auf der Rückseite. Indem der Beklagte von dieser Verfahrensweise zugunsten gesonderter Fertigung von Einladung und Rechtsfolgenbelehrung abgewichen ist, hat er auch die ihn selbst treffende Beweisbelastung hinsichtlich des Zugangs beider Schriftstücke statuiert. Auch den Nachweis, dass die Rechtsfolgenbelehrung den Kläger erreicht hat, kann der Beklagte aber nicht führen.

*Urteil vom 28. Mai 2020 – L 3 AS 60/18 – rechtskräftig*

*1. "Mitwirkung" i.S.d. § 41 Nr. 7 ZPO setzt eine richterliche Tätigkeit im Ausgangsverfahren voraus. Die nichtrichterliche Tätigkeit für eine Partei des Ausgangsverfahrens genügt nicht.*

*2. Bei Entschädigungsklagen wegen überlanger Gerichtsverfahren besteht gegen einen ehrenamtlichen Richter nicht schon deshalb die Besorgnis der Befangenheit, weil er im Ausgangsverfahren für den Prozessgegner des Entschädigungsklägers dienstlich tätig geworden ist.*

Der ehrenamtliche Richter hatte mitgeteilt, dass ihm der Kläger durch seine berufliche Tätigkeit für das im Ausgangsverfahren beklagte Jobcenter aus diversen Widerspruchs- und Klageverfahren vor dem SG bekannt und er in diese Verfahren auch involviert gewesen sei. Ausweislich der Akten des Ausgangsverfahrens hat der ehrenamtliche Richter für das Jobcenter die Schriftsätze gefertigt. Der Senat hat entschieden, dass er nicht gehindert ist, an einer Entscheidung im Entschädigungsverfahren mitzuwirken. Er ist nicht nach § 60 Abs. 2 SGG ausgeschlossen. Denn unter dem "vorausgegangenem Verwaltungsverfahren" i.S. dieser Vorschrift, an dem der Richter mitgewirkt haben muss, ist nur das Verfahren zu verstehen, in dem

die mit der Klage angefochtene Verwaltungsentscheidung ergangen ist oder ergehen sollte. Da eine "Verfahrensidentität" erforderlich ist, genügt die Tätigkeit in einem anderen, selbst in einem inhaltlich gleichgelagerten Verwaltungsverfahren oder in einem früheren Verfahren des Klägers nicht. Das dem Ausgangsverfahren vorausgegangene Verwaltungsverfahren und die amtliche Tätigkeit darin werden folglich bei Entschädigungsklagen von § 60 Abs. 2 SGG nicht erfasst. Ein der Entschädigungsklage selbst vorausgehendes Verwaltungsverfahren sieht das Gesetz dagegen nicht vor. Das Ablehnungsgesuch des Klägers gegen den ehrenamtlichen Richter ist auch nicht wegen der Besorgnis der Befangenheit begründet. Einen objektiven Grund für eine unsachliche innere Einstellung des ehrenamtlichen Richters zu den Beteiligten oder zum Gegenstand des Entschädigungsverfahrens hat der Kläger nicht vorgebracht. Allein der Umstand, dass der ehrenamtliche Richter im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit für das Jobcenter in Verwaltungs- und Gerichtsverfahren aufgetreten ist, rechtfertigt nicht dessen Ablehnung im vorliegenden, gegen einen anderen Beklagten gerichteten und einen anderen Streitstoff betreffenden Gerichtsverfahren. Ein Näheverhältnis des ehrenamtlichen Richters zu einem Beteiligten des Entschädigungsverfahrens besteht nicht. Nicht das Jobcenter, zu dessen Träger der ehrenamtliche Richter in einem Dienstverhältnis steht, ist in dem Entschädigungsverfahren beklagt, sondern der Freistaat Sachsen als haftender Justizfiskus (§ 200 Satz 1 GVG). Es liegt auch keine Vorbefassung vor. Denn in der Befassung mit dem Ausgangsverfahren ist ohnehin keine Vorbefassung für das Entschädigungsverfahren zu erblicken, weil beide Verfahren einen völlig anderen Gegenstand haben und weder in den Rechtsfragen noch dem Sachverhalt vergleichbar sind.

*Beschluss vom 29. Juni 2020 – L 11 SF 89/20 AB – rechtskräftig*

## **XI. Kostenrecht**

*Zur Anrechnung der für die Vertretung im Vorverfahren gezahlten Beratungshilfe und von Zahlungen des Prozessgegners auf die vorgerichtliche Geschäftsgebühr und/oder die den Klägern für das Klageverfahren zu erstattenden außergerichtlichen Kosten auf den Vergütungsanspruch eines im Wege der Prozesskostenhilfe beigeordneten Rechtsanwaltes.*

Der Senat hatte in mehreren Beschwerdeverfahren über die Frage zu befinden, ob und in welcher Höhe Zahlungen des Beklagten auf die vorgerichtliche Geschäftsgebühr und/oder die den Klägern für das Klageverfahren zu erstattenden außergerichtlichen Kosten oder für die Vertretung im Vorverfahren gezahlte Beratungshilfe auf den gegen die Staatskasse bestehenden Vergütungsanspruch eines im Wege der Prozesskostenhilfe beigeordneten Rechtsanwaltes anzurechnen sind.

Der Senat hat klargestellt, dass sich die Staatskasse im Rahmen der für sämtliche Zahlungen des Prozessgegners maßgeblichen Anrechnungsregel des § 58 Abs. 2 Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG) nicht auf eine direkte Anrechnung – hier nach Vorbemerkung 3 Abs. 4 VV RVG – berufen und von der von ihr geforderten Verfahrensgebühr aufgrund von § 15a Abs. 1 RVG die hälftige Geschäftsgebühr nach Nr. 2302 VV RVG in Abzug bringen kann, auch nicht die Hälfte der gezahlten Geschäftsgebühr. § 15a Abs. 1 RVG kann insoweit nicht herangezogen werden. Denn die Vorschrift enthält eine solche Anrechnungsregelung gerade nicht, sondern regelt nur, welche Folgen die Anrechnung im Innenverhältnis hat. Die Vorschrift gewährleistet durch die Begrenzung auf den um den Anrechnungsbetrag verminderten Gesamtbetrag, dass die volle gesetzliche Vergütung, die dem beigeordneten Anwalt gegen seine Auftragge-

ber zustehen würde, nicht überschritten wird. Erhaltene Zahlungen – sei es auf die vorgerichtliche Geschäftsgebühr oder die außergerichtlichen Kosten der Kläger für das Klageverfahren – wirken sich im Verhältnis zur Staatskasse damit allein bei der Gegenüberstellung mit der nach § 15a RVG ermittelten Regelvergütung nach § 58 Abs. 2 RVG aus. Eine Anrechnung kommt damit nur dann und insoweit in Betracht, als die Summe von Zahlungen die Differenz zwischen der Regelvergütung und dem ungekürzten Vergütungsanspruch gegen die Staatskasse übersteigt.

*Beschluss vom 3. November 2020 – L 5 AS 1172/19 B KO –  
Beschluss vom 26. November 2020 – L 5 AS 390/20 B KO –*

Dies gilt jedoch nicht für die Frage der Anrechnung einer aus der Beratungshilfe nach Nr. 2503 Abs. 1 VV RVG (ggf. i.V.m. Nr. 1008 VV RVG) erhaltenen Geschäftsgebühr. Hier bleibt es bei einer direkten Anrechnung nach Nr. 2503 Abs. 2 VV RVG, wonach auf die Gebühren für ein anschließendes gerichtliches oder behördliches Verfahren die Gebühr nach Nr. 2503 Abs. 1 VV RVG zur Hälfte anzurechnen ist. § 58 Abs. 2 RVG findet insoweit keine Anwendung. Die Beratungsgebühr ist keine Zahlung im Sinne des § 58 Abs. 2 RVG. Ausdrücklich klargestellt wird dies nunmehr durch § 58 Abs. 2 Satz 2 RVG in der ab 1. Januar 2021 geltenden Fassung, der eine Anrechnung auf eine Gebühr, für die ein Anspruch gegen die Staatskasse besteht, unter Beachtung des § 15a Abs. 1 RVG nur für solche Gebühren vorsieht, für die ein Anspruch gegen die Staatskasse nicht besteht.

*Beschluss vom 11. Januar 2021 – L 5 AS 384/20 B KO –  
alle rechtskräftig (nicht veröffentlicht)*

## B. Was war und was kommt

### I. **Recht sprechen in der Pandemie**

Als besondere Herausforderung galt es, den ersten Lockdown ab März 2020 bewältigen. Die Leitung des Sozialgerichts in Leipzig setzte aufgrund der besonderen räumlichen Verhältnisse im Gerichtsgebäude besondere Zugangsbeschränkungen in Kraft und das Sozialgericht in Dresden richtete in Anbetracht des Umstandes, dass zu diesem Zeitpunkt noch unklar war, wie sich das Virus ausbreiten würde und wie man sich am besten schützt, für einige Wochen einen förmlichen Notbetrieb ein. An allen Sozialgerichten und dem Landessozialgericht wurden im März und April 2020 die mündlichen Verhandlungen abgeladen bzw. verlegt. Sofern gerichtliche Entscheidungen getroffen werden konnten und mussten, geschah dies im schriftlichen Verfahren. Für die rechtssuchende Bevölkerung war der Zugang zu allen Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit zu jedem Zeitpunkt gewährleistet. Zusätzlich wurden in ständiger Abstimmung der Gerichte untereinander eine Vielzahl von Maßnahmen umgesetzt, die einen Regelbetrieb trotz Corona ermöglichten und nach wie vor ermöglichen: Am Eingang werden Daten für die Kontaktnachverfolgung gesammelt und es besteht die Möglichkeit zur Handdesinfektion auf allen Gängen im Öffentlichkeitsbereich und in den Waschräumen; teilweise ist auch eine kontaktlose Temperaturmessung möglich. Die Maskenpflicht in den Gerichten gilt sowohl im Publikumsbereich als auch in für die Öffentlichkeit unzugänglichen Räumen, in denen sich mehr als zwei Personen aufhalten, und auf den Fluren. Für die Sitzungssäle wurden Plexiglastrennscheiben angeschafft, das Mobiliar für mehr Abstand umgebaut und es wird regelmäßig desinfiziert und gelüftet. Unproblematisch wurden in Absprache mit den zuständigen Mitarbeitervertretungen großzügige und flexible Arbeitszeit- und Homeoffice-Lösungen gefunden sowie die kontaktlosen Kommunikationsformen ausgebaut. Dienstreisen finden so gut wie nicht mehr statt, Fortbildungen – wenn überhaupt – nur digital.

Einschränkungen erfährt der Gerichtsbetrieb pandemiebedingt nach wie vor immer dann, wenn Termine abgesagt oder verschoben werden müssen, weil Bürgerinnen und Bürger gesundheitliche Bedenken wegen der Anreise oder der Teilnahme an Sitzungen haben. Teilweise können auch die Sitzungsvertreterinnen und -vertreter der Sozialversicherung nicht anreisen.

## **II. Personalnachrichten**

Im Jahr 2020 wurde Dr. Holger Schindler (zuvor Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht) zum Präsidenten des Sozialgerichts Dresden und Michael Pies (früher Vizepräsident des Sozialgerichts Leipzig) zum Präsidenten des Sozialgerichts Leipzig ernannt. Leider mussten die beiden neuen Präsidenten der sächsischen Sozialgerichtsbarkeit nach ihrem Dienstantritt am 1. Februar 2020 bzw. am 15. April 2020 wegen der Pandemie auf eine offizielle Amtseinführung verzichten. Am Landessozialgericht wurden im Laufe des Jahres zwei erfahrene Richter ernannt, die beide am 1. Mai 2020 ihre Tätigkeit in der Berufungsinstanz aufgenommen haben. Mit einer Personalaufstockung war dies allerdings nicht verbunden, weil im Laufe des letzten Jahres zwei Richter und zwei Richterinnen das LSG verlassen haben. Zum 1. Dezember 2020 übernahm die frühere Vizepräsidentin des Verwaltungsgerichts, Anke Koar, als neue Vorsitzende Richterin den lang ersehnten und nun neu eingerichteten 10. Senat. Auch hier ist der Zuwachs für das Sächsische Landessozialgericht nur vorübergehend, weil eine Vorsitzende Richterin nach dem 31. Mai 2021 in den Ruhestand treten wird.

## **III. Die Pilotierung der e-Akte**

Am 16. März 2020 standen beim Sozialgericht Chemnitz alle in den Startlöchern, um mit der Pilotierung der e-Akte, also der Führung der Gerichtsakte in vollständig elektronischer Form, zu beginnen, und sie legten auch tatsächlich los. Aber nach nur drei Tagen musste die Pilotierung gestoppt werden: Neben unerwarteten technischen Schwierigkeiten beim Einscannen der Papierpost sowie beim Übertragen der vorhandenen Papierakten in das elektronische System führte vor allem die Pandemie des Coronavirus zu einer Unterbrechung der Pilotierung. Denn es war nicht mehr möglich, auftretende Probleme im Team in einem Büro vor einem PC aus nächster Nähe zu bearbeiten oder sich bei Anlaufschwierigkeiten gegenseitig zu helfen. Auch Dienstreisen mussten unterbleiben, so dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projektes e-Akte nicht mehr nach Chemnitz kommen und dort unterstützend wirken konnten. Demzufolge konnte auch die Vor-Ort-Betreuung als wichtige Stütze in den ersten Wochen nach dem Start nicht mehr sichergestellt werden. Die Enttäuschung war auf allen Seiten groß, denn mit diesem Rückschlag hatte niemand gerechnet. Die für Mai 2020 geplante Pilotierung der e-Akte am Landessozialgericht konnte pandemiebedingt ebenfalls nicht beginnen.

Nunmehr wird die Pilotierung in der Sozialgerichtsbarkeit im Dezember 2021 mit dem Landessozialgericht beginnen und am Sozialgericht Chemnitz im März 2022 fortgesetzt werden. Die Pause hat Gelegenheit gegeben, technische Schwierigkeiten zu lösen, und hoffentlich wird die Pandemie dann kein Hindernis mehr darstellen. Eine Herausforderung wird die Pilotierung der e-Akte dennoch sein, denn die Aufgabe ist enorm: Sämtliche Geschäfte des Landessozialgerichts, also insgesamt rund 4.500 Bestandverfahren (am 31. Dezember 2020) einschließlich aller Dokumente, die zu den Akten gereicht werden, Sachverständigengutachten und teilweise sehr umfangreiche Behördenakten und dann die neu eingehenden Verfahren mit ungewohnter Technik und neuer Arbeitsweise zu ver- und bearbeiten, ist eine Mammutaufgabe. Aber die Schulungen laufen, die Technik ist weitgehend aufgerüstet und alle am Projekt Beteiligten haben schon in den vergangenen Monaten alles getan, damit der Start erfolgreich verlaufen kann.

## **Teil 2: Statistischer Überblick 2020**

### **I. Geschäftsentwicklung**

#### **1. Eingänge**

In der Pandemie und ohne durch Gesetzesänderungen provozierte Klagewellen ist die Zahl der Neueingänge an den drei Sozialgerichten in Chemnitz, Dresden und Leipzig insgesamt deutlich zurückgegangen: Im Vergleich zum Vorjahr sind die Eingänge um 28 Prozent auf 19.430 gesunken (2018: 27.098). Geringer war der Rückgang der neuen Verfahren beim Landessozialgericht: während 2019 insgesamt 3.416 Verfahren neu eingingen, waren es 2020 3.231 Verfahren. Unter diesen waren 38 neue Entschädigungsklagen wegen überlanger Verfahrensdauer vor den Sozialgerichten im Freistaat (2019: 59).

#### **2. Erledigungen**

Infolge der gesunkenen Eingänge und trotz teilweise eingeschränkten Gerichtsbetriebes während des ersten Lockdowns konnten die Richterinnen und Richter der drei Sozialgerichte die jeweiligen Bestände abbauen. Obwohl etwas weniger Verfahren abgeschlossen werden konnten, nämlich 23.056 (Vorjahr: 26.036), ist der Bestand von 35.001 am Anfang des Jahres 2020 auf 31.385 am Ende gesunken (– 3.616). Dies entspricht einem Minus von 10 Prozent.

Am Landessozialgericht wurden 2020 mit 3.852 insgesamt erledigten Verfahren mehr Verfahren beendet als 2019 (3.545), ein Plus bei den Erledigungen von 8,66 Prozent. Der Bestand der anhängigen Verfahren konnte dadurch von 5.057 am 1. Januar auf 4.434 am 31. Dezember 2020 reduziert werden (– 12,30 Prozent). Erneut zugenommen hat die Zahl der Entscheidungen durch Einzelrichter bzw. den sog. Kleinen Senat von 266 in 2019 auf 286 Berufungsverfahren im vergangenen Jahr. Die Quote der nicht in voller Senatsbesetzung getroffenen Entscheidungen blieb gleich (33 Prozent).

### 3. Erfolgsquoten

Die Chancen, vor den Sozialgerichten einen Erfolg zu erringen, lassen sich aus den vorliegenden Statistiken schwer ermitteln, da sich viele Verfahren ohne eine gerichtliche Entscheidung erledigen. So kam es bei den 2020 bei den drei Sozialgerichten insgesamt beendeten Hauptsacheverfahren in 1.218 Fällen zu einem Vergleich, in 2.620 Fällen zu einem Anerkenntnis durch die Behörden und in 1.921 Verfahren zu einer übereinstimmenden Erledigungserklärung der Beteiligten. Die Erfolgsquoten für die Versicherten und Leistungsempfänger in den durch eine gerichtliche Entscheidung beendeten Klageverfahren an den Sozialgerichten bewegen sich mit 24,84 Prozent auf dem Vorjahresniveau (2019: 24,02 Prozent; 2018: 22,35 Prozent; 2017: 20 Prozent): Bei 5.298 durch Urteil oder Gerichtsbescheid beendeten Hauptsacheverfahren erzielten die die Versicherten oder Leistungsempfänger in 848 Verfahren (16,01 Prozent) einen Erfolg und in 468 Verfahren (8,83 Prozent) immerhin einen Teilerfolg.

In den Eilverfahren vor den Sozialgerichten wurde in 51,07 Prozent der Fälle durch gerichtlichen Beschluss entschieden. Bei den insgesamt 789 Beschlüssen konnten die Versicherten und Leistungsempfänger in 30,19 Prozent der Fälle einen Erfolg oder zumindest einen Teilerfolg erreichen (2019: 27,41 Prozent). 32,69 Prozent aller Erledigungen in den Eilverfahren und 36,71 Prozent derer in Hauptsacheverfahren sind allerdings auf Rücknahmeerklärungen der jeweiligen Antragsteller oder Kläger zurückzuführen. Diese Werte schwanken über die Jahre nur geringfügig.

In 59 Urteilen hatten die Sozialgerichte die Berufung zum Landessozialgericht zugelassen, viermal die Sprungrevision zum Bundessozialgericht.

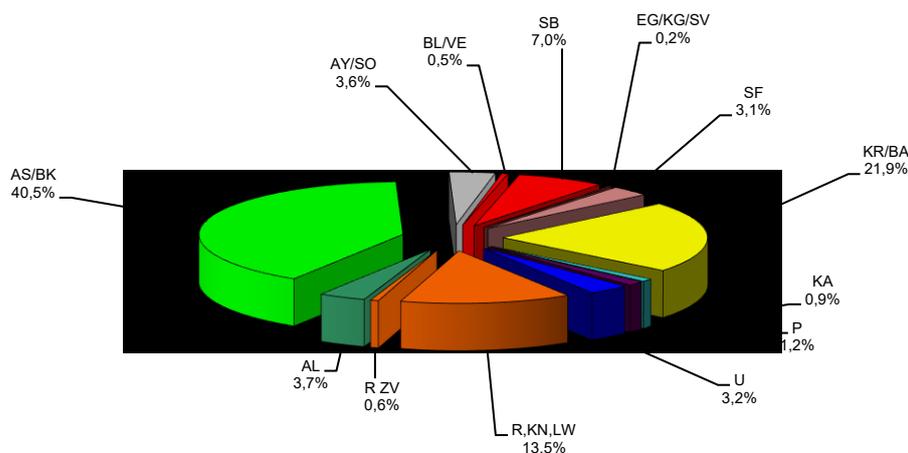
Vor dem Landessozialgericht lag die Erfolgsquote für Versicherten oder Leistungsempfänger in den Berufungsverfahren bei 14,60 Prozent (Vorjahr: 14,86 Prozent). Leicht verringert ist die Erfolgsquote bei den Eilbeschlüssen. Dort hatten nur 11,73 Prozent der Beschwerden der Bürgerinnen und Bürger Erfolg bzw. teilweise Erfolg (2019: 16,67 Prozent). Weiterhin ganz überwiegend ohne Erfolg blieben die sonstigen Beschwerden gegen Entscheidungen der Sozialgerichte (abgelehnte Prozesskostenhilfe, Nichtzulassungsbeschwerden und sonstige): Von 436 gerichtlichen Entscheidungen blieben 370 ohne Erfolg (84,86 Prozent; Vorjahr: 86,49 Prozent). Bei den 225 im Jahr 2020 durch Beschluss entschiedenen Nichtzulassungsbeschwerden führten 26 zur Zulassung der Berufung (Vorjahr: 19). Die Rücknahmequote bei den Beschwerdeverfahren gegen Eilbeschlüsse lag 2020 etwas höher bei 17,19 Prozent (2019 rund 16 Prozent), bei den Berufungen abermals bei rund 33 Prozent, häufig nach rechtlichen Hinweisen aus den Senate, die schriftlich oder in der mündlichen Verhandlung erfolgten.

#### 4. Zusammensetzung des Bestandes nach Rechtsgebieten

Nach wie vor macht die Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II – AS) bei den Sozialgerichten und beim Landessozialgericht den größten Posten des Bestandes aus. Die Rentenverfahren (gesetzliche Rentenversicherung) und das Rechtsgebiet der gesetzlichen Krankenversicherung (KR) liegen wie bisher auf Platz zwei und drei. Nahezu irrelevant sind inzwischen die Rentenverfahren im Zusammenhang mit Zusatzversorgungssystemen der ehemaligen DDR: bei den Sozialgerichten sind nur noch 52 derartige Verfahren eingegangen, nur noch ein Drittel der Eingänge von 2019.

#### Sächsische Sozialgerichte Bestand nach Fachgebieten (Klagen und einstw. Rechtsschutz)

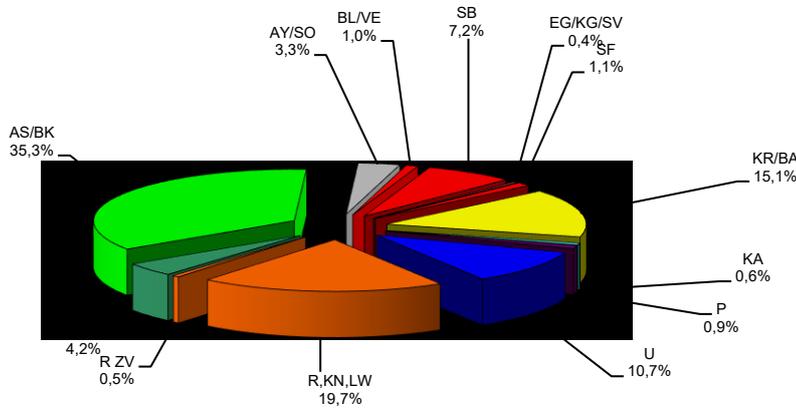
Stand: 31.12.2020



Sachgebiet	010/170	020	030	040	050	060	070	080	091/180	101	110	130	900
	KR/BA	KA	P	U	R,KN,LW	R ZV	AL	AS/BK	AY/SO	BLVE	SB	EG/KG/SV	SF
Bestand	7078	289	404	1039	4377	205	1202	13117	1171	162	2263	79	1002

## Sächsisches Landessozialgericht Bestand nach Fachgebieten (Berufungen, einstw. Rechtschutz, Beschwerden)

Stand: 31.12.2020



Sachgebiet	010/170	020	030	040	050	060	070	080	090/180	100	110	130	900
	KR/BA	KA	P	U	R,KN,LW	R ZV	AL	AS/BK	AY/SO	BL/VE	SB	EG/KG/SV	SF
Bestand	676	29	40	480	881	24	190	1583	150	43	323	16	48

Legende					
KR/BA	Krankenversicherung	R,KN,LW	Rentenversicherung Bund/Knappschaft/Landwirtschaft	AL	Arbeitslosenversicherung
KA	Kassenarztrecht	R ZV	Rentenversicherung-Zusatzversorgung	BL/VE	Landesblindengeld/Soziales Entschädigungsrecht
P	Pflegeversicherung	AY/SO	Asylbewerberleistungsgesetz/Sozialhilfe	SB	Schwerbehindertenrecht
U	Unfallversicherung	AS/BK	Grundsicherung für Arbeitsuchende/Bundeskindergeld	EG/KG/SV	Erziehungsgeldrecht/Kindergeldrecht/Sonstiges
				SF	Sonstige Verfahren

### 5. Verfahrensdauer

Die durchschnittliche Verfahrensdauer von Klageverfahren bei den Sozialgerichten betrug 2020 17,3 Monate gegenüber 15,6 Monaten im Jahr 2019. Auf eine Entscheidung durch Urteil mussten die Beteiligten durchschnittlich 29,5 Monate (2019: 26 Monate) warten; Verfahren, die durch Gerichtsbescheid ohne mündliche Verhandlung entschieden wurden, endeten im Schnitt nach 21,5 Monaten. Hier zeigt sich das umgekehrte Bild zum vergangenen Jahr: bei niedrigeren Eingängen – wie jetzt – können mehr ältere Bestandsverfahren bearbeitet und zu einer gerichtlichen Entscheidung gebracht werden, also erhöht sich die durchschnittliche Laufzeit durch die Abarbeitung der älteren Bestandsverfahren.

Am Landessozialgericht dauerten Berufungsverfahren 2020 durchschnittlich 20,4 Monate, etwas weniger als im Vorjahr mit 21,4 Monaten. Bis ein Verfahren durch Urteil, in der Regel nach einer mündlichen Verhandlung, entschieden wurde, vergingen im Schnitt 27,3 Monate (2019: 25,9 Monate; 2018: 23,5 Monate). Für ein Verfahren durch zwei Instanzen betrug die Dauer 2020 im Schnitt 3 Jahre und 8 Monate – genauso lange wie 2018 –; bis zu einem Urteil des Landessozialgerichts vergingen wie 2019 im Schnitt 4 Jahre und 2 Monate. In 50 Prozent der Fälle waren die Verfahren zwei Jahre nach dem Eingang der Berufungsschrift erledigt (2019: 56,71 Prozent). Auch am Landessozialgericht nimmt die statistisch erfasste Verfahrensdauer insgesamt zu, weil mehr ältere Verfahren erledigt, also Bestände abgebaut werden.

Die Eilverfahren dauerten an den Sozialgerichten 1,4 Monate nach 1,2 Monaten in den Jahren zuvor. Dies ist ein im wesentlichen konstanter Wert, der belegt, dass die Sozialgerichtsbarkeit auch in der Pandemie in dringenden Fällen sehr schnell über den beantragten Rechtsschutz entscheidet. Die entsprechenden Beschwerdeverfahren in der 2. Instanz wurden im Schnitt nach sieben Monaten erledigt. Der Mittelwert für die Dauer der gerichtlichen Eilverfahren durch zwei Instanzen lag bei 9,3 Monaten (2019: 8,1 2018: 6,8). In 61,72 Prozent der Fälle waren die gerichtlichen Eilverfahren einschließlich des Beschwerdeverfahrens allerdings schon innerhalb von sechs Monaten endgültig beendet (158 von 256 erledigten Eilverfahren).

Die übrigen Beschwerdeverfahren beim Landessozialgericht (überwiegend gegen die Ablehnung von Prozesskostenhilfe durch die Sozialgerichte) dauerten im Durchschnitt 10,9 Monate (2018: 9,4 Monate). In Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren wurde nach durchschnittlich 15,9 Monaten (2019: 17,8 Monate; 2018: 12,1 Monate) entschieden. Die Beschlussquote beim Landessozialgericht in allen Beschwerdeverfahren pendelt sich im Bereich von 77 Prozent ein (2019: 79,86 Prozent; 2018: 77 Prozent).

## **II. Entwicklung in den verschiedenen Rechtsgebieten**

### **1. Streitigkeiten um Arbeitslosengeld II nach wie vor größter Posten**

Der Anteil der sog. Hartz IV-Verfahren sank 2020 an den Sozialgerichten weiter auf 7.643; 2019 waren es noch 9.731 Neueingänge in diesem Rechtsgebiet. Wegen der insgesamt gesunkenen Eingangszahlen machen diese Hartz-IV-Verfahren immer noch 39,34 Prozent aller neuen Verfahren aus (2019: 35,91 Prozent 2018: 46,7 Prozent und 2017 noch 50 Prozent). Beim Landessozialgericht haben die neuen 1.073 Verfahren aus diesem Gebiet wie schon in der Vergangenheit einen Anteil von 33,21 Prozent an den Gesamteingängen.

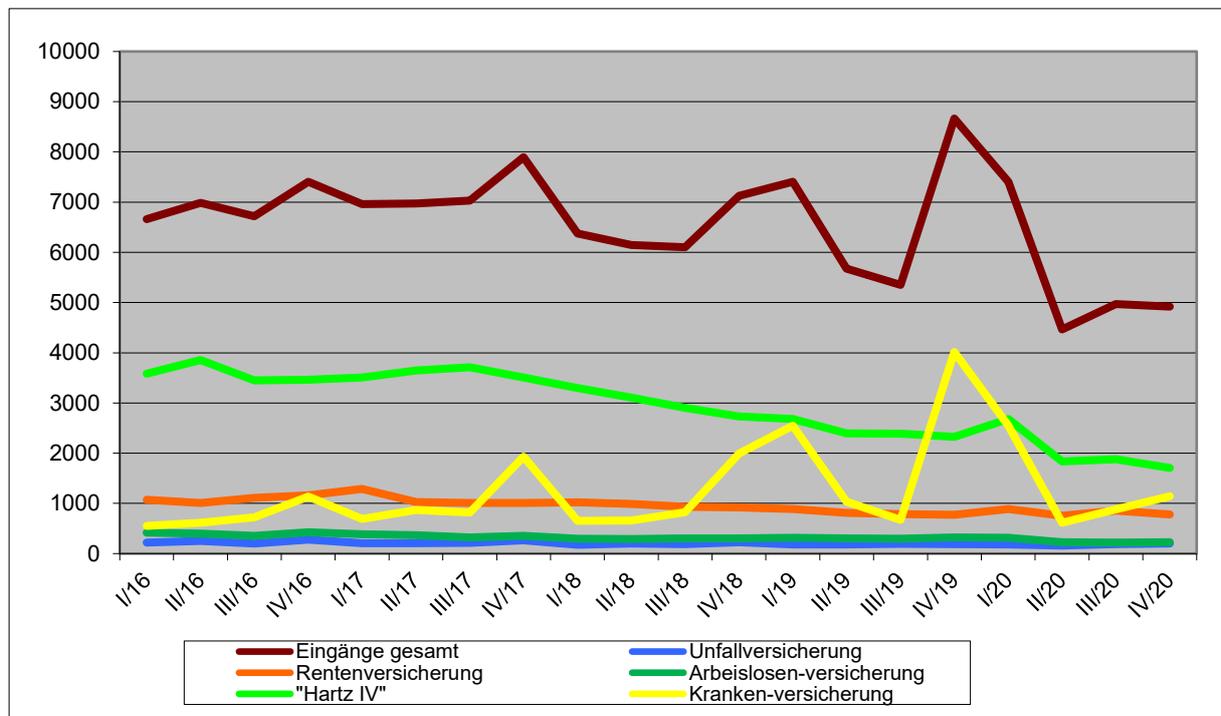
Hinter den SGB II-Klagen an den Sozialgerichten liegen abermals die Zahl der Verfahren aus dem Sachgebiet der gesetzlichen Krankenversicherung (KR) mit zwar nur noch 3.327 Neueingängen (also 17,12 Prozent aller Eingänge) gegenüber 8.267 im Jahr 2019, was einen Rückgang in diesem Sachgebiet um 59,76 Prozent entspricht, direkt gefolgt von den 3.134 Rentenverfahren mit einem Anteil von 16,13 Prozent an der Gesamtzahl aller neuen Verfahren. Beim Landessozialgericht stellen die Berufungsverfahren aus dem Rentenversicherungsrecht wie stets den zweitgrößten Posten mit 23,34 Prozent. Konstant an dritter Position sind hier die Verfahren aus dem Krankenversicherungsrecht (558 Verfahren entsprechen 17,27 Prozent). Teilweise ist dies zurückzuführen auf die erste KR-Klagewelle vom November 2018, die sich nicht – wie erhofft – im größerem Umfang durch gütliche Regelungen zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen erledigen, sodass erste Entscheidungen der Sozialgerichte aus der Klagewelle von November 2018 beim Landessozialgericht zur Überprüfung gestellt werden.

Einstweiliger Rechtsschutz wird nach wie vor vor allem in den Rechtsgebieten angestrebt, in denen um existenzsichernde Leistungen gestritten wird. Verfahren zum Grundsicherungsrecht nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) und SGB XII (Sozialhilfe) machen 73 Prozent aller Eilverfahren an den Sozialgerichten aus. So mussten die Sozialgerichte noch in 981 bzw. 147 Fällen vorläufigen Rechtsschutz gewähren. Beschwerden gegen Eilbeschlüsse der Sozialgerichte gab es trotz der Rechtsmittelbeschränkung für Streitigkeiten mit einem Gegenstandswert bis 750,00 Euro noch in 130 (SGB II) bzw. 32 (SGB XII) Fällen. Zu Hauptsacheverfahren kommt es danach teilweise nicht mehr. Beim Landessozialgericht ist das Verhältnis zwischen Berufungsverfahren im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (697), die im Jahr 2020 anhängig gemacht wurden, nach wie vor höher als die Zahl der Berufungen zu Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II (422) oder dem SGB XII (62).

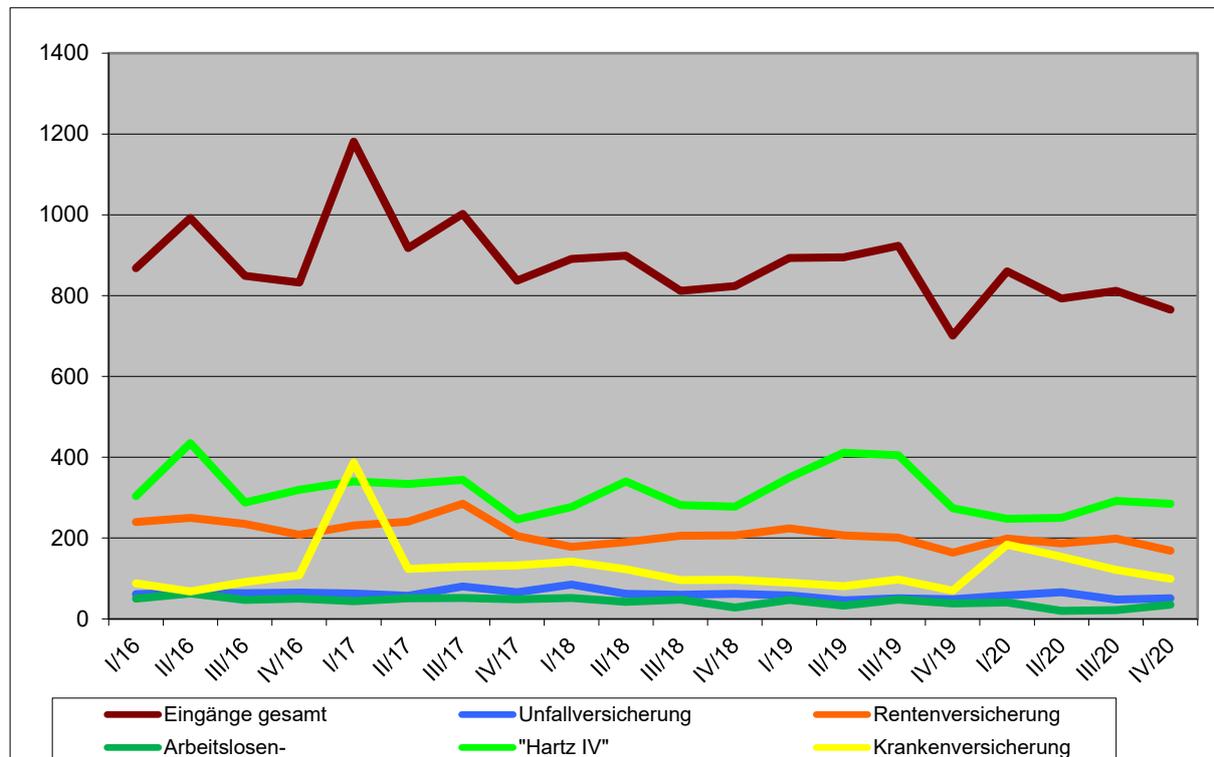
Während bei den Sozialgerichten in fast allen Rechtsgebieten rückläufige oder im Wesentlichen gleichbleibende Eingangszahlen zu beobachten sind, steigen die Eingänge in Bereich des Schwerbehindertenrechts nun schon im zweiten Jahr leicht an. Bedeutend ist – wie bereits erwähnt – der Rückgang der Eingänge bei den Verfahren im Krankenversicherungsrecht (– 59,76 Prozent) und im Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende (– 21,46 Prozent). Beim Landessozialgericht waren neben dem erneuten Anstieg im Bereich Krankenversicherungsrecht nunmehr auch erhöhte Eingangszahlen im Bereich der Unfallversicherung, des Schwerbehindertenrechts und der Betriebsprüfungs-/statusrechtlichen Verfahren zu verzeichnen. Leichte Rückgänge sind nur bei den Rentenverfahren, dem Recht der Arbeitsförderung und der Grundsicherung nach dem SGB II zu vermelden.

Die Kostensachen, die an den Sozialgerichten insbesondere 2017 mit 2.310 Verfahren in erheblichem Umfang Arbeitskraft beansprucht hatten, sind weiter zurückgegangen auf 1.239 Verfahren. Auch Befangenheitsanträge gegen Richterinnen und Richter bewegen sich auf dem üblichen Niveau mit 241 Ablehnungsgesuchen. Immer geringer wird die Bedeutung der sog. Güterichterverfahren, spezielle Verfahren, in denen mit Mitteln der Mediation eine umfassende Streitbeilegung angestrebt wird (Sozialgerichte: 4; Sächsisches Landessozialgericht: 7).

*Eingänge ausgewählter Fachgebiete (einschl. einstweiliger Rechtsschutz) bei den Sozialgerichten*



## Eingänge ausgewählter Fachgebiete (einschl. einstweiliger Rechtsschutz) beim Sächsischen Landessozialgericht



### 2. Revisionszulassung

In 13 Urteilen haben die Senate des Sächsischen Landessozialgerichts die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen, um Rechtsfragen grundsätzlicher Bedeutung klären zu lassen. Dies betraf in sieben Fällen Fragen aus dem Sozialhilferecht (SGB XII) und Asylbewerberleistungsrecht und verteilt sich ansonsten auf Fragen aus dem Krankenversicherungsrecht, dem Recht der Vertragsärzte, der sozialen Entschädigung, und der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II). In einem Fall wurde die Revision zugelassen, weil das Landessozialgericht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht gefolgt ist, also abweichend von einer höchstrichterlichen Entscheidung entschieden hat.

### 3. Prozesskostenhilfeanträge

Die sozialgerichtlichen Verfahren sind für Versicherte und Leistungsempfänger in der Regel gerichtskostenfrei und vor den Sozialgerichten, auch in der Berufungsinstanz, besteht kein Anwaltszwang. Dennoch ließen sich die Beteiligten noch 2018 in zwei Dritteln der erledigten Verfahren bei den Sozialgerichten und beim Landessozialgericht durch eine Rechtsanwältin

oder einen Rechtsanwalt vertreten. Dieser Wert geht seit zwei Jahren zurück und lag 2020 bei den Sozialgerichten bei 59,52 Prozent der erledigten Verfahren, beim Landessozialgericht sogar nur bei 50 Prozent.

Dem entsprechend ist die Zahl der Prozesskostenhilfeanträge zurückgegangen: 2020 haben die Gerichte der sächsischen Sozialgerichtsbarkeit insgesamt 4.599-mal (2019: 5.974; 2018: 6.862) hierüber entschieden, wobei Prozesskostenhilfe den bedürftigen Antragstellerinnen und Antragstellern an den Sozialgerichten in 77,19 Prozent der Fälle bewilligt wurde. Am Landessozialgericht wurden in zwei Dritteln der Fälle Prozesskostenhilfe bewilligt und Prozessbevollmächtigte beigeordnet.

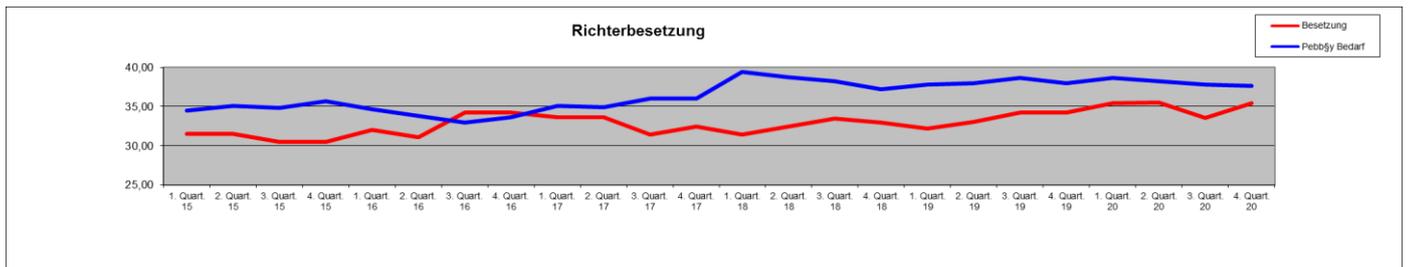
#### **4. Personalentwicklung**

\*\*Datenquelle Personalverwaltung (Stand Dezember 2020)

Infolge der gesunkenen Eingänge ist die Personalausstattung der drei sächsischen Sozialgerichte nach den Personalbedarfszahlen für die Richterstellen, die sich an den Verfahrenseingängen orientieren, auskömmlich (Ist-Bestand an richterlichen Arbeitskraftanteilen [AKA] 92,87; Bedarf zum 31. Dezember 2020: 80,88 AKA), um die neu eingehenden Verfahren abzarbeiten. Daneben konnten durch die gemessen an den Eingangszahlen rechnerische "Überbesetzung" bei rückläufigen Eingängen durch die angespannte Personalsituation in den vergangenen Jahren aufgelaufene Bestände in relevantem Umfang abgebaut werden (– 3.616, also eine Verringerung um 10 Prozent). Relativiert wird die „Überbesetzung“ durch die teils hohe Fluktuation an den Gerichten der ersten Instanz, wo Proberichterinnen und Proberichter zum Einsatz kommen, die in der Regel nur ein bis zwei Jahre bleiben, von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen eingearbeitet werden müssen und dann – sobald sie eine gewisse Routine erreicht haben – die Sozialgerichte wieder verlassen.

Nahezu auskömmlich besetzt sind inzwischen die Geschäftsstellen, deren Mitarbeiterzahl sich bis 31. Dezember 2020 wieder auf 145 reduzierte (mit 133,46 AKA) und die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Laufbahn 2 Einstiegsebene 1 (meist Rechtspfleger). Im Wachtmeisterdienst sind nur noch 27 Personen an allen drei Sozialgerichten beschäftigt, obwohl ein Bedarf von 28,5 AKA besteht. Dies ist gerade im Hinblick auf die infolge der Pandemie gestiegenen Hygiene- und Kontrollanforderungen für die Einlasskontrollen problematisch. Denn ausgerechnet die Wachtmeisterinnen und Wachtmeister stehen in der größten Gefahr, sich zu infizieren, so dass eine Vakanz in diesem Bereich sich besonders stark auswirkt.

Beim Landessozialgericht sind infolge der Ab- und Zugänge nach wie vor 40 Richterinnen und Richter beschäftigt, die Ende 2020 mit 35,45 AKA den anhand der Eingänge errechneten Bedarf an Richterstellen im Umfang von 37,62 AKA immer noch nicht deckten. Rückblickend ist das Landessozialgericht seit 2004 mehr oder weniger dramatisch unterbesetzt. Konstant blieb auch die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Geschäftsstellenbereich mit 29 Personen bei einem Gesamtarbeitskraftanteil von 26,87 AKA bei einem Bedarf von 28,45 AKA, bei den Wachtmeistern (5) und bei den Rechtspflegern (7).



**Herausgeber:**

Sächsisches Landessozialgericht  
Kauffahrtei 25  
09120 Chemnitz

**Redaktion:**

Yvonne Wagner, Richterin am Landessozialgericht  
Pressesprecherin  
[presse@lsg.justiz.sachsen.de](mailto:presse@lsg.justiz.sachsen.de)

**Gestaltung:**

Thomas Velikonja  
Diana Leutbecher

**Stand:**

März 2021

**Verteilerhinweis**

Diese Informationsschrift wird von dem Sächsischen Landessozialgericht im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

**Copyright**

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.