



Jahrespressebericht der Sächsischen Sozialge- richtsbarkeit 2021

Inhalt

Vorwort	3
Teil 1: Überblick über die Tätigkeiten im Geschäftsjahr 2021	5
A. Rechtsprechungsübersicht	5
I. Gesetzliche Krankenversicherung (KR)	5
II. Vertragsarztrecht (KA).....	8
III. Statusfeststellungsverfahren und Betriebsprüfung (BA)	11
IV. Unfallversicherung.....	14
V. Verfahren zur Überführung von Ansprüchen und Anwartschaften in den ehemaligen Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR in die gesetzliche Rentenversicherung	16
VI. Rentenversicherung	18
VII. Arbeitsförderung	19
VIII. Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II)	23
IX. Sozialhilferecht.....	29
X. Asylbewerberleistungen.....	31
XI. Prozessrecht.....	32
B. Das einzig Beständige ist der Wandel	38
I. Pilotierung der e-Akte am Landessozialgericht.....	38
II. Personalnachrichten.....	39
Teil 2: Statistischer Überblick 2021	40
I. Geschäftsentwicklung	40
1. Eingänge	40
2. Erledigungen.....	40
3. Erfolgsquoten	41
4. Zusammensetzung des Bestandes nach Rechtsgebieten.....	42
5. Verfahrensdauer	43
II. Entwicklung in den verschiedenen Rechtsgebieten	44
1. Streitigkeiten um Arbeitslosengeld II nach wie vor größter Posten	44
2. Prozesskostenhilfeanträge.....	47
3. Personalentwicklung	48

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2021 brachte der sächsischen Sozialgerichtsbarkeit wieder viele neue Herausforderungen. Auch wenn wir inzwischen gelernt haben, mit der Pandemie zu leben und uns an Masken und Kontaktbeschränkungen auch im beruflichen Alltag gewöhnt haben, war es doch sehr mühsam, die gerichtsinternen Regelungen immer wieder an sich ändernde Verordnungen anzupassen und die betrieblichen Abläufe entsprechend umzustellen. Vor allem die Einführung der 3G-Regel für die Gerichtsangehörigen erforderte vielfältige organisatorische Maßnahmen, die insbesondere für die Justizwachtmeistereien zusätzliche Aufgaben zur Folge hatten. Trotz allem musste der Sitzungsbetrieb aber nicht, wie noch im Jahr 2020, eingeschränkt werden. An allen Gerichten der sächsischen Sozialgerichtsbarkeit konnte fast wie in Vorpandemiezeiten verhandelt werden.

Bei wiederum deutlichem Rückgang der eingehenden Verfahren an den Sozialgerichten und erstmals auch am Landessozialgericht konnte erfreulicherweise der insgesamt nach wie vor hohe Verfahrensbestand an den Sozialgerichten deutlich, am Landessozialgericht in geringem Umfang, abgebaut werden. Dabei war die auf die Eingänge bezogene Besetzungsquote im richterlichen Bereich an den Sozialgerichten auch im letzten Jahr gut, während das Landessozialgericht wie bereits seit vielen Jahren unterbesetzt war. Die Fluktuation im richterlichen Bereich blieb hoch, wobei immerhin vier Richter*innen von den Sozialgerichten an das Landessozialgericht wechselten. Ein Richter am Landessozialgericht - Herr Karsten Neumann - wurde zum Richter am Bundesarbeitsgericht ernannt. Auch wenn wir seinen Weggang sehr bedauern, freuen wir uns doch mit ihm über diesen Erfolg.

Die größte Herausforderung im vergangenen Jahr war die Vorbereitung der Pilotierung der e-Verfahrensakte am Landessozialgericht. Es mussten nicht nur alle Arbeitsplätze neu ausgestattet werden, sondern auch die Sitzungssäle. Darüber hinaus wurden eine Scanstelle, ein Dateneinlesearbeitsplatz und ein Akteneinsichtspatz geschaffen. Eine Fülle von Dienstanweisungen und Leitfäden waren zu erarbeiten und – vor allem – alle mussten unter Pandemiebedingungen mit der Nutzung der neuen Technik vertraut gemacht werden. Es wurden zunächst für jeden der 10 Senate des LSG zwei Multiplikator*innen geschult und kurz vor Beginn der Pilotierung am 06.12.2021 alle Anwender*innen. Auch wenn das Projekt e-Akte beim Sächsischen Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung (SMJusDEG), in dem auch viele Bedienstete der Sozialgerichtsbarkeit mitwirken, hierfür federführend war und die Mitarbeiter*innen der Leitstelle für Informationstechnologie der sächsischen Justiz die Umstellung in technischer Hinsicht unter großem Einsatz bewerkstelligten, war es doch auch für diejenigen, die am Landessozialgericht zusätzlich

zu ihren sonstigen Aufgaben die Pilotierung vorbereiteten, eine Herkulesaufgabe, die sehr gut bewältigt wurde. Ganz herzlichen Dank hierfür vor allem an die Mitarbeiter*innen des IT-Referats! Am 06.12.2021 war dann alles vorbereitet, alle waren geschult, viele Unterstützer*innen aus dem Projekt e-Akte und von den Sozialgerichten standen bereit und alle waren sehr gespannt, wie das Arbeiten mit der e-Akte sein würde. Diese Spannung musste dann noch zwei Tage länger ertragen werden, da es bei der Migration der Daten vom früheren in das neue System zu Verzögerungen kam und die EDV für zwei Tage nicht genutzt werden konnte. Danach ging es endlich los und bald zeigte sich, dass trotz vieler Probleme und teilweise umständlicher Vorgänge das System grundsätzlich funktionierte. Noch sind wir alle in der Einarbeitung und es wird sicher noch eine ganze Weile dauern, bis wir uns an das Arbeiten mit der e-Verfahrensakte gewöhnt haben. Aber es war doch eine große Erleichterung zu sehen, dass auftretende Probleme gelöst wurden und der Arbeit mit der e-Verfahrensakte keine unüberwindlichen Hindernisse entgegenstehen. Insgesamt haben wir die Umstellung sehr gut bewältigt. Dies war aber nur möglich, weil nicht nur an der Vorbereitung der Pilotierung Mitarbeiter*innen mit enormem Engagement mitgewirkt haben, sondern alle Gerichtsangehörigen sich der neuen Aufgabe mit großer Bereitschaft und viel Tatkraft gestellt haben. Vielen Dank hierfür an Sie alle!

Der digitalen Welt sind wir damit noch näher gerückt. Die Pandemie hatte schon im Jahr 2020 dazu geführt, dass wir uns an virtuelle Konferenzen und Besprechungen gewöhnt haben und es inzwischen zu schätzen wissen, dass an Besprechungen, für die sonst viele Stunden in Autos oder Zügen verbracht worden wären, jetzt bequem vom dienstlichen oder häuslichen Arbeitsplatz aus teilgenommen werden kann. Zwar konnten vor allem die Richter*innen auch bisher schon von zu Hause aus arbeiten, aber jetzt können Verfahrensakte erstmals vollständig von allen und ortsunabhängig bearbeitet werden. Dass die Richter*innen zu den mündlichen Verhandlungen noch persönlich erscheinen müssen, wirkt da fast schon anachronistisch, hat aber mindestens für die Älteren unter uns auch etwas Beruhigendes.

Ich selbst werde nicht mehr aktiv im Dienst sein, wenn es soweit ist. Aber ich freue mich, wenigstens den Beginn des Abenteuers „e-Verfahrensakte in der Justiz“ noch miterlebt zu haben und bin sicher, dass in der sächsischen Sozialgerichtsbarkeit auch künftige Herausforderungen mit gleichermaßen viel Tatkraft und Engagement bewältigt werden.

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse!

Ihre



Dorrit Klotzbücher
Präsidentin des Sächsischen Landessozialgerichts

Teil 1: Überblick über die Tätigkeiten im Geschäftsjahr 2021

A. Rechtsprechungsübersicht¹

I. Gesetzliche Krankenversicherung (KR)

- 1. Die Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gilt nur für Personen mit Wohnsitz oder ständigem Aufenthalt im Inland.*
- 2. Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung nach Übersiedlung nach Spanien führt dazu, dass die betreffende Person bei Rückkehr nach Deutschland als zuletzt privat krankenversichert i.S. von § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst b SGB V anzusehen ist.*
- 3. Selbst, wenn nach deutschem Recht für die Bestimmung des früheren Versicherungsschutzes i.S.v. § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst a und b SGB V nur Inlandssachverhalte maßgeblich sein sollten, gebietet das europäische Gemeinschaftsrecht eine Gleichstellung von Sachverhalten, die in anderen EU-Mitgliedstaaten eingetreten sind.*
- 4. Schon vor Inkrafttreten von Art. 5 Buchst b EGV 883/2004 waren in anderen EU-Mitgliedstaaten eingetretene Sachverhalte solchen gleichzustellen, die in Deutschland eingetreten sind.*
- 5. Die Koordinierungsvorschriften des europäischen Gemeinschaftsrechts schließen es nicht aus, dass bei einem Umzug in einen anderen EU-Mitgliedstaat nach nationalem Recht ungünstige Rechtsfolgen eintreten können.*

Die in den 1940er Jahren geborenen Kläger waren freiwillig gesetzlich versichert, bevor sie 1999 nach Spanien auswanderten, ohne dort eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. In Spanien schlossen sie einen privaten Krankenversicherungsvertrag ab. Später bezogen beide Kläger eine Altersrente der Deutschen Rentenversicherung; eine Krankenversicherung der Rentner trat nach Erreichen der Altersgrenze nicht ein. 2007 erkrankte der Kläger und musste operiert werden, was von der sofortigen Bezahlung einer Titanabdeckung der Schädeldecke abhängig gemacht worden sei, für die die spanische Krankenversicherung nicht aufkommen sei. Insgesamt hätten die Kläger 7.000,00 EUR zur Krankenhausbehandlung zuzahlen müssen. Nach Bekanntwerden des neuen Gesetzes (gemeint: des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007) hätten die Kläger telefonisch bei der Beklagten angefragt, ob eine Wiederaufnahme möglich sei, was ihnen bestätigt worden wäre. Nach Rückübersiedlung in die Bundesrepublik Deutschland zeigten die Kläger am 01.07.2008 bei der Beklagten eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V an; die Beklagte lehnte eine Mitgliedschaft ab, weil zuletzt eine private Krankenversicherung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union bestanden habe. Einstweiliger Rechtsschutz, Klage und Berufung waren erfolglos.

Die von den Klägern geführte Status-Klage ist unbegründet. Denn die Kläger sind nicht seit dem 30.06.2008 bei der Beklagten krankenversichert. Die ehemals freiwillige Mitgliedschaft des Klägers bei der Beklagten – einschließlich der daran anknüpfenden Familienversicherung der Klägerin – dauerte nach der Übersiedlung nach Spanien nicht an, weil für den Senat feststeht, dass die durch Kündigung zum 30.04.1999 endete. Sie ist auch nicht aufgrund einer

¹ Soweit nicht anders angegeben, sind die Entscheidungen unter juris veröffentlicht

Fehlberatung als fortdauernd zu behandeln, weil eine Pflichtverletzung nicht festgestellt werden kann. Eine beitragsfreie Stilllegung der freiwilligen Mitgliedschaft, wie sie Ziel des Klägers war, war damals nicht möglich. Die Beklagte hatte auch auf die Möglichkeit hingewiesen, die Krankenversicherung bei ihr mit Leistungsanspruch in Spanien fortzusetzen. Eine Mitgliedschaft in der Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V scheidet ebenfalls aus. Denn die Voraussetzungen für eine Auffangversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllten die Kläger weder bei deren Einführung im Jahr 2007 noch bei ihrer Rückkehr nach Deutschland im Jahr 2008. Einer Mitgliedschaft der Kläger bei der Beklagten steht entgegen, dass sie aufgrund ihrer privaten Krankenversicherung in Spanien nach der Rückkehr nach Deutschland nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind.

Urteil vom 27. Januar 2021 – L 1 KR 732/17 – (Revision anhängig B 12 KR 6/21 R)

- 1. Weil der Anspruch aus § 13 Abs. 3a SGB V auf Kostenerstattung oder Kostenfreistellung gerichtet ist, scheidet er aus, wenn der Versicherte die beantragte Leistung als Naturalleistung (hier: nach § 43 SGB I) erhalten hat.*
- 2. Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung können während einer Fahrt nicht beansprucht werden, weil Transportmittel keine "geeigneten Orte" im Sinne von § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V sind.*
- 3. § 60 SGB V begründet keinen Anspruch auf Übernahme von Fahrkosten zur Schule.*
- 4. Eine Krankenkasse schuldet auch dann nicht nach § 60 SGB V die Übernahme von Fahrkosten zur Schule, wenn dort an den versicherten Schüler Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbracht werden.*
- 5. Die Rechtsfolgen des § 14 SGB IX löst nicht jeder bei einem Rehabilitationsträger gestellte Leistungsantrag aus, sondern nur ein auf Leistungen zur Teilhabe gerichteter Antrag.*
- 6. Die kurativen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unterfallen nicht § 14 SGB IX.*
- 7. Eine Krankenkasse bleibt auch nach einem bei einem anderen Rehabilitationsträger gestellten Antrag auf Teilhabeleistungen weiterhin für kurative Leistungen an den Antragsteller zuständig.*
- 8. Eine Krankenkasse wird durch einen bei ihr gestellten Antrag auf kurative Leistungen nicht nach § 14 SGB IX für daneben in Betracht kommende Teilhabeleistungen zuständig.*

Die 2006 geborene Klägerin begehrte von ihrer Krankenkasse die Übernahme der Kosten für Krankentransporte in Begleitung einer medizinischen Fachkraft für die Fahrt von der Wohnung zur Schule und zurück im Schuljahr 2013/2014. Sie leidet seit ihrer Geburt an einer Erregungsleitungsstörung des Herzens (Long-QT-Syndrom [LQTS]) mit körperlichen Leistungsdefiziten und allgemeiner Minderbelastbarkeit. Ihr sind ein Grad der Behinderung von 100 sowie die Merkzeichen "G", "aG" und "H" zuerkannt; sie bezieht Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Zum Schuljahr 2013/2014 erfolgte ihre Aufnahme in die 1. Klasse der X....-Schule Y...., einer Schule für körperbehinderte Menschen. Der Sozialhilfeträger teilte auf ihren Antrag mit, er komme eventuell als nachrangiger Leistungsträger in Frage; die Klägerin solle sich an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder an die Schule wenden. Die ärztliche Verordnung leitete er an die Krankenkasse weiter. Nach Beiziehung diverser medizinischer und sozialmedizinischer Befunde und Stellungnahmen lehnte die Beklagte die Kostenübernahme mangels medizinischer Erforderlichkeit ab. Nach Einholen eines Sachverständigengutachtens wies das Sozialgericht die Klage ab. Die Berufung war erfolglos. Zwar verfolgt die Klägerin ihr Begehren zulässigerweise mit der kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage nach § 54 Abs. 1 Satz 1, § 55 Abs. 1 und § 56 SGG. Nach wie vor ist das Ziel der Klägerin – neben der Aufhe-

bung der entgegenstehenden Entscheidung der Beklagten –, den Rechtsgrund für das "Behaltendürfen" der in der Vergangenheit vorläufig erbrachten Leistungen festzustellen lassen. Hat ein Leistungsträger bereits vorläufig geleistet, kann er deshalb nicht erneut zu Leistung, auch nicht im Sinne einer Kostenfreistellung, verurteilt werden; es bedarf lediglich der Feststellung, dass die Leistung nicht nur vorläufig zu Recht erbracht wurde. Dies gilt mit Blick auf die Erfüllungsfiktion des § 107 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) auch dann, wenn – wie hier – ein anderer als der beklagte Leistungsträger nach § 43 SGB I vorläufig geleistet und einen Erstattungsanspruch angemeldet hat. § 60 SGB V begründet keinen Anspruch auf Übernahme von Fahrkosten zur Schule. Denn nur die Kosten für Fahrten, die im Zusammenhang mit einer Leistung der GKV aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind, übernimmt die Krankenkasse nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Beim Schulunterricht handelt es sich indessen nicht um eine Leistung der GKV. Eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist auch bei Schülern ausgeschlossen, die aus gesundheitlichen Gründen nur mit dem Krankentransport zur Schule befördert werden können. Denn in dem von § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V verlangten "Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse" stehen Fahrten nur, wenn sie erforderlich sind, um den Versicherten an den Ort zu transportieren, an dem die Hauptleistung der GKV bestimmungsgemäß zu erbringen ist. Daran fehlt es beim Schulbesuch. § 60 Abs. 1 SGB V ist auch keiner erweiterten Auslegung im Sinne einer entsprechenden Heranziehung der Fahrkostenregelung für den Schulbesuch zugänglich; er benennt vielmehr abschließend die Hauptleistungen, für die eine Beförderung des Versicherten aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sein müssen. Eine Krankenkasse schuldet auch dann nicht nach § 60 SGB V die Übernahme von Fahrkosten zur Schule, wenn dort an den versicherten Schüler Leistungen der häuslichen Krankenpflege – insbesondere in Gestalt spezieller Krankenbeobachtung – erbracht werden. Auch wenn ein Schüler an der Schule Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhält, ist rechtlich wesentliche Bedingung für seine Fahrt zur Schule nicht die Inanspruchnahme dieser Leistung der GKV, sondern des Schulunterrichts, der von den Krankenkassen nicht geschuldet wird. Die (Haupt-)Leistung der GKV muss jedoch rechtlich wesentliche Bedingung der Fahrt sein. Nach der Lehre der wesentlichen Bedingung sind kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen im Sinne nicht hinwegdenkbarer Bedingungen eines Erfolgs (*conditio sine qua non*), die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Zusätzlich scheidet die Übernahme der Fahrkosten zur Schule im Falle der Klägerin aus tatsächlichen Gründen aus.

Urteil vom 21. April 2021 – L 1 KR 539/17 – rechtskräftig

Ein unvermeidbarer Verwurf im Sinne der Ziffer 3.6 der Anlage 3 der Hilfstaxe liegt auch dann vor, wenn eine Weiterverarbeitung des Anbruchs entgegen der Vorgaben in der Fachinformation außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung erfolgen würde.

Der Kläger, Inhaber einer Apotheke, stellte auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung Lösungen mit dem Wirkstoff "Decitabin 25mg in 100ml NaCl 0,9 % Sekundarleit. INF LL Normal Fresenius 4x" her und gab sie einen Versicherten der Beklagten ab. Er rechnete bei der Beklagten einen Betrag in Höhe von 7.987,88 EUR ab, nämlich 100mg des für die Herstellung verwendeten Wirkstoffs Decitabin und weitere 100mg des Wirkstoffs als Verwurf. Die Beklagte beanstandete diese Abrechnung und verrechnete den streitigen Betrag später. Mit seinem Einspruch machte der Kläger geltend, dass es sich bei Decitabin um einen instabilen Wirkstoff handele. Das Konzentrat müsse innerhalb von 15 Minuten mit Infusionsflüssigkeit verdünnt werden. Die zubereitete verdünnte Infusionslösung könne bei Raumtemperatur für maximal zwei Stunden, bei Verdünnung mit vorgekühltem Lösungsmittel für maximal sieben Stunden

bei 2°C bis 8°C und anschließend zwei Stunden bei Raumtemperatur aufbewahrt werden. Die Klage war erfolgreich. Die Berufung der Beklagten wies der Senat zurück. Der Vergütungsanspruch des Klägers für die Herstellung der parenteralen Lösungen für den Versicherten durch Herstellung der verbrauchsfähigen Lösung mit dem Wirkstoff Decitabin ist nicht durch Aufrechnung gemäß § 61 Satz 2 SGB X i.V.m. § 389 BGB erloschen, denn der Beklagten stand kein Rückzahlungsanspruch zu. Grundlage für die Preisbildung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist die Arzneimittelpreisverordnung. Als Erweiterung dazu legt der "Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen (§§ 4 und 5 der Arzneimittelpreisverordnung)" – sog. Hilfstaxe – unter anderem Preise für Ausgangssubstanzen fest, die bei der Berechnung von Rezepturpreisen herangezogen werden. Vergütungsregelungen, die für eine routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungs- oder Leistungsfällen vorgesehen sind, sind im Allgemeinen streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln auszulegen. Die Anlage 3 Teil 1 in der hier anzuwendenden Fassung (bis 31.12.2014) der Hilfstaxe enthält Regelungen für die "Preisbildung für parenterale Lösungen". Für die Bildung der abrechnungsfähigen Mengen gelten die Festlegungen gemäß Ziffer 3 der Anlage 3 der Hilfstaxe. Ziffer 3.6 lautet: "Ein unvermeidbarer Verwurf ist eine nicht mehr weiterverarbeitbare Teilmenge. Nicht mehr weiterverarbeitbar sind Anbrüche, deren Haltbarkeit überschritten ist oder die aus rechtlichen Gründen nicht in einer anderen Rezeptur verarbeitet werden dürfen. Nicht angebrochene abgeteilte Packungseinheiten sind kein unvermeidbarer Verwurf." Ziffer 3.8 der Anlage 3 Teil 1 der Hilfstaxe regelt die Abrechnung unvermeidbare Verwürfe i.S. der Ziffer 3.6. Der Wirkstoff Decitabin wurde erst ab 01.01.2015 ausdrücklich – mit dem Hinweis "sofort zu verwenden" – in den Anhang 1 zur Hilfstaxe aufgenommen. Das SG hat zutreffend entschieden, dass die vom Kläger abgerechneten nicht verwertbaren Teilmengen abrechenbare unvermeidbare Verwürfe nach Ziffer 3.6 Satz 2 i.V.m. Ziffer 3.8. lit. c) der Hilfstaxe darstellen. Bereits dem Wortlaut ist zu entnehmen, dass ein unvermeidbarer Verwurf abrechnungsfähig ist, wenn seine Haltbarkeit überschritten ist oder aus rechtlichen Gründen nicht in einer anderen Rezeptur verarbeitet werden darf. Dies war bei dem verwendeten Wirkstoff Decitabin bereits vor der ausdrücklichen Erwähnung ab dem 01.01.2015 der Fall, wobei keine Möglichkeit der weiteren Verwendung innerhalb von 24 Stunden in einer weiteren Rezeptur bestand. Die Möglichkeit der weiteren Verwendung setzt die rechtliche Zulässigkeit der weiteren Verwendung voraus, die sich vor der ausdrücklichen Erwähnung des Wirkstoffs Decitabin im Anhang 1 zur Hilfstaxe aus den Fachinformationen des Herstellers des vom Kläger verwendeten Arzneimittels ergab. Der in der Berufungsinstanz wiederholte pauschale Hinweis der Beklagten auf das Vorliegen einer Mischkalkulation und der damit verbundenen fehlenden Unbilligkeit für den Kläger rechtfertigen nicht die vom Wortlaut der Hilfstaxe nicht erfasste Auslegung der Beklagten und die von ihr vorgenommene Retaxierung.

Urteil vom 28. Juli 2021 – L 1 KR 220/18 – rechtskräftig

II. Vertragsarztrecht (KA)

- 1. Für den Streit über die Höhe des zu zahlenden vertragsärztlichen Honorars ist auch im Falle einer Globalzession der pfändbaren Honoraransprüche der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben.*
- 2. Die Abtretung vertragsärztlicher Honoraransprüche ist kein Fall des § 53 SGB I.*
- 3. Bei der Abtretung vertragsärztlichen Honorars ist die Kassenärztliche Vereinigung als Drittschuldnerin zwar verpflichtet, den nach §§ 850a, 850c, 850d ZPO pfändbaren Anteil des Honoraranspruchs zu berechnen. Die Kassenärztliche Vereinigung sie ist jedoch nicht*

befugt, über die Erhöhung des pfändungsfreien Betrages analog § 850f ZPO zu entscheiden; dies ist im Verhältnis der Parteien des Abtretungsvertrages zivilgerichtlich zu klären.

Streitig war eine Erhöhung des der Antragstellerin von ihrem vertragsärztlichen Honorar pfändungsfrei zu belassenden Betrages. Die Antragstellerin, eine Fachärztin für Augenheilkunde hatte als Sicherheit für zwei 2010 den "der Pfändung unterworfenen Teil (§ 400 BGB) ihrer sämtlichen bestehenden und künftigen Forderungen" gegen die Antragsgegnerin – eine Kassenärztlichen Vereinigung – an die beigeladene Bank abgetreten. Nach der Eröffnung des Insolvenzverfahrens und der Erklärung der Insolvenzverwalterin gemäß § 35 Abs. 2 Insolvenzordnung, dass das Vermögen der Antragstellerin aus der selbständigen Tätigkeit nicht zur Insolvenzmasse gehöre und Ansprüche aus dieser Tätigkeit nicht im Insolvenzverfahren geltend gemacht werden könnten, zahlte die Antragsgegnerin nach Offenlegung der Abtretung den pfändbaren Teil des vertragsärztlichen Honorars an die Beigeladene aus. Nachdem der der Antragstellerin 2018 Restschuldbefreiung erteilt worden war, wurde das Insolvenzverfahren 2019 eingestellt. Im Honorarbescheid wies die Antragsgegnerin dementsprechend einen Betrag als Einbehalt vom Honorar der Antragstellerin für das Quartal IV/2019 aus und teilte ihr mit, dass sie als Drittschuldnerin verpflichtet sei, den Betrag an die Beigeladene zu leisten. Am 27.04.2020 hat die Antragstellerin beim SG den Erlass einer einstweiligen Anordnung mit dem Ziel der Auszahlung des abtretungsbedingten Einbehalts an sie selbst beantragt. Um den Anforderungen der Hard- und Software an die Telematikinfrastruktur einschließlich der Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung zu genügen und auch um Honorarkürzungen nach § 291 Abs. 2b SGB V zu vermeiden, müsse sie ihr veraltetes PC-Betriebssystem umstellen, da seit Januar 2020 der Support hierfür eingestellt sei. Die Antragsgegnerin ist dem Antrag entgegengetreten, weil für das Begehren weder der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben noch sie die richtige Antragsgegnerin sei. In welchem Umfang die Beachtung eines erhöhten Pfändungsfreibetrages nach § 850f ZPO zu geschehen habe, sei zwischen der Antragstellerin und der beigeladenen Bank zivilrechtlich zu klären.

Das Sozialgericht hat den Antrag abgelehnt, die Beschwerde dagegen war erfolglos. Für dieses Begehren ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Es handelt sich hier schon deshalb um eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit i.S.d. § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG, weil um die Rechte aus dem Honorarbescheid einer Kassenärztlichen Vereinigung in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung gestritten wird; dies gilt nach § 51 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 SGG ausdrücklich auch, soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden. Die Antragstellerin macht geltend, sie habe Anspruch auf höhere Zahlung vertragsärztlichen Honorars durch die Antragsgegnerin an sich selbst. Für die Durchsetzung eines solchen Zahlungsanspruchs gegen eine Kassenärztliche Vereinigung ist der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Der Umstand, dass der Honoraranspruch an die Beigeladene abgetreten worden ist, ändert die öffentlich-rechtliche Natur des Honoraranspruchs ebenso wenig wie eine Pfändung und Überweisung einer Forderung. Das vorliegende Streitverhältnis zeichnet sich dadurch aus, dass die Rechtsbeziehungen der Beteiligten verschiedenen Rechtsgebieten zugehören: Während das Rechtsverhältnis zwischen der Antragsgegnerin und der Antragstellerin dem öffentlichen Recht zuzuordnen ist, wird das Rechtsverhältnis der Antragstellerin zur Beigeladenen rein zivilrechtlich bestimmt. Auch ist die Antragsgegnerin passivlegitimiert, weil sie über die Höhe des Honoraranspruchs der Antragstellerin zu entscheiden hat. Erst durch den Erlass des Honorarbescheides konkretisiert sich der bis dahin nur allgemeine Anspruch des Vertragsarztes auf Honorarteilhabe zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch. Der Umstand, dass die Antragstellerin ihre Ansprüche an die Beigeladene abgetreten hat, ändert an der Verpflichtung der Antragsgegnerin, über die Höhe des Honoraranspruchs durch Honorarbescheid zu entscheiden, zunächst nichts. Im Falle der Abtretung des der Pfändung unterworfenen Teils der Honoraransprüche eines Vertragsarztes ist die Kassenärztliche Vereinigung als Drittschuldnerin auch berechtigt und verpflichtet, gemäß § 400 BGB die Höhe der abgetretenen Honorarforderung unter Beachtung der Pfändungsschutzvorschriften der §§ 850 ff. ZPO zu berechnen. Die Antragsgegnerin ist aber nicht

befugt, über die Erhöhung des pfändungsfreien Betrages zu entscheiden, so dass die Antragstellerin von ihr keine Erhöhung des Pfändungsfreibetrages gemäß § 850f Abs. 1 Buchst. b ZPO verlangen kann. Denn die Entscheidung, ob der pfändungsfreie Betrag zu erhöhen ist, betrifft die Ebene des Abtretungsvertrages, an dem der Drittschuldner nicht beteiligt ist. Die Frage, wie tief durch die Abtretung in das Einkommen des Zedenten eingegriffen werden darf, ist eine Frage des Übermaßverbotes, die im Verhältnis der Vertragsparteien, mithin zwischen Zedent und Zessionar, zu klären ist. Dementsprechend fällt die Entscheidung über die Erhöhung des pfändungsfreien Betrages nach § 850f ZPO und damit über den Umfang der Abtretung in den Zuständigkeitsbereich des Prozessgerichts und ist im (Zivil-)Prozess zwischen Zedent und Zessionar zu treffen Selbst, wenn dies anders zu beurteilen wäre, könnte der Antrag keinen Erfolg haben, weil die Antragstellerin die Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung nicht glaubhaft gemacht hat. Eine Hinterlegung kommt ebenfalls nicht in Betracht.

Beschluss vom 4. Januar 2021 – L 1 KA 2/20 B ER – rechtskräftig

- 1. Ein ausgelagerter Praxisraum befindet sich nur dann im Sinne des § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV in "räumlicher Nähe" zum Vertragsarztsitz, wenn die Entfernung wenige Kilometer beträgt. Mehr als 15 Kilometer sind keinesfalls "räumlich nah".*
- 2. Ein vertragsärztlicher Leistungserbringer kann durch eine Untätigkeit einer vertragsärztlichen Institution in seinen eigenen Rechten verletzt sein, wenn die von ihm beanstandete wettbewerbliche Tätigkeit eines Konkurrenten besonders schwerwiegend gegen nicht lediglich status- oder versorgungsneutrale Regelungen des Vertragsarztrechts verstößt.*

Im Streit stand die vorläufige Verpflichtung zur Untersagung der Nutzung ausgelagerter Praxisräume. Antragsteller war Träger eines Krankenhauses, der im Planungsbereich A ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ Z) u.a. für Radiologie betreibt. Die radiologische Praxis des MVZ befindet sich in unmittelbarer Nachbarschaft des Fachkrankenhauses des Antragstellers im Gebäude der Y der Klinik X in X. Die Beigeladene, eine GmbH, die zur Y-Kliniken GmbH gehört, betreibt mehrere MVZ, unter anderem eines im Planungsbereich B-Stadt (MVZ U). Dort wirken mehrere Fachärzte für Radiologie bzw. Diagnostische Radiologie an der Versorgung mit, u.a. bis 31.12.2019 die Fachärztin für Diagnostische Radiologie Dr. V, die zugleich als Oberärztin am Fachbereich Diagnostische Radiologie der Y-Klinik X beschäftigt war. Dieser Fachbereich ist in demselben Gebäude untergebracht wie die Radiologie des MVZ Z in X. Die Beigeladene zeigte die Nutzung ausgelagerter Praxisräume bei der Antragsgegnerin an. Im März 2019 bemerkte der Antragsteller im Krankenhausgebäude Hinweisschilder zum "MVZ U Radiologie am Standort der Y-Klinik X". Auf der von der Y-Kliniken GmbH betriebenen Internetseite des MVZ U fand sich unter den Informationen über das Leistungsangebot der Hinweis: "MRT-/CT-Untersuchungen können nach Absprache auch am Y-Standort X durchgeführt werden." Nachdem die Antragsgegnerin auf den Antrag der Antragstellerin nicht eingeschritten war, beantragte diese beim Sozialgericht einstweiligen Rechtsschutz. Das Sozialgericht verpflichtete die Antragsgegnerin daraufhin vorläufig, die vertragsärztliche Erbringung und Abrechnung von Leistungen in den Räumen der Y-Klinik X in X zu untersagen. Auf die Mitteilung der Antragsgegnerin, dass die Anstellung von Dr. V im MVZ U zum 31.12.2019 beendet worden sei, hat sich die Beigeladene nicht weiter geäußert.

Die Beschwerde der Beigeladenen blieb ohne Erfolg: Aufgrund der tatsächlichen Umstände ist das Rechtsschutzbedürfnis für die Beschwerde der Beigeladenen jedenfalls seit 01.01.2020 entfallen, weil sich diese (vorläufige) Untersagung mit dem Ende der Anstellungsgenehmigung der Dr. V zum 31.12.2019 gemäß § 39 Abs. 2 SGB X erledigt hat. Es ist weder vorgetragen noch sonst ersichtlich, dass Leistungen der diagnostischen Radiologie durch die Beigeladene in den Räumen der Y-Klinik X durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt erbracht werden sollen oder dass dies auch nur geplant oder beabsichtigt ist. Damit hat sich allerdings ohne Weiteres auch der Beschluss des Sozialgerichts erledigt, weil nichts mehr untersagt werden kann, was ohnehin nicht stattfindet und auch nicht geplant ist. Als Obiter dictum hat der

Senat sich sodann zur Antragsbefugnis geäußert. So kommt eine Drittanfechtungsbefugnis in Betracht, wenn die angegriffene Entscheidung zwar auf der Grundlage einer Norm erteilt wird, die keine Bedarfsprüfung erfordert, jedoch der hieraus – in rechtswidriger Verkennung des Regelungsgehalts der Norm – abgeleitete Umfang des eingeräumten Status dem eines solchen entspricht, der nur nach vorangegangener Bedarfsprüfung erteilt werden könnte, was letztlich auf eine Willkürkontrolle hinausläuft. Um eine Drittanfechtungssituation geht es im vorliegenden Fall indessen nicht, weil der streitige Betrieb ausgelagerter Praxisräume keiner Genehmigung bedarf, sondern nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV nur anzeigepflichtig ist. Zu Recht ist das Sozialgericht davon ausgegangen, dass sich in solchen Fällen aus dem Zulassungsstatus Abwehrrechte ergeben können, die nicht mehr in entsprechender Anwendung wettbewerbsrechtlicher Grundsätze unmittelbar zwischen den vertragsärztlichen Leistungserbringern geltend gemacht werden können, sondern bei den Körperschaften und Gremien des Vertragsarztrechts einzufordern sind. Der Senat folgt dem und hält jedenfalls dann, wenn die beanstandete wettbewerbliche Tätigkeit eines Dritten besonders schwerwiegend gegen nicht nur status- oder versorgungsneutrale Regelungen des Vertragsarztrechts verstößt, eine Antragsbefugnis gegen die zum Eingreifen verpflichtete vertragsärztliche Institution für gegeben. Ferner neigt der Senat der Auffassung zu, dass ein ausgelagerter Praxisraum sich grundsätzlich in dem Planungsbereich befinden muss, für den der ihn betreibende Leistungserbringer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Dass dies in § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV nicht ausdrücklich bestimmt wird, ist ohne Belang. Vielmehr macht der Blick auf § 24 Abs. 3 Sätze 7-10 Ärzte-ZV deutlich, welche Regelungen bei der Eröffnung einer planungsbereichüberschreitenden Tätigkeit zu erwarten sind. Dies bedarf keiner weiteren Vertiefung, denn es fehlt die von § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV geforderte "räumliche Nähe" zwischen Praxissitz (MVZ U) und weiterem Ort (Y-Klinik X). Zwar hat es das Bundessozialgericht als umstritten bezeichnet, ob die "räumliche Nähe" nach dem Sinn und Zweck des § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV noch angenommen werden kann, wenn zwischen den Orten mehr als nur wenige Kilometer Entfernung liegen. Zweifel sollen sich aber an der Eignung als ausgelagerter Praxisraum bei einer der Distanz zwischen beiden Orten von 9 bis 11 Kilometern aufdrängen. Bei einer Entfernung von knapp 15 bis etwas mehr als 16 Kilometern liegt nach Auffassung des Senats die von § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV geforderte "räumliche Nähe" auf keinen Fall vor.

Beschluss vom 20. Mai 2021 – L 1 KA 2/20 B ER – rechtskräftig

III. Statusfeststellungsverfahren und Betriebsprüfung (BA)

1. § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X kann in einem Statusfeststellungsverfahren keine Anwendung finden, weil in diesem Zusammenhang weder Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht noch Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind.

2. Bei der Prüfung des § 44 Abs. 2 Satz 2 SGB X ist zu beachten, dass die Beurteilung von Versicherungsverhältnissen rückwirkend grundsätzlich nicht geändert werden soll.

Im zugrundeliegenden Rechtsstreit stritten die Beteiligten um die Versicherungspflicht des Beigeladenen von 2010 bis 2014 in der Tätigkeit als Gesellschafter-Geschäftsführer der Klägerin. Die Beklagte stellte im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens fest, dass der Beigeladene diese Tätigkeit im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausübe und Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung bestehe (Bescheid von 2011). 2012 stellte die Klägerin einen Antrag auf Überprüfung dieses Bescheids. Der Beigeladene verfüge inzwischen über einen Anteil am Stammkapital der Klägerin von 20 % (bislang 16,67 %) und sei "Kopf und Seele" der Klägerin. Der Gesellschaftsvertrag der Klägerin habe keine zustimmungspflichtigen Geschäfte für den Geschäftsführer vorgesehen.

Die Beklagte lehnte den Überprüfungsantrag ab. Dagegen hat die Klägerin Klage erhoben; diese war nur in Bezug auf einen bestimmten Zeitraum erfolgreich. Im Berufungsverfahren hat die Klägerin nur in Bezug auf die Kranken- und Pflegeversicherungspflicht infolge Überschreitung der Jahresentgeltgrenze teilweise obsiegt. Zwar sei der Bescheid von 2011 rechtswidrig (weil die Beschäftigung unentgeltlich erfolgt war), aber dieser Bescheid sei bestandskräftig geworden. § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X kann in einem Statusfeststellungsverfahren keine Anwendung finden, weil in diesem Zusammenhang weder Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht noch Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind. Ein nur mittelbarer Bezug zur Erhebung von Beiträgen genügt insoweit nicht. Es kann daher nur auf die Grundregelung des § 44 Abs. 2 SGB X zurückgegriffen werden. Insoweit ist die Definition der Rechtswidrigkeit in § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X (unrichtige Rechtsanwendung bei Erlass des Bescheides, Ausgehen von einem Sachverhalt, der sich als unrichtig erweist) grundsätzlich auch hier maßgeblich. In Anbetracht der Rechtsfolge ist auch § 44 Abs. 2 Satz 1 SGB X nicht einschlägig, weil die Klägerin eine Rücknahme für die Vergangenheit anstrebt. Eine solche ist nur nach § 44 Abs. 2 Satz 2 SGB X möglich. Die Rücknahme für die Vergangenheit ist bei einem feststellenden Bescheid wie dem vorliegenden aber ausgeschlossen. Dies folgt aus dem Grundsatz, dass die Beurteilung von Versicherungsverhältnissen rückwirkend grundsätzlich nicht geändert werden soll. So hat das BSG in ständiger Rechtsprechung die rückwirkende Begründung einer Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner abgelehnt, wenn die Aufhebung einer die Mitgliedschaft ablehnenden bindenden Entscheidung streitig war. Nichts Anderes kann für den umgekehrten Fall der Begründung einer Versicherungspflicht auf Grund einer abhängigen Beschäftigung gelten. Die Bestandskraft des Bescheides von 2011 steht der Anwendbarkeit des § 44 Abs. 2 Satz 2 SGB X daher ausnahmsweise entgegen und eine Durchbrechung der Bestandskraft kommt auch nicht nach anderen Vorschriften in Betracht.

Urteil vom 13. Januar 2021 – L 1 KR 565/17 – rechtskräftig (B 12 KR 5/21 B)

Selbst, wenn Auftraggeber und Auftragnehmer übereinstimmend von einer Tätigkeit "auf Werksvertragsbasis" ausgehen und diese als selbständige ausgestalten, ist sozialversicherungsrechtlich von einer abhängigen Beschäftigung auszugehen, wenn sich aus den vertraglichen Vereinbarungen und den Gesamtumständen nicht erkennen lässt, welches Werk der Auftragnehmer schuldet. So liegt auch im Baugewerbe beim Einsatz eines Subunternehmers eine abhängige Beschäftigung vor, wenn innerhalb eines Gewerks oder eines gesondert ausgeschriebenen Auftrags kein abtrennbarer Unterauftrag identifiziert werden kann, der Gegenstand einer gesonderten werkvertraglichen Vereinbarung sein könnte, dem Subunternehmer also kein konkret zu erbringendes Werk zugeordnet werden kann.

Im zugrundeliegenden Rechtsstreit stritten die Beteiligten um die Versicherungspflicht des Klägers in der Tätigkeit als Subunternehmer der ebenfalls klagenden Firma. Der Kläger gab er an, er sei Kleinunternehmer ohne Angestellte und organisiere seine Aufträge eigenständig. Er setze eigenes Kapital ein in Form von Materialeinkauf z.B. zum Malern und Laminatverlegen. Für Abbruch/Entkernung würden je nach Größe Maschinen bereitgestellt; kleinere Maschinen und Werkzeug gehörten zu seinem Bestand. Er bekomme die Aufträge von seinen Auftraggebern, die er persönlich und selbständig ausführe. Die Arbeiten würden von den Auftraggebern abgenommen; die Arbeitszeiten seien von ihm selbst freigestellt, aber abhängig von den Auftraggebern. Er trete als eigenständige Person auf und habe eigene Firmenkleidung. Die Klägerin gab u.a. an, der Kläger sei ein Subunternehmer und habe einen mündlichen Vertrag abgeschlossen. Er erhalte Vorschläge für Arbeiten, die die Klägerin benötige, und führe sie

nach Bedarf aus. Er führe Montage und Reparatur von Fenstern und Türen auf ihren Baustellen in und außerhalb von A aus, wobei er die Baustellen selbständig erreiche. Er setze eigenes Kapital und eigene Kleinwerkzeuge ein; Spezialmittel/-geräte und Großgeräte würden bereitgestellt. Er werde in die Baustellen eingewiesen und müsse die Arbeiten selbständig durchführen. Es gebe eine Abnahme durch die Mitarbeiter der Klägerin oder durch deren Auftraggeber. Bei Verhinderung informiere er die Geschäftsleitung; ihm obliege die freie Wahl einer Ersatzkraft, aber bei übernommenen Aufträgen seien diese termingerecht auszuführen. Teilweise erfolge eine Zusammenarbeit mit Festangestellten oder mit anderen Subunternehmern, wenn die Arbeiten zwei Personen erforderten. Er werde als Nachunternehmer vorgestellt, bei kleineren Reparaturarbeiten auch als Mitarbeiter. Die Beklagte stellte im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens fest, dass der Kläger diese Tätigkeit im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausübe und Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung bestehe.

Das Urteil des Sozialgerichts, dass der Kläger in den festgestellten Zeiträumen nicht abhängig beschäftigt gewesen sei, wurde im Berufungsverfahren aufgehoben. Aufgrund des Vorbringens der Beteiligten im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren sowie nach der Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Kläger bei seiner Tätigkeit abhängig beschäftigt war, weil er in den Betrieb der Klägerin eingegliedert war und ihren Weisungen unterlag, bevor diese Beschäftigung endete. Die Klägerin wollte zwar den Kläger als Subunternehmer, also als Selbständigen einsetzen. Offenbar ging auch der Kläger davon aus, als Solo-Selbständiger tätig gewesen zu sein. Sich selbständig zu machen, war schon vorher seine Absicht gewesen; dafür hatte er den Eingliederungszuschuss erhalten und die Investition in Werkzeug (ca. 4.000,00 EUR) getätigt, also nicht speziell im Hinblick auf seine Tätigkeit für die Klägerin. Die hier streitigen Geschäftsbeziehungen der Kläger beruhten auf mündlichen Absprachen, die sich nach dem Vortrag der Klägerin so darstellten, dass sie dem Kläger Arbeiten vorschlug, die sie benötige und die er nach Bedarf ausführte. Vorliegend hat die Klägerin die von ihren Auftraggebern erhaltenen Reparatur- und Montageaufträge dadurch erfüllt, dass sie sich (auch) des Klägers bediente. Alle Arbeitskräfte hat die Klägerin eingesetzt, um die ihr auf der Baustelle obliegenden Arbeiten entsprechend dem Baufortschritt termingerecht zu erledigen. Somit hat die Klägerin neben den eigenen (festangestellten oder Leih-) Arbeitskräften – nämlich bei Bedarf – auch auf den Kläger zurückgegriffen hat, um ihre eigenen vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen. Der Senat verkennt nicht die besondere Situation im Baugewerbe, wo mehrere Unternehmer im Zusammenwirken ein Gesamtwerk herstellen und bezogen auf die ihrem Auftrag entsprechenden bzw. vom (Haupt-) Auftraggeber gesondert ausgeschriebenen Gewerke jeweils selbständig tätig sind. Im Blick hat der Senat auch, dass gerade Handwerker auch dann selbständig tätig sind, wenn das zu erstellende Werk in allen Einzelheiten der Vorstellung des Auftraggebers entsprechen soll. Davon zu unterscheiden sind jedoch die Fälle, in denen es – wie hier – in erster Linie auf den Einsatz der benötigten Arbeitskraft (einschließlich Know-How) und weniger auf die Herstellung eines Werks kommt. So haben weder der Kläger noch die Klägerin konkret angegeben, welches konkrete Werk der Kläger für die Klägerin herstellen sollte.

Urteil vom 13. August 2021 – L 1 KR 327/16 – rechtskräftig

IV. Unfallversicherung

- 1. Der Schweißhundeführer ist anders als ein Stöberhundeführer während seines Einsatzes nach Jagdende in der Regel weder eng hierarchisch in die Jagdorganisation eingebunden noch muss er seine Nachsuche mit den übrigen Jagdteilnehmern durchführen.*
- 2. Die Nachsuche nach angeschossenem Wild durch einen Schweißhundeführer stellt eine selbständige, nicht der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegende Tätigkeit dar, wenn der Schweißhundeführer nach Wertung der konkreten Einzelmerkmale der Nachsuche nicht in die Jagdorganisation eingegliedert ist.*

In zwei Verfahren hatte sich das LSG mit Fragen der Jagdausübung und deren Auswirkung auf den Unfallversicherungsschutz von Jagdhundeführern zu beschäftigen.

Im Verfahren L 6 U 76/20 hat das LSG im entschiedenen, dass ein Schweißhundeführer bei der Nachsuche nach angeschossenem Wild dann eine selbständige und daher nicht der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegende Tätigkeit ausübt, wenn er nach Wertung der konkreten Einzelmerkmale der Nachsuche nicht in die jeweilige Jagdorganisation eingegliedert ist. In der engen Verbindung zwischen Schweißhund und Hundeführer und in der Tatsache, dass der Schweißhundeführer die Suche nach dem angeschossenen Wild unabhängig von der Jagdleitung eigenständig gestalten, insbesondere zeitlich ohne Vorgaben durchführen konnte, sah der Senat ein Merkmal einer selbständigen Tätigkeit, die nicht dem Unfallversicherungsschutz unterliegt, und damit auch das entscheidende Abgrenzungskriterium zu einer unselbständigen Tätigkeit.

Diese hat der Senat allerdings im Verfahren L 6 U 182/20 für den Führer eines Stöberhundes angenommen, bei dem von einer unselbständigen, also der Unfallversicherung unterliegenden Tätigkeit auszugehen ist. Anders als beim Schweißhundeführer nimmt der Senat eine Eingliederung des Stöberhundeführers in die jeweilige Jagdorganisation deshalb an, weil der Hundeführer mit dem Stöberhund jagdbares Wild aufscheuchen sollte und damit nach Plan der Jagdleitung wie ein Jagdtreiber gehandelt hat und somit in die Jagdorganisation eingegliedert war.

Urteil vom 17. Februar 2021 – L 6 U 76/20 – rechtskräftig

Urteil vom 10. November 2021 – L 6 U 182/18 – rechtskräftig (nicht veröffentlicht)

Zu einer Unterbrechung einer Autofahrt zum Arbeitsort von einem dritten Ort

Die Klägerin hatte sich am Abend in eine zahnärztliche Notbehandlung begeben und im Anschluss die Fahrt zu ihrer ca. 140 Kilometer entfernten Arbeitgeberin angetreten, wo ihr Dienst am nächsten Morgen um 6.00 Uhr beginnen sollte. Da sich eine Fahrt zum ca. 60 Kilometer entfernten Wohnort, der nicht auf der unmittelbaren Verbindung lag, aus Zeit- und Kostengründen nicht gelohnt hätte, wollte sie die Zeit bis zum Dienstbeginn mit Ausruhen in ihrem Auto bzw. einem Frühstück an einer Raststätte verbringen. Auf der Fahrt verunglückte sie und zog sich schwere Verletzungen zu. Nachdem die Beklagte zunächst die Anerkennung eines Arbeitsunfalls wegen Zweifeln am Hergang abgelehnt hatte, nahm sie im Widerspruchsbescheid auf die bislang herrschende Rechtsprechung zum Fahrtantritt von einem dritten Ort Bezug, weil erst der Fahrtantritt von der anvisierten Autobahnraststätte aus ein versicherter Weg gewesen sei. Das Sozialgericht hatte die Bewilligung von Prozesskostenhilfe für die dagegen erhobene Klage abgelehnt. Der von einem dritten Ort aus angetretene Weg müsse wesentlich von dem Vorhaben der Versicherten geprägt sein, sich zur Arbeit zu begeben und zudem in einem angemessenen Verhältnis zu dem üblichen Weg zur Tätigkeit stehen. Daran habe es

hier angesichts der Entfernungen gefehlt. Die Klägerin habe sich außerdem am Ort der zahnärztlichen Notbehandlung nicht länger als zwei Stunden aufgehalten, weshalb die Fahrt gar nicht von einem dritten Ort aus angetreten worden sei.

Die Beschwerde gegen die Ablehnung von Prozesskostenhilfe hatte keinen Erfolg. Maßgebliches Kriterium für den sachlichen Zusammenhang zu der versicherten Tätigkeit ist, ob die anhand objektiver Umstände zu beurteilende Handlungstendenz der Versicherten beim Zurücklegen des Weges – auch von einem dritten Ort aus – darauf gerichtet war, eine dem Beschäftigungsunternehmen dienende Verrichtung auszuüben, d.h. ob ihr Handeln auf das Zurücklegen des direkten Weges zu oder von der Arbeitsstätte gerichtet war. Zuletzt hatte das Bundessozialgericht keine Einschränkungen zum Unfallversicherungsschutz bei Wegen von/zu einem dritten Ort aus mehr gemacht. Für den Versicherungsschutz kommt es danach insbesondere weder auf den Zweck des Aufenthaltes an dem dritten Ort noch auf einen Angemessenheitsvergleich mit der üblichen Weglänge und Fahrzeit des Arbeitsweges an. Der Senat hat in seiner Entscheidung dargestellt, dass die zurückgelegte Strecke (Wohnung – dritter Ort – ggf. weiterer dritter Ort – Ort der Tätigkeit) in rechtlich selbständige Teile zerlegt werden müsse, von denen nur der letzte im rechtlichen Zusammenhang mit der Aufnahme der Arbeit und damit unter Versicherungsschutz steht. Nach den Angaben der Klägerin hat sich diese aber vor Arbeitsbeginn an einem (neuen) dritten Ort für einen längeren Zeitraum (von mehr als zwei Stunden) ausruhen wollen, was zu einer weiteren Unterbrechung des Arbeitsweges aus privatnützigen Gründen geführt hatte und dadurch der innere Zusammenhang zur versicherten Tätigkeit entfallen war.

Beschluss vom 29. Juni 2021 – L 2 U 48/21 B PKH – rechtskräftig

Auch der zusätzliche Weg für das Holen eines vergessenen Haustürschlüssels gehört zum in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherten Arbeitsweg.

Die Klägerin war auf dem direkten Nachhauseweg von ihrer Dienststelle zu ihrer Wohnung. Um zu ihrer Haus- bzw. Wohnungstür zu gelangen, musste sie eine Außentreppe benutzen. Als sie die Treppe hinaufstieg, bemerkte sie, dass sie den Haustürschlüssel im Auto vergessen hatte, woraufhin sie abrupt die Richtung änderte, um den Schlüssel zu holen. Dabei geriet sie ins Straucheln, stürzte auf das rechte Knie und zog sich u.a. eine komplexe Kniegelenksverletzung zu. Die Beklagte lehnte die Anerkennung als Arbeitsunfall ab. Mit dem Richtungswechsel auf der Treppe sei der versicherte Arbeitsweg unterbrochen worden. Das Sozialgericht hat die hiergegen gerichtete Klage der Klägerin abgewiesen.

Die Berufung der Klägerin hatte Erfolg. Zwar stellt das Durchschreiten der Außenhaustür des Wohnbereichs im Einfamilienhaus des Versicherten grundsätzlich den Start- und Endpunkt des in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherten Weges und zugleich die Grenze zwischen dem unversicherten häuslichen Lebensbereich und dem versicherten Arbeitsweg dar. Eine Richtungsänderung des Versicherten unterbricht den Versicherungsschutz dann nicht, wenn diese in einem inneren Zusammenhang mit der Zurücklegung des versicherten Weges steht. Ein solcher innerer Zusammenhang besteht auch für das Holen eines im Kfz des Versicherten vergessenen Schlüssel für die Außenhaustür, weil der Schlüssel zum Öffnen der Haustür erforderlich war, um den Weg von der Arbeitsstätte nach Hause überhaupt abschließen zu können. Ein dabei erlittener Unfall stellt einen Arbeitsunfall dar.

Urteil vom 13. Oktober 2021 – L 6 U 189/18 –, rechtskräftig

Zur Abgrenzung zwischen abhängiger Beschäftigung und selbstständiger Tätigkeit im Unfallversicherungsrecht

Der Kläger ist ausgebildeter Dachdecker und betrieb ein Gewerbe im Bereich Gerüstverleih, Holzbearbeitung und Handel sowie Holz- und Bautenschutzgewerbe, Dachdeckerei, ohne Arbeitnehmer zu beschäftigen. Die mit Abrissarbeiten eines ehemaligen Ziegelwerkes beauftragte E-GmbH übertrug die Abbrucharbeiten bezüglich des Wellblechdachs sowie des darunter befindlichen Asbests an das Unternehmen W. Als der Kläger am 3. Oktober 2013 auf einer anderen Baustelle der E-GmbH tätig war, fragte ihn deren Geschäftsführer, ob er am nächsten Tag auf der Baustelle des ehemaligen Ziegelwerkes mithelfen und Gerüstbau-, Sicherheitsnetzumhäng- und Dachabbrissarbeiten wahrnehmen könne, da die Arbeiter des eigentlich damit betrauten Unternehmens W an diesem Tag nicht auf der Baustelle sein konnten. Der Kläger sagte zu, nahm am Folgetag seine Arbeit am Abbruchobjekt ehemaliges Ziegelwerk auf und arbeitete mit Arbeitnehmern der E-GmbH zusammen. Bei der Demontage von Welldachblechen stürzte der Kläger fast acht Meter tief durch das Dach auf einen Betonboden und zog sich schwerste Verletzungen zu. Die beklagte Berufsgenossenschaft lehnte die Anerkennung des Unfallereignisses als Arbeitsunfall ab. Als selbständiger Subunternehmer unterfalle er nicht dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Die hiergegen gerichtete Klage hat das Sozialgericht abgewiesen.

Die Berufung des Klägers hatte Erfolg. Nach Würdigung aller Umstände war er am Unfalltag Beschäftigter der E-GmbH, weil er an diesem Tag in deren Betrieb eingegliedert war und deren Weisungen unterlag. Er hatte zum Hauptauftragnehmer - dem Unternehmen W - keine eigene Vertragsbeziehung, sondern erfüllte durch seine Arbeitsleistung am Unfalltag eine vertragliche Verpflichtung der E-GmbH. Diese führte als Abbruchunternehmen das Werk "Abbruch des ehemaligen Ziegelwerks" aus. Dem steht die sonst ausgeübte selbständige Tätigkeit des Klägers nicht entgegen. Ob jemand im Einzelfall abhängig beschäftigt oder selbständig tätig ist, richtet sich nach dem Gesamtbild der Arbeitsleistung und hängt davon ab, welche Merkmale überwiegen. Hauptberuflich abhängig beschäftigte Arbeitnehmer können neben ihrem Arbeitsverhältnis einer selbständigen Tätigkeit nachgehen, wie auch hauptberuflich Selbstständige neben ihrer selbständigen Tätigkeit einer abhängigen Beschäftigung bei einem Arbeitgeber nachgehen können.

Urteil vom 8. Dezember 2021 – L 6 U 11/19 – rechtskräftig

V. Verfahren zur Überführung von Ansprüchen und Anwartschaften in den ehemaligen Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR in die gesetzliche Rentenversicherung

Lässt sich die tatsächliche Höhe dem Grunde nach glaubhaft gemachter Jahresleistungsprämien im Hochschulbereich nicht ermitteln, kommt Berücksichtigung von Jahresleistungsprämien mit der Mindesthöhe in Betracht.

Die Beklagte stellte zugunsten des Klägers die Beschäftigungszeiten vom 1. März 1966 bis 30. Juni 1990 als „nachgewiesene Zeiten“ der Altersversorgung der Intelligenz an wissenschaftlichen, künstlerischen, pädagogischen und medizinischen Einrichtungen sowie die in diesen Zeiträumen erzielten Arbeitsentgelte und nachgewiesene Jahresleistungsprämien fest.

Die Anerkennung von Jahresleistungsprämien ohne Nachweis lehnte die Beklagte ab. Die hiergegen gerichtete Klage hat das Sozialgericht abgewiesen.

Die Berufung des Klägers hatte Erfolg. Soweit der tatsächliche Erhalt einer Jahresleistungsprämie glaubhaft gemacht wurde, kann mangels anderweitigen Nachweises hinsichtlich der Höhe auf die in den staatlichen Prämienregelungen geregelte Mindesthöhe (hier mindestens 150,00 EUR) zurückgegriffen werden.

Urteil vom 22. April 2021 – L 7 R 752/20 ZV – rechtskräftig

In der DDR vom Betrieb gezahlte zusätzliche Belohnungen für Werk tätige in Betrieben der speziellen Produktion stellen im Rahmen des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz zu berücksichtigende Arbeitsentgelte dar.

Der Beklagte stellte die Anwendbarkeit von § 1 AAÜG, die Beschäftigungszeiten des Klägers vom April 1983 bis Juni 1990 als „nachgewiesene Zeiten“ der zusätzlichen Altersversorgung der technischen Intelligenz sowie die in diesen Zeiträumen erzielten Arbeitsentgelte fest. Die Berücksichtigung von zusätzlichen Belohnungen für Werk tätige in Betrieben der speziellen Produktion für die Jahre 1983 bis 1990 bei den festgestellten Arbeitsentgelten lehnte der Beklagte ab. Auf die Klage des Klägers hat das Sozialgericht den Beklagten verpflichtet, weitere Arbeitsentgelte des Klägers wegen zu berücksichtigender zusätzlicher Belohnungen für Werk tätige in Betrieben der speziellen Produktion festzustellen.

Die Berufung der Beklagten hatte keinen Erfolg. Entgegen der Ansicht des Beklagten stellen auch die in der DDR vom Betrieb an den Arbeitnehmer gezahlten zusätzlichen Belohnungen für Werk tätige in Betrieben der speziellen Produktion im Rahmen des AAÜG zu berücksichtigendes Arbeitsentgelt dar. Denn es handelte sich dabei um eine Gegenleistung des Betriebs für die vom Werk tätigen erbrachte Arbeitsleistung in Form der erbrachten "langjährigen ununterbrochenen Tätigkeit und Pflichterfüllung".

Urteil vom 4. November 2021 – L 7 R 350/21 ZV –, rechtskräftig

Das den Angehörigen der Nationalen Volksarmee der DDR gezahlte Verpflegungsgeld ist kein für Zeiten der Zugehörigkeit zur Sonderversorgung der Angehörigen der Nationalen Volksarmee (NVA) der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) zu berücksichtigendes Arbeitsentgelt

Der Kläger stand als Berufssoldat bis zum Ende der DDR in einem Dienstverhältnis zur NVA. Der Beklagte stellte die Anwendbarkeit des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes (AAÜG), die Beschäftigungszeiten des Klägers in der NVA als nachgewiesene Zeiten der Zugehörigkeit zur Sonderversorgung der Angehörigen der NVA (Sonderversorgungssystem Nr. 1 der Anlage 2 zum AAÜG) sowie die in diesen Zeiträumen erzielten Jahresbruttoarbeitsentgelte (Besoldung für den Dienstgrad, die Dienststellung und das Dienstal ter, Zulagen und Wohnungsgeld) fest. Die Berücksichtigung des Verpflegungsgeldes lehnte der Beklagte ab. Das Sozialgericht hat die hiergegen erhobene Klage abgewiesen.

Die Berufung des Klägers hatte keinen Erfolg. Das Verpflegungsgeld stellt kein in der Sonderversorgung zu berücksichtigendes Arbeitsentgelt dar. Denn diese Zahlungen sind nicht aus der Beschäftigung erzielt worden und stellten keine Gegenleistung für die erbrachte Arbeits-

leistung dar. Vielmehr handelte es sich bei den Verpflegungsgeldzahlungen lediglich um arbeitgeberseitige Zuwendungen, die sich ganz überwiegend als notwendige Begleiterscheinung betriebsfunktionaler Zielsetzungen darstellen.

Urteil vom 16. Dezember 2021 – L 7 R 80/21 ZV –, rechtskräftig

VI. Rentenversicherung

Übersichten zur Berechnung der Entgeltpunkte für einzelne Beitragszeiten sowie zur Berechnung der Entgeltpunkte für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten sind nicht Voraussetzung für eine hinreichende Begründung eines Rentenbescheides.

Der Kläger begehrt die Erstattung für die Kosten eines isoliert geführten Widerspruchsverfahrens. Darin beanstandete er, dass der Rentenbescheid über die Bewilligung einer Altersrente für besonders langjährig Versicherte nicht hinreichend begründet worden sei, da ihm weder die Berechnung der Entgeltpunkte für Beitragszeiten noch der Entgeltpunkte für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten, die Kernbestandteil für die Berechnung der Rentenhöhe seien, entnommen werden könne. Nachdem die Beklagte Übersichten zur Berechnung der Entgeltpunkte für die Beitragszeiten sowie zur Berechnung der Entgeltpunkte für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten vorlegte, beantragte der Kläger die Erstattung der Kosten des Widerspruchsverfahrens. Dies lehnte die Beklagte ab. Die hiergegen gerichtete Klage hat das Sozialgericht abgewiesen.

Die von Sozialgericht zugelassene Berufung des Klägers hatte keinen Erfolg. Der Rentenbescheid war auch ohne Beifügen der Berechnung der Entgeltpunkte für einzelne Beitragszeiten sowie der Berechnung der Entgeltpunkte für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten hinreichend begründet. Ausreichend ist jedenfalls, wenn

1. alle im Versichertenkonto gespeicherten Daten, die zur Feststellung und Erbringung von Leistungen erheblich sind, aufgeführt werden,
2. dargelegt wird, wie persönliche Entgeltpunkte für Beitragszeiten, für beitragsfreie Zeiten und für beitragsgeminderte Zeiten aus den Versicherungsverlauf gespeicherten Zeiten ermittelt wurden und unter welchen Voraussetzungen ein Zuschlag zu zahlen ist,
3. aufgeführt wird, welche Entgeltpunkte für den Kläger jeweils errechnet wurden und
4. dargestellt ist, wie aus den ermittelten persönlichen Entgeltpunkten, dem Rentenartfaktor und dem aktuellen Rentenwert der monatliche Zahlbetrag der Rente ermittelt wird.

*Urteil vom 30. März 2021 – L 4 R 631/19 –
Revision anhängig unter B 5 R 39/21 R*

VII. Arbeitsförderung

Eine Arbeitslosmeldung wirkt nicht auf den Zeitpunkt der Beendigung von Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldbezug zurück.

Der Kläger meldete sich nach Kündigung seines Arbeitsverhältnisses durch die Arbeitgeberin zum 31. Januar 2019 bei der beklagten Agentur für Arbeit (Beklagte) am 11. Januar 2019 zum 1. Februar 2019 arbeitslos und beantragte Arbeitslosengeld. Am 31. Januar 2019 informierte der Kläger die Beklagte darüber, dass er seit 30. Januar 2019 arbeitsunfähig sei. Während dessen bezog der Kläger Krankengeld. Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldbezug endeten zum 30. April 2019. Am 2. Mai 2019 meldete sich der Kläger erneut arbeitslos und beantragte Arbeitslosengeld ab 1. Mai 2019. Die Beklagte bewilligte dem Kläger ab dem 2. Mai 2019 Arbeitslosengeld. Die hiergegen erhobene Klage hat das Sozialgericht abgewiesen.

Die Berufung des Klägers hatte keinen Erfolg. Ein Anspruch auf Bewilligung von Arbeitslosengeld bereits ab 1. Mai 2019 besteht nicht. Die am 2. Mai 2019 erfolgte Arbeitslosmeldung wirkt nicht zurück. Bei der Auslegung von § 141 Absatz 3 Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) können die beiden gesetzlich definierten Begriffe "Beschäftigungslosigkeit" und "Arbeitslosigkeit" nicht gleichgesetzt werden. Für eine analoge Anwendung der Regelung über die Rückwirkung einer persönlichen Arbeitslosmeldung im Falle einer fehlenden Dienstbereitschaft der Agentur für Arbeit auf den Fall, dass die persönliche Arbeitslosmeldung wegen der Erkrankung des Arbeitslosen nicht bereits am ersten Tag seiner Beschäftigungslosigkeit, sondern erst am ersten Tag seiner Arbeitslosigkeit erfolgen kann, fehlt es an einer planwidrigen Regelungslücke. Verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die Beschränkung der Rückwirkungsregelung auf den ersten Tag der Beschäftigungslosigkeit bestehen nicht.

*Urteil vom 23. Januar 2021 – L 3 AL 67/18 – (Revision anhängig unter B 11 AL 1/21 R)
Parallelentscheidungen vom selben Tag: L 3 AL 67/20 (rechtskräftig) und L 3 AL 57/20
(Revision anhängig unter B 11 AL 40/21)*

1. Eine Rechtsunkenntnis und damit der Irrtum über die arbeitsversicherungsrechtlichen Rechtsfolgen des Abschlusses eines Aufhebungsvertrages lässt den Verschuldensvorwurf im Sinne von § 159 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB III nicht entfallen, sondern ist lediglich im Zusammenhang mit der Frage, ob ein Härtefall im Sinne von § 159 Abs. 3 Satz 2 Nr 2 Buchst b SGB III gegeben ist, zur prüfen.

2. Es geht zu Lasten des Arbeitnehmers, wenn er nach Kenntnis der Hinweise im Aufhebungsvertrages und vor Unterzeichnung des Vertrages keine Erkundigungen hinsichtlich möglicher arbeitsversicherungsrechtlicher Konsequenzen der Beschäftigungsaufgabe bei der Agentur für Arbeit eingeholt hat.

3. Der Umstand, dass sich ein Arbeitnehmer ein Beschäftigungsverhältnis selbst gesucht hat, stellt für sich keinen wichtigen Grund für eine Beschäftigungsaufgabe dar.

Die Antragstellerin wandte sich gegen einen Sperrzeitbescheid (zwölf Wochen) und begehrte die vorläufige Zahlung von Arbeitslosengeld. Eilantrag und Beschwerde waren erfolglos.

Die Antragstellerin, die ihr Beschäftigungsverhältnis durch den Aufhebungsvertrag gelöst hat, ist ihrer Obliegenheit, die für die Beurteilung eines wichtigen Grundes maßgebenden Tatsachen darzulegen und nachzuweisen, nicht nachgekommen. Sie hat weder die für den Abschluss des Verschuldensvorwurfes noch die für die Beurteilung eines wichtigen Grundes

maßgebenden Tatsachen glaubhaft gemacht. In ihrer Versicherung an Eides statt hat sie sich darauf beschränkt zu erklären, dass das Fortbestehen des Arbeitsverhältnisses bei ihr bereits erhebliche psychische Beschwerden verursacht habe, und dass sich dies insbesondere in Schlaflosigkeit und Gereiztheit gegenüber Dritten äußere. Nähere Angaben fehlten. So hat sie zum Beispiel nicht angegeben, seit wann die behaupteten Beschwerden aufgetreten sind, wie sie konkret auftreten, ob sie zu bestimmten Zeiten oder aus bestimmten Ablässen auftreten, oder inwiefern durch die behaupteten Beschwerden ihr Leistungsvermögen eingeschränkt worden ist. Dies wäre vorliegend insbesondere auch deshalb angezeigt gewesen, weil sich auf Grund der seit Frühjahr 2020 andauernden Corona-Pandemie auch die Arbeitsbedingungen der Antragstellerin verändert haben dürften. Soweit die Antragstellerin gegenüber der Antragsgegnerin angegeben hat, dass sie ein Gespräch im März mit der Personalleitung geführt habe, um die Gründe für die angegebenen gesundheitlichen Beschwerden zu beseitigen, hat sie nicht mitgeteilt, mit welchem Ergebnis dieses Gespräch endete, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen seitens ihres damaligen Arbeitgebers ergriffen wurden. Außerdem ist nach den Angaben sowohl im Verwaltungs- als auch im Gerichtsverfahren offen, weshalb sie sich nach diesem Gespräch noch in der Lage sah, zunächst bis Mitte November 2020, also für weitere acht Monate, ihre Beschäftigung weiter auszuüben, ihr dies aber für weitere zwei Wochen bis zu dem ins Auge gefassten Antritt eines neuen Beschäftigungsverhältnisses nicht mehr zumutbar erschien. Der Umstand, dass sich ein Arbeitnehmer ein Beschäftigungsverhältnis selbst gesucht hat, stellt für sich keinen wichtigen Grund für eine Beschäftigungsaufgabe dar. Einem unverschuldeten Rechtsirrtum i.S.d. Rechtsprechung unterlag die Antragstellerin in Bezug auf die arbeitsversicherungsrechtlichen Rechtsfolgen, die der von ihr geschlossene Aufhebungsvertrag für sie nach sich ziehen konnte, nicht. Zwar ist ihre Angabe in ihrer Versicherung an Eides statt, dass sie von der Agentur für Arbeit nicht belehrt worden sei, zutreffend. Dies war aber zum einen nicht möglich und zum anderen auch nicht erforderlich. Ein Irrtum, sei es in Form eines Rechtsirrtums oder eines Rechtsfolgenirrtums, ist regelmäßig vermeidbar, wenn die betroffene Person das erforderliche Problembewusstsein hatte oder haben konnte und sie daraus resultierende Fragen durch Erkundigungen oder Rückfragen bei der zuständigen Behörde oder einer anderen, für qualifizierte Antworten geeignete Stellen (z.B. einem Rechtsanwalt oder einer Beratungsstelle einer Gewerkschaft oder eines Verbandes) klären lassen konnte. Der damalige Arbeitgeber hatte die Antragstellerin in § 2 des Aufhebungsvertrages allgemein über mögliche sozialversicherungs- und damit auch arbeitsversicherungsrechtliche Konsequenzen in Folge des Abschlusses dieses Vertrages sowie über die Möglichkeit, diesbezüglich Auskünfte bei der Agentur für Arbeit einholen zu können, belehrt. Damit war die Antragstellerin darüber in Kenntnis gesetzt, dass der Abschluss des Aufhebungsvertrages arbeitsversicherungsrechtliche Konsequenzen haben könnte. Dass sie nach Kenntnis der Hinweise im Aufhebungsvertrages und vor Unterzeichnung des Vertrages Erkundigungen bei der Agentur für Arbeit eingeholt hätte, ist weder vorgetragen noch nach Aktenlage festzustellen. Dieses Unterlassen geht zu ihren Lasten.

Beschluss vom 17. Februar 2021 – L 3 AL 5/21 B ER – unanfechtbar

Zur Erfüllung der Voraussetzungen für die Bewilligung von Arbeitslosengeld während einer befristet bewilligten, aber wegen der Höhe des Hinzuverdienstes nicht zur Auszahlung gelangten Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Die Deutsche Rentenversicherung bewilligte dem Kläger ab April 2013 bis März 2016 befristet eine Rente wegen voller Erwerbsminderung. Wegen des aus einer parallel ausgeübten Be-

schäftigung erzielten Arbeitsentgeltes wurde die Rente wegen Überschreiten der Hinzuverdienstgrenzen nicht ausbezahlt. Die Agentur für Arbeit (Beklagte) lehnte nach Beendigung der Beschäftigung zum 30. September 2016 die Bewilligung von Arbeitslosengeld ab. Die Voraussetzungen lägen nicht vor. Denn die Rente sei nicht zur Auszahlung gekommen. Damit habe eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung nicht bestanden. Die Anwartschaftszeit sei nicht erfüllt. Das Sozialgericht hat die Klage des Klägers abgewiesen.

Die Berufung des Klägers hatte Erfolg. Der Kläger erfüllt die Voraussetzungen für die Bewilligung von Arbeitslosengeld. Insbesondere besteht während des Bezuges einer nur befristet bewilligten Rente wegen voller Erwerbsminderung aus keinem rechtlichen Gesichtspunkt Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Arbeitslosenversicherung für eine in dieser Zeit ausgeübten Vollzeitbeschäftigung. Dies auch dann nicht, wenn die Rente wegen der Höhe des Hinzuverdienstes nicht zur Auszahlung kommt.

*Urteil vom 16. September 2021 – L 3 AL 6/18 –
Revision anhängig unter B 11 AL 38/21 R*

Ein zunächst entstandener Anspruch auf (Voll-)Arbeitslosengeld steht einem parallelen Anspruch auf Teilarbeitslosengeld bei späteren Verlust einer Teilzeitbeschäftigung entgegen. Eine Teilzeitbeschäftigung führt auch nicht zur Erhöhung des Anspruchs auf (Voll-)Arbeitslosengeld.

Der Kläger war bis Oktober 2014 im Umfang von 40 Stunden als wissenschaftlicher Mitarbeiter beschäftigt. Parallel dazu übte er eine Nebentätigkeit im Umfang von 6 Stunden pro Woche aus. Am 17. Dezember 2014 nahm der Kläger erneut eine Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter auf, die bis zum 31. März 2015 befristet war. Die wöchentliche Arbeitszeit lag wiederum bei 40 Stunden je Woche. Nach Aufhebung der ursprünglich erfolgten vorläufigen Bewilligung von Arbeitslosengeld in Höhe von 56,91 EUR täglich mit einer Anspruchsdauer von 360 Tagen ab Wiederaufnahme der Vollzeitbeschäftigung bewilligte die Beklagte dem Kläger für den Zeitraum 1. November 2014 bis 16. Dezember 2014 Arbeitslosengeld endgültig in Höhe von täglich 56,91 EUR. Bei der Berechnung des Anspruchs legte sie das Einkommens des Klägers aus der Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter zugrunde. Ab April 2015 bewilligte sie dem Kläger auf dessen Antrag nach erneuter Beendigung der Vollzeitbeschäftigung vorläufig Arbeitslosengeld in Höhe von täglich 56,91 EUR bei einer Anspruchsdauer von 314 Kalendertagen. Den weiteren Antrag auf Einbeziehung seiner Nebentätigkeit in die Berechnung des Arbeitslosengeldanspruchs lehnte die Beklagte ab. Am 15. Mai 2015 endete die Nebentätigkeit des Klägers. Das Widerspruchsverfahren blieb erfolglos. Das Sozialgericht gab der Klage des Klägers statt und verpflichtete die Beklagte zur Bewilligung von Teilarbeitslosengeld wegen des Verlustes der Nebenbeschäftigung.

Die hiergegen gerichtete Berufung der Beklagten hatte Erfolg. Ein Anspruch auf Teilarbeitslosengeld besteht nicht. Denn dieser ist gegenüber dem Anspruch auf Arbeitslosengeld nachrangig. Dies gilt auch dann, wenn zunächst ein Anspruch auf (Voll-)Arbeitslosengeld entstanden ist. Der spätere Verlust einer Teilzeitbeschäftigung ist damit nicht geeignet, einen Anspruch auf Teilarbeitslosengeld auszulösen. Es besteht auch keine Möglichkeit, die Entgelte aus der Teilzeitbeschäftigung bei der Bemessung der Höhe des Anspruchs auf Arbeitslosengeld zu berücksichtigen. Denn im Zeitpunkt des Entstehens des Arbeitslosengeldanspruchs am 1. November 2014 war die Teilzeitbeschäftigung noch nicht beendet. Eine neue Anwartschaft ist bis zum Verlust der Teilzeitbeschäftigung nicht erneut entstanden.

Urteil vom 10. November 2021 – L 3 AL 145/19 – 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 Ausnahmevorschrift 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 beehrte 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-Selbstberechnung 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, Verletzungsgeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Mutterchaftsgeld 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 2021 – L 3 AL 196/17 – rechtskräftig

VIII. Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II)

In einer Eingliederungsvereinbarung stehen die Pflichten des Leistungsberechtigten und die Unterstützungsleistungen des Leistungsträgers in keinem adäquaten Gegenseitigkeitsverhältnis, wenn sich der Leistungsberechtigte verpflichtet, sich um eine konkrete Zahl zumutbarer Beschäftigungsverhältnisse (hier: "auch befristet, Teilzeit, geringfügig, initiativ") zu bewerben, der Leistungsträger die Erstattung von Bewerbungskosten aber auf eine geringere Zahl von schriftlichen Initiativbewerbungen beschränkt und die Erstattungsfähigkeit für Bewerbungen auf geringfügige Beschäftigungsverhältnisse gänzlich ausschließt.

Streitig war in der Sache der Inhalt einer Eingliederungsvereinbarung im Jahr 2012, in der dreimal monatlich Bewerbungen vorgesehen waren, wobei für schriftliche Initiativbewerbungen Bewerbungskosten für höchstens sechs Stück übernommen wurden und für Bewerbungen auf geringfügige Beschäftigungen (monatlicher Verdienst bis 400,00 EUR brutto) keine Bewerbungskosten erstattet wurden. Das Sozialgericht hatte die Klage gegen den Minderungsbescheid abgewiesen.

Die Berufung der Klägerin war erfolgreich. Das LSG hat die wechselseitigen Verpflichtungen als unangemessen angesehen. Die Klägerin war aus der Eingliederungsvereinbarung verpflichtet, monatlich mindestens drei Bewerbungsbemühungen, im gesamten Zeitraum also 18, um zumutbare Beschäftigungsverhältnisse zu unternehmen. Während die in Betracht kommenden Tätigkeitsfelder (verschiedene Helfertätigkeiten) in der Vereinbarung enumerativ aufgezählt waren, standen andere Aspekte ("auch befristet, in Teilzeit, geringfügig, initiativ") im Ermessen der Klägerin. Die Klägerin hätte damit, ohne gegen die Vereinbarung zu verstoßen, sich beispielsweise 18-mal auf geringfügige Beschäftigungsverhältnisse bewerben können oder 18 Initiativbewerbungen unternehmen können. Als Gegenleistung für die in dieser Weise individuell bestimmten Eigenbemühungen der Klägerin sagte der Beklagte zwar dem Grunde nach die Erstattung von Bewerbungskosten zu, schränkte diese Zusage aber hinsichtlich einzelner in Betracht kommender Bewerbungen oder Beschäftigungen ein oder schloss sie aus, so für Bewerbungen auf geringfügige Beschäftigungen. Die Klägerin hätte mithin sämtliche Kosten für solche Bewerbungen selbst tragen müssen. Hätte die Klägerin 18 Initiativbewerbungen unternommen, wären für lediglich sechs Bewerbungen Kosten erstattet worden. Zwölf Bewerbungen hätte die Klägerin auf eigene Kosten unternehmen müssen. Es liegt auf der Hand, dass damit vor dem Hintergrund, dass "Stellensuche und Bewerbungsbemühungen" nach der Eingliederungsvereinbarung die zentrale Pflicht der Klägerin waren, die vom Beklagten insoweit übernommene Leistungsverpflichtung unangemessen war. Dass gesetzliche Vorschriften die Übernahme von Bewerbungskosten ermöglichen, ändert nichts daran, dass Eingliederungsvereinbarungen ein ausgewogenes Verhältnis der wechselseitigen Verpflichtungen aufzuweisen haben. Diese Wechselseitigkeit und Ausgewogenheit der vereinbarten Regelungen ist zum einen ein wesentliches Element des mit der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 Abs. 1 SGB II verfolgten gesetzgeberischen Regelungskonzepts. Für strenge Anforderungen insoweit spricht zum anderen, dass die Verletzung der vereinbarten Obliegenheit des Leistungsberechtigten zu Eigenbemühungen sanktionsbewehrt ist und zu Minderungen der existenzsichernden Leistungen trotz Hilfebedürftigkeit führen kann, weshalb sie nur eine angemessene Gegenleistung ist, wenn das Jobcenter individuelle und konkrete Unterstützungsleistungen zu ihrer Erfüllung verspricht. Nach § 58 Abs. 2 Nr. 4 SGB X ist ein öffentlich-rechtlicher Vertrag – wie die Eingliederungsvereinbarung – nichtig, wenn sich die Behörde eine nach § 55 SGB X unzulässige Gegenleistung versprechen lässt. Nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB

X muss die Gegenleistung den gesamten Umständen nach angemessen sein und im sachlichen Zusammenhang mit der vertraglichen Leistung der Behörde stehen. Diesen gesetzlichen Anforderungen wird die Eingliederungsvereinbarung von 2012 nicht gerecht. Der Beklagte ließ sich Bewerbungsbemühungen der Klägerin versprechen, für deren Kosten er zumindest teilweise nicht einstehen will. Seine Gegenleistung ist damit gerade im Lichte des Umstandes, dass die Klägerin auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes angewiesen ist, nicht angemessen.

Urteil vom 4. Februar 2021 – L 3 AS 1017/17 – rechtskräftig

1. Ein unabweisbarer Mehrbedarf im Sinne des § 21 Abs. 6 SGB II für die Wahrnehmung von Terminen zur medizinischen Behandlung liegt nicht vor, wenn die geltend gemachten Fahrtkosten lediglich 1,50 EUR monatlich über dem für Verkehr im Regelsatz zu Grunde gelegten Bedarf liegen.

2. In einer Bedarfsgemeinschaft ist für jedes erwerbsfähige Mitglied gemäß § 11b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB II der Beitrag zur Kfz-Haftpflichtversicherung für jeweils einen Pkw vom Einkommen des erwerbstätigen Mitgliedes absetzbar, auch wenn dem anderen Mitglied selbst kein (ausreichendes) Einkommen zufließt.

Der Kläger zu 1 war ehrenamtlich als Erhebungsbeauftragter für den Zensus tätig. Hierfür fuhr er mit seinem Pkw zahlreiche Haushalte an. Die Klägerin zu 2 ist als Landwirtin bei einer Genossenschaft beschäftigt und legt den Arbeitsweg mit einem Pkw zurück. Sie war Eigentümerin zweier Pkw, für die zwei Kfz-Haftpflichtversicherungen bestanden. Mit Bescheid vom Juni 2012 setzte der Beklagte die Leistungen der Kläger nach zunächst vorläufiger Bewilligung für den Zeitraum 01.12.2011 bis 31.05.2012 endgültig fest und forderte 828,40 EUR zu viel gezahlter Leistungen zurück. Sie berücksichtigte hierbei lediglich die Kfz-Haftpflichtversicherung für einen Pkw. Einen Mehrbedarf gemäß § 21 Abs. 6 SGB II für die Fahrtkosten des Klägers zu 1 zur Teilnahme am Rehabilitationssport erkannte sie nicht an. Widerspruch und Klage waren erfolglos.

Das LSG hat das Urteil des Sozialgerichts und die Bescheide des Beklagten abgeändert, den Klägern höhere Leistungen zuerkannt und die Rückforderung reduziert. Ein Anspruch auf Mehrbedarf gemäß § 21 Abs. 6 SGB II für die Fahrtkosten zur Teilnahme am Rehabilitationssport besteht nicht. Zwar können wiederholte Aufwendungen für Fahrten zu medizinischen Behandlungen grundsätzlich einen unabweisbaren laufenden besonderen Bedarf im Sinne des § 21 Abs. 6 SGB II darstellen. Erheblich ist ein atypischer Bedarf jedoch nur dann, wenn er von einem durchschnittlichen Bedarf in nicht nur unbedeutendem wirtschaftlichen Umfang abweicht. Das ist dann gegeben, wenn das menschenwürdige Existenzminimum durch die Mehraufwendungen nicht mehr gewährleistet ist. Die dem Kläger zu 1 wegen seiner Teilnahme am Rehabilitationssport entstandenen Fahrtkosten gehen jedoch nicht erheblich über den durchschnittlichen Regelbedarf hinaus, in dem im Jahr 2011 monatlich 20,65 EUR und im Jahr 2012 monatlich 21,22 EUR für Verkehr enthalten waren. Lediglich im Monat Mai 2012 wurde dieser Regelbedarf für Verkehr vom Kläger zu 1 und auch nur um 1,50 EUR, mithin um 0,45 % des Regelbedarfs von 337,00 EUR, überschritten. Dies ist von so unbedeutendem wirtschaftlichen Umfang, dass er die Gewährleistung des menschenwürdigen Existenzminimums nicht gefährdet. Als Beiträge zu privaten Versicherungen, die gesetzlich vorgeschrieben sind, können beide Haftpflichtversicherungen für die Pkw der Klägerin zu 2 gemäß § 11b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB II von deren Einkommen in abgesetzt werden, weil die Pkw von ihr genutzt werden. Das bestätigt auch § 12 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB I. Danach ist ein angemessenes

Kraftfahrzeug für jeden in der Bedarfsgemeinschaft lebenden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nicht als Vermögen zu berücksichtigen. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass das SGB II bei Bedarfsgemeinschaften von einem gegenseitigen Einstehen ausgeht und daher im Ergebnis die Einnahmen zusammenrechnet. Dies muss nach dem Grundsatz des „Wirtschaftens aus einem Topf“ dann ebenso für die Abzugsmöglichkeiten von Kfz-Haftpflichtversicherungen gelten. Kfz-Haftpflichtversicherungen können daher in Höhe der konkreten Ausgaben selbst dann abgesetzt werden, wenn sie für Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft aufgewendet werden müssen, denen selbst kein (ausreichendes) Einkommen zufließt. Ferner ergibt sich aus dem Wortlaut des § 11b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB II nicht, dass der Versicherungsnehmer und Beitragszahler (hier die Klägerin) sowie der Begünstigte der Versicherung (hier der Kläger als Nutzer des zweiten Fahrzeugs) identisch sein müssen.

Urteil vom 25. Februar 2021 – L 7 AS 45/17 – rechtskräftig

Für Unionsbürger bedarf es für ein Aufenthaltsrecht nach dem Aufenthaltsgesetz, um nicht von Leistungen nach dem SGB II ausgeschlossen zu sein, keiner Erteilung eines Aufenthaltstitels durch die Ausländerbehörde, wenn sie die Personensorge für ein Kind ausüben.

Die Antragstellerin ist bulgarische Staatsangehörige und 2019 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist. Vom 21.11.2019 bis März 2020 arbeitete sie als Reinigungskraft. Am 21.09.2020 gebar sie einen Sohn. Der Vater des Kindes und Partner der Antragstellerin ist ebenfalls bulgarischer Staatsangehöriger. Er reiste im Oktober 2015 in die Bundesrepublik Deutschland ein und ist unstedt beschäftigt. Auf Antrag der Antragstellerin vom 31.08.2020 bewilligte der Antragsgegner nur dem Partner und dem Sohn der Antragstellerin von August 2020 bis Januar 2021 vorläufig Leistungen und forderte die Antragstellerin auf, bei der Ausländerbehörde einen Aufenthaltstitel zu beantragen. Den dagegen gerichteten Widerspruch wies der Beklagte zurück. Die Antragstellerin hat Klage zum Sozialgericht und 2021 einstweiligen Rechtsschutz beantragt. Das Sozialgericht hat den Antrag abgelehnt.

Das LSG hat den Beschluss des Sozialgerichts aufgehoben und der Antragstellerin vorläufig Leistungen ab Januar 2021 gewährt. Ihr steht nämlich ein materielles Aufenthaltsrecht in entsprechender Anwendung des § 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 Aufenthaltsgesetz zur Ausübung der Personensorge für ihren Sohn zu, ohne dass es hierfür der Erteilung eines Aufenthaltstitels bedarf.

Beschluss vom 10. Mai 2021 – L 7 AS 342/21 B ER – unanfechtbar

Der geltend gemachte Bedarf an FFP2-Masken ist nicht unabweisbar und durch Zuwendungen Dritter (gesetzlicher Anspruch auf zehn Schutzmasken) sowie unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten des Leistungsberechtigten gedeckt.

Mit seinem Antrag begehrte der Antragsteller, der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II bezieht, die Auszahlung bzw. Erstattung von 129,00 EUR monatlich ab Februar 2021 für die "nun ... erforderlichen Masken". Das Sozialgericht hat den Antrag abgelehnt.

Das LSG hat die Beschwerde als unzulässig verworfen und ausgeführt, dass sie auch unbegründet wäre. Die Beschwerde ist nicht statthaft, weil die Berufung in der Hauptsache der Zulassung bedürfte (§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG), weil der Wert des Beschwerdegegenstandes

weder 750,00 EUR übersteigt noch wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betroffen sind. Die Beschwerde wäre auch unbegründet. Nach § 21 Abs. 6 SGB II haben Leistungsberechtigten einen Anspruch auf einen Mehrbedarf, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, besonderer Bedarf besteht. Der geltend gemachte Bedarf an FFP2-Masken ist nicht unabweisbar und der zweifellos entstandene Bedarf an Masken durch die Zuwendungen Dritter (gesetzlicher Anspruch auf zehn Schutzmasken) sowie unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten des Leistungsberechtigten gedeckt. Er weicht in seiner Höhe auch nicht erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf ab. Gemäß § 3 Abs. 1a der Sächsischen Corona-Schutz-Verordnung bestand ab 15.02.2021 eine Verpflichtung zum Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes (auch sog. OP-Maske). Lediglich nach § 3 Abs. 1b Sächsischen Corona-Schutz-Verordnung waren FFP2-Masken u.a. für die Beschäftigten ambulanter Pflegedienste bei der Ausübung der Pflege und beim Besuch von Tagespflegeeinrichtungen vorgeschrieben. Unter diesen Personenkreis fiel der Antragsteller auch nach eigener Auffassung nicht. Im Rahmen des Mehrbedarfes nach § 21 Abs. 6 SGB II muss der Leistungsbe-rechtigte prinzipiell die kostengünstigste und zumutbare Variante der Bedarfsdeckung wählen. Der Antragsteller konnte auf einfache OP-Masken zurückgreifen, die bereits für ca. 0,10 EUR pro Stück zu erwerben sind, so dass lediglich ein geringer Mehraufwand entstanden ist. Angesichts dessen ist nicht glaubhaft gemacht, dass neben den OP-Masken die nach dem SGB II ergänzend kostenlos zur Verfügung gestellten zehn FFP2-Schutzmasken nicht ausreichen und trotz der aktuellen besonderen Einsparmöglichkeiten (geringere Ausgaben für Freizeit, Unterhaltung und Kultur während der Corona Pandemie) ein weiterer Bedarf besteht, der bis zur Entscheidung im Hauptsacheverfahren auch aus dem (Schon-)Vermögen nicht bestritten werden kann.

Beschluss vom 10. Juni 2021 - L 3 AS 526/21 B ER – unanfechtbar

Die Repräsentativität der Datenerhebung bei Erstellung eines schlüssigen Konzepts ist auch gegeben, wenn lediglich die Daten der Bestandsmieten eines einzigen, marktbeherrschenden Wohnungsunternehmens herangezogen werden, soweit damit lediglich vorläufige Angemessenheitsgrenzen gebildet und diese mit ermittelten Angebotsmieten abgeglichen werden.

Klage und Berufung der Kläger auf Gewährung um monatlich mehr als 200,00 EUR höherer Unterkunftskosten, als vom Jobcenter bewilligt, waren erfolglos.

Das LSG hat entscheiden, dass nicht nur auf der Grundlage der vorhandenen Erkenntnisse und Daten ein schlüssiges Konzept entwickelt werden kann, sondern dass von der Fa. S ein schlüssiges Konzept mit dem Datum 21.11.2011 gefertigt wurde, welches Daten enthält, die vor dem streitgegenständlichen Zeitraum erhoben und auch vor dem streitgegenständlichen Zeitraum in einem schlüssigen Konzept Umsetzung gefunden haben. Mit der Prüfung des vorliegenden Streitzeitraums von März 2012 bis Juni 2012 anhand der Daten des schlüssigen Konzepts vom 21.11.2011 ist das Sozialgericht folglich den Vorgaben des BSG gerecht geworden. Nach der Feststellung, dass ein schlüssiges Konzept im oben genannten Sinne für den Streitzeitraum nicht unmittelbar vorlag, hat es unter Heranziehung der dem Konzept vom 21.11.2011 zugrundeliegenden und als verwertbar erachteten Daten die im hier streitigen Zeitraum angemessenen Unterkunftskosten ermittelt. Einen Erkenntnisausfall, der es erlaubte, die Wohngeldtabelle anzuwenden, sieht auch der Senat nicht und wendet – wie das Sozialgericht – zur Ermittlung der im streitigen Zeitraum angemessenen Unterkunftskosten die dem

schlüssigen Konzept vom 21.11.2011 zugrundeliegenden Daten und damit letztlich das Konzept an. Auf die erst am 01.12.2012 und damit nach Ablauf des vorliegend streitigen Bewilligungszeitraums in Kraft getretene "Richtlinie der Stadt über die Angemessenheit der Aufwendungen für Unterkunft und Heizung nach den Sozialgesetzbüchern II und XII (Unterkunfts- und Heizungskostenrichtlinie)" vom 14.11.2012 kommt es damit nicht an. Ohnehin kommt es nicht allgemein auf die Rechtmäßigkeit einer maßgeblichen Unterkunfts- und Heizkostenrichtlinie an, sondern unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls auf die Angemessenheit der tatsächlichen Aufwendungen der Kläger für ihre Unterkunft. Ein Präjudiz für andere, auch beim Gericht und dem erkennenden Senat rechtshängige, Verfahren mit Beteiligung des Beklagten ist daraus nur bedingt zu entnehmen. Gemessen an den Maßstäben der BSG-Rechtsprechung erweist sich das "Schlüssige Konzept zur Ermittlung von KdU-Angemessenheitsgrenzen der Stadt" vom 21.11.2011 nach Ansicht des Senats als taugliche Basis zur Bestimmung der angemessenen Unterkunfts-kosten im Sinne von § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB II für den streitgegenständlichen Zeitraum von März 2012 bis Juni 2012.

Urteil vom 22. Juni 2021 – L 8 AS 1087/16 – rechtskräftig

Auf einen Unionsbürger, der mehr als ein Jahr versicherungspflichtig beschäftigt war, ist die Regelung des § 2 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 Freizügigkeitsgesetz/EU über einen fortwirkenden Arbeitnehmerstatus anzuwenden. Er verfügt damit über ein grundsätzlich unbegrenztes Aufenthalts- und Freizügigkeitsrecht und der Leistungsausschluss nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB II findet keine Anwendung.

Die erwerbsfähige Antragstellerin ist slowakische Staatsangehörige. Sie reiste im September 2017 in das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland ein und war mit Unterbrechungen versicherungspflichtig beschäftigt. Anschließend bezog sie Arbeitslosengeld. Mit Bescheinigung vom 03.12.2019 bestätigte ihr die Agentur für Arbeit, dass bei ihr im Hinblick auf die am 20.09.2019 beendete Beschäftigung unfreiwillige Arbeitslosigkeit eingetreten sei. Im Zeitraum vom 01.11.2019 bis 31.03.2021 bezog sie Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II. Sie war während des Leistungsbezugs beim Antragsgegner zeitweise geringfügig beschäftigt. Den am 27.02.2021 für den Zeitraum ab 01.04.2021 gestellten Weiterzahlungsantrag lehnte der Antragsgegner ab. Die Antragstellerin habe keinen Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes, weil sie ein Aufenthaltsrecht in der Bundesrepublik Deutschland allein zum Zwecke der Arbeitssuche habe und daher von Leistungen ausgeschlossen sei. Gegen den Widerspruchsbescheid hat die Antragstellerin Klage zum Sozialgericht erhoben und sodann einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gestellt, mit dem sie die Bewilligung vorläufiger Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II in Höhe von 796,47 EUR monatlich begehrt. Das Sozialgericht hat den Antrag abgelehnt.

Das LSG hat den Beschluss des Sozialgerichts aufgehoben und den Antragsgegner zur vorläufigen Leistungsgewährung verpflichtet. Die Antragstellerin ist nicht vom Leistungsbezug nach dem SGB II gemäß § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 Buchst. b) SGB II ausgeschlossen, weil ihr als Ausländerin ein Aufenthaltsrecht als Arbeitnehmerin zusteht. Auf Grund ihrer bis zum 20.09.2019 ausgeübten versicherungspflichtigen Beschäftigung kann sie sich auf einen nachwirkenden Arbeitnehmerstatus stützen (§ 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB II). Die Arbeitnehmerfreizügigkeit wirkt nämlich auf Grund der unfreiwilligen, durch die Agentur für Arbeit bestätigten Arbeitslosigkeit gemäß § 2 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 Freizügigkeitsgesetz/EU fort. Die Antragstellerin

war mehr als ein Jahr, nämlich insgesamt 18,5 Monate als Arbeitnehmerin in der Bundesrepublik Deutschland abhängig beschäftigt. § 2 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 Freizügigkeitsgesetz/EU setzt keine ununterbrochene Tätigkeit von mehr als einem Jahr voraus. Jedenfalls sind nur zweimalige kurzfristige Unterbrechungen der Beschäftigung von jeweils nur 1,5 Monaten unschädlich.

Beschluss vom 12. Juli 2021 – L 7 AS 651/21 B ER – unanfechtbar

- 1. Der aus Bestandsmieten von Leistungsempfängern nach dem SGB II und SGB XII ermittelte Median kann unter bestimmten Voraussetzungen ein (Referenz- bzw. Vergleichs-) Wert für die Bestimmung der Nettokaltmiete und kalten Betriebskosten sein.*
- 2. Diese Voraussetzungen liegen hier für das ab Februar 2015 geltende Konzept des Landkreises Görlitz für den Vergleichsraum Görlitz (Stadt) und die Wohnungsgrößenklasse 2 vor.*

In zwei Verfahren beehrten die beiden Klägerinnen, eine alleinerziehende Erwerbstätige mit ihrer damals minderjährigen Tochter, für zwei unterschiedliche Zeiträume monatlich 33,90 EUR bzw. 67,79 EUR monatlich mehr, als das Jobcenter für die Wohnung zahlte. Gegenstand der Prüfung war die inzwischen durch teilweise geänderte Folgekonzepte abgelöste Verwaltungsvorschrift Kosten der Unterkunft und Heizung 2015, die auf dem vom Kreistag des Landkreises Görlitz am 25.02.2015 beschlossenen Konzept beruhte. Beim Sozialgericht Dresden hatten die Klagen Erfolg. Das Sozialgericht war zu dem Schluss gelangt, das zugrundeliegende Konzept 2015 sei nicht schlüssig i.S.d. Rechtsprechung des BSG. Gegen diese Urteile hat das Jobcenter die wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassene Berufung eingelegt.

Das LSG hat entschieden, dass das damalige Konzept den vom BSG in seiner Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an ein schlüssiges Konzept genügt. Die gewählte Methode im Konzept, in einem definierten Umfang Bestands- und Angebotsdaten zu erheben, sei nicht zu beanstanden. Soweit das Sozialgericht Referenzwerte beanstandet hatte, habe der Beklagte durch Offenlegung entsprechender Unterlagen im Laufe der Berufungsverfahren die Bedenken im Ergebnis ausräumen können. Auch der gewählte Weg der Verfügbarkeitsprüfung und der ermittelte Referenzwert für die kalten Betriebskosten seien – jedenfalls für die beiden geprüften Wohnungsgrößenklassen – nicht zu beanstanden. Hinzu kommen die Heizkosten, die das Jobcenter im Falle der Klägerinnen in Höhe der tatsächlichen Kosten übernommen hatte.

Urteile vom 7. Oktober 2021 – L 7 AS 547/17 und 548/17 – rechtskräftig

- 1. Leistungen nach dem BAföG stellen Einnahmen gemäß § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB II dar. Insoweit besteht keine Ausnahme von der Einkommensberücksichtigung nach § 11a Abs. 1 Nr. 1 SGB II.*
- 2. Eine Nachzahlung von BAföG ist gemäß § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB II (in der Fassung vom 13.5.2011) für den Monat zu berücksichtigen, in dem sie zufließt. Eine abweichende normative Vorgabe besteht entsprechend der sog. modifizierten Zuflusstheorie nicht.*
- 3. Die Rechtsprechung des BSG zum Zeitpunkt der Anrechnung des Kinderzuschlages lässt sich auf das BAföG nicht übertragen.*

Soweit sich die Klägerin gegen die Anrechnung einer BAföG-Zahlung im Oktober 2015 auf ihren Leistungsanspruch nach dem SGB II wendet, hatten weder ihre Klage noch die Berufung

Erfolg. Insoweit hat das LSG entschieden, dass die im Oktober 2015 auf das Konto der Klägerin zugeflossene Nachzahlung von BAföG-Leistungen für August und September 2015 in Höhe von 1.458,00 EUR als Einkommen im Oktober 2015 zu berücksichtigen ist. Denn die BAföG-Nachzahlung ist als laufende Einnahme in Geld im Sinne des § 11 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 SGB II (in der Fassung vom 13. Mai 2011) für den Monat zu berücksichtigen, in dem sie zufließt. Leistungen nach dem BAföG stellen grundsätzlich Einnahmen gemäß § 11 Abs. 1 Satz 1 SGB II dar. Nach § 11a Abs. 3 Satz 1 SGB II bleibt lediglich der ausbildungsprägende Anteil des BAföG in Höhe von 20 % des BAföG-Bedarfssatzes anrechnungsfrei und es liegt keine Ausnahme von der Einkommensberücksichtigung nach § 11a Abs. 1 Nr. 1 SGB II vor. So stammen die Einnahmen nach dem BAföG nicht aus einem mit den drei Existenzsicherungssystemen SGB II, SGB XII und AsylbLG vergleichbaren Rechtsgrund. Die Ausbildungsförderung nach dem 1971 eingeführten BAföG hat zwar auch existenzsichernde Funktion. Hauptziel ist jedoch nicht die Existenzsicherung, sondern die Erhöhung der Chancengleichheit im Bildungswesen sowie die Mobilisierung von Bildungsreserven in den einkommensschwächeren Bevölkerungsschichten. Die Rechtsprechung des BSG zum Zeitpunkt der Anrechnung des Kinderzuschlages lässt sich auf andere Sozialleistungen, die keine dem Kinderzuschlag vergleichbare Ersatzfunktion haben, wie etwa das BAföG, nicht übertragen. Leistungen nach dem BAföG werden im Gegensatz zum Kinderzuschlag nicht explizit zur Vermeidung von Leistungen nach dem SGB II erbracht.

Urteil vom 16. Dezember 2021 – L 7 AS 315/19 – rechtskräftig

IX. Sozialhilferecht

- 1. Zur Reichweite der Gewährung von Leistungen der häuslichen Pflege nach § 103 Abs. 2 SGB IX.*
- 2. Zum sozialhilferechtlichen Dreiecksverhältnis im Bereich des Rechts der Eingliederungshilfe*

Die Beteiligten stritten darüber, ob der Beigeladene berechtigt ist, dem Antragsteller im Rahmen der notwendigen Versorgung über 24 Stunden täglich neben Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Zweiten Teil des SGB IX die erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V sowie der Grundpflege nach dem SGB XI zu erbringen und gegenüber der Antragsgegnerin abrechnen zu dürfen. Den stattgebenden Beschluss des Sozialgerichts hat das LSG aufgehoben und den Antrag abgelehnt.

Ein Geldanspruch – in Bezug auf die hier allein streitigen Leistungen der Hilfe zur Pflege in Form von Leistungen der häuslichen Pflege als körperbezogene Pflege (Grundpflege) – aus einem persönlichen Budget nach §§ 105 Abs. 4, 29 Abs. 2 SGB IX setzt nach der bisherigen Rechtsprechung als materielle Voraussetzung den Abschluss einer Zielvereinbarung voraus, § 29 Abs. 4 SGB. Der Senat konnte offenlassen, ob das BSG an seiner Rechtsprechung insoweit festhalten wird, weil hier nicht die Leistungsform des persönlichen Budgets an sich in Streit stand, sondern allein die zeitliche Ausgestaltung der dem Antragsteller zustehenden Leistungen der Hilfe zur Pflege sowie der Behandlungspflege. Hinzu kam, dass es vorliegend nicht an einem Zielvereinbarungsangebot der Antragsgegnerin mangelte, sondern vielmehr an der Annahme des Angebots durch den Antragsteller. Die Antragsgegnerin übersandte dem Antragsteller eine Zielvereinbarung zum persönlichen Budget, die vom zeitlichen Umfang her

die bisherigen Assistenzleistungen (17 Stunden 15 Minuten soziale Teilhabe) und hauswirtschaftlichen Hilfen (30 Minuten) zum Gegenstand hatte. Der Antragsteller hatte die Zielvereinbarung bis dato nicht unterzeichnet, weil die aus seiner Sicht durch den Beigeladenen zu erbringenden Grund- und Behandlungspflegeleistungen nicht Gegenstand der vertraglichen Regelung waren. Unabhängig von der rechtlichen Einordnung des fehlenden Abschlusses einer Zielvereinbarung (§§ 105 Abs. 4, 29 Abs. 4 SGB IX) hatte er jedoch auch kein materielles Recht auf eine Kostenfreistellung und Kostenerstattung für die erfolgte selbst beschaffte Bedarfsdeckung in Bezug auf die Leistungen der häuslichen Pflege als körperbezogene Pflege in Form von Leistungen der Grundpflege und der Behandlungspflege, soweit diese Leistungen vom Beigeladenen erbracht wurden bzw. von diesem erbracht werden sollen. Die Gewährung von Leistungen für behandlungspflegerische Bedarfe kam hier schon deshalb nicht in Betracht, weil die medizinische Behandlungspflege nicht von § 103 Abs. 2 SGB IX erfasst wird. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege können grundsätzlich in das persönliche Budget nach §§ 105 Abs. 4, 29 SGB IX einbezogen werden. Dementsprechend hat auch die Krankenkasse mitgeteilt, dass sie sich an den von der Assistenz erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Medikamentengabe, digitale Enddarmausräumung und Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen) ab 2021 mit täglich 20,00 EUR im Rahmen eines (hier nicht streitigen) trägerübergreifenden persönlichen Budgets beteiligen wird. Aus den vorgenannten Erwägungen wäre es auch im Rahmen eines persönlichen Budgets nicht möglich, dem Wunsch des Antragstellers entsprechend alle Leistungen aus der Hand des Beigeladenen zu erhalten. Denn dazu ist eine Zielvereinbarung abzuschließen, die nach § 29 Abs. 4 Satz 2 SGB IX mindestens Regelungen über die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele, die Erforderlichkeit des Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs, die Qualitätssicherung und die Höhe des Teil- und Gesamtbudgets enthalten soll. Bezogen auf die Behandlungspflege sowie auf die grundpflegerischen Einrichtungen wird der Beigeladene die notwendigen qualitativen Leistungsanforderungen nicht erfüllen können, nachdem er bereits derzeit nicht dazu berechtigt ist, diese Leistungen anzubieten. Das persönliche Budget dient nicht dazu, den Qualitätsmaßstab der professionellen Leistungsanbieter zu reduzieren. Die zwischen dem Beigeladenen und dem Landkreis X abgeschlossene Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarung umfasst – anders als der Antragsteller meint – die Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen (Grundpflege) und auch die nach § 37 SGB V zu gewährende Behandlungspflege nicht. Wegen der eindeutigen vertraglichen Einschränkung sind gerade die körperbezogenen Pflegemaßnahmen im Sinne von § 64b SGB XII nicht erfasst, weswegen der Beigeladene diese Leistungen auch nicht erbringen und abrechnen kann. Die körperbezogenen Pflegeleistungen der Grundpflege erfordern in aller Regel einen zugelassenen, besondere Qualitätsanforderungen erfüllenden Pflegedienst. Das in § 104 Abs. 2 SGB IX niedergelegte Wunschrecht reicht aber nicht in die Vertragsfreiheit zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und dem Leistungserbringer hinein, welches sich lediglich an den Regelungen der §§ 123 ff. SGB IX zu orientieren hat, und kann nicht so weit reichen, dass gesetzliche Regelungen abbedungen oder Verträge nach § 123 SGB IX ausgehebelt werden können.

Beschluss vom 11. März 2021 – L 8 SO 12/21 B ER – unanfechtbar

Zur Angemessenheit der Vergütung der persönlichen Assistenten bei Sicherstellung der Eingliederungshilfe und der häuslichen Pflege im Wege des Arbeitgebermodells

Die schwerbehinderte und pflegebedürftige Antragstellerin beantragte wiederholt die Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe in Form eines persönlichen Budgets. Sie legte

eine Auflistung der von den Pflegehilfskräften durchgeführten täglichen Verrichtungen und eine Berechnung der durchschnittlichen Assistenzkosten vor und gab an, ab Januar 2021 mit ihren Assistenzkräften nunmehr – ohne Unterscheidung in Aktiv- und Passivstunden – einen einheitlichen Bruttostundenlohn von 17,00 EUR vertraglich vereinbart zu haben. Ausgehend von der vorgelegten Kalkulation betrügen die monatlichen Kosten der Assistenzleistung 18.490,74 EUR. Unter Berücksichtigung von 10 Prozent Lohnschwankungen werde ein Vorschuss in Höhe von 20.339,82 EUR beantragt. In der Kalkulation enthalten war ein Betrag von 7.000,00 EUR für Reisekosten für zwei Assistenten für die Begleitung der Antragstellerin nach Tansania, die bereits von der Antragsgegnerin gezahlt wurden. Die Antragsgegnerin bewilligte einen monatlichen Vorschuss in Höhe von 13.300,00 EUR von Januar 2021 bis Juni 2021. Hiergegen hat die Antragstellerin Klage erhoben über die noch nicht entschieden ist. Auf ihren Antrag verpflichtete das Sozialgericht die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung, der Antragstellerin vorläufig bis zum Oktober 2021 einen monatlichen Zuschuss in Höhe von 16.500,00 EUR als Vorschuss auf Leistungen der Eingliederungshilfe und der häuslichen Pflege zu zahlen.

Die hiergegen gerichtete Beschwerde der Antragsgegnerin blieb erfolglos. Vorbehaltlich weiterer Ermittlungen im Hauptsacheverfahren ist es zunächst nicht zu beanstanden, wenn sich der Vorschuss an einer Vergütung der Assistenzkräfte durch die Antragstellerin nach dem fachlich naheliegenden Tarifvertrag orientiert. Wenngleich der von ihr zugrunde gelegte Stundensatz von 17,00 EUR dabei im oberen Bereich angesiedelt wurde, erscheint der beantragte Vorschuss auch unter zugrunde legen eines Tarifstundenlohns von 14,88 EUR als nicht zu hoch. Ausgehend von einem Bedarf für 24 Stunden an 365 Tagen, 28 Tagen Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, 34 Tagen Urlaub, 11 Feiertagen, zu erbringender Arbeitgeberanteile, der Vergütung für Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung, 50 Prozent Erstattung der fiktiven Lohnkosten, 420,00 EUR Regiekosten und 1.200,00 EUR für die Lohnabrechnung ergibt sich ein Jahresbetrag von 208.595,55 EUR, mithin pro Monat ein Betrag von 17.382,96 EUR. Nach Abzug des Pflegegeldes nach SGB XI verbleibt ein Betrag von rund 16.600,00 EUR.

Beschluss vom 11. November 2021 – L 8 SO 39/21 B ER – unanfechtbar

X. Asylbewerberleistungen

Der Anspruch auf die Herausgabe sichergestellter Bargeldes erlischt, sofern nach der Freigabe mit einem Kostenerstattungsanspruch nach § 7 Abs. 1 S 3 AsylbLG aufgerechnet wird.

Die Klägerin, eine syrische Staatsbürgerin, reiste mit ihrem Ehemann und den minderjährigen Kindern illegal in die Bundesrepublik ein und stellte einen Asylantrag. Bei der Überprüfung übernahm die Bundespolizei einen Bargeldbetrag von 17.000,00 US Dollar sowie von 1.550,00 EUR. Mit sofort vollziehbarem Bescheid von April 2016 wurde die Klägerin verpflichtet, dem Beklagten sofort eine Sicherheit in bar zur Absicherung der zu gewährenden Leistungen nach dem AsylbLG zu leisten. Nach Anerkennung der Klägerin und ihrer Familie als Flüchtlinge reduzierte der Beklagte dem einzubehaltenden Betrag auf 16.236,20 EUR. Mit Bescheid vom März 2017 setzte der Beklagte gegen die Klägerin einen Erstattungsbetrag von 16.236,20 EUR fest und ordnete die sofortige Vollziehung an. Die einbehaltene Sicherheitsleistung gab

der Beklagte frei, rechnete jedoch zugleich seine Erstattungsforderung wegen gezahlter Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in gleicher Höhe gegen den Rückgewähranspruch der Klägerin auf.

Die hiergegen gerichtete Klage beim Sozialgericht hatte keinen Erfolg. Das LSG bestätigte diese Entscheidung. Der Barbetrag, den die Bundespolizei bei der Klägerin vorgefunden hat, ist als verwertbares Vermögen zu bewerten. Der Beklagte war auch dazu berechtigt, seinen Erstattungsanspruch gegen den Rückgewähranspruch nach erfolgter Freigabe aufzurechnen.

Urteil vom 19. Januar 2021 – L 8 AY 13/18 – rechtskräftig

Auch die Verweigerung jeglicher Mitwirkung an der Beschaffung notwendiger Rückreisedokumente rechtfertigt aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht zur unbegrenzten Kürzung von Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Der Antragsteller reiste 2016 ohne Identitätspapiere in das Bundesgebiet ein. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge lehnte den Asylantrag des Antragstellers ab. Zudem wurden weder die Flüchtlingseigenschaft noch der subsidiäre Schutzstatus zuerkannt. Der Antragsteller ist seit 2019 vollziehbar ausreisepflichtig. Mangels Mitwirkung an der Beschaffung eines geeigneten Rückreisedokumentes gewährte der Antragsgegner dem Antragsteller lediglich abgesenkte Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz im Dezember 2020 in Höhe von 186,00 EUR und von Januar bis Mai 2021 in Höhe von monatlich 192,00 EUR. Für den Zeitraum Juni 2021 bis November 2021 bewilligte der Antragsgegner erneut eingeschränkte Leistungen in Höhe von 192,00 EUR monatlich. Der Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes beim Sozialgericht war erfolglos.

Die hiergegen gerichtete Beschwerde des Antragstellers hatte Erfolg. Zur Sicherung des Anspruchs auf Gewährleistung des menschenwürdigen Existenzminimums können eingeschränkte Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht unbegrenzt gekürzt werden. Dies betrifft sowohl Höhe als auch Dauer der Kürzung. Eine Kürzung erscheint im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes damit allenfalls für die Dauer von drei Monaten und die Minderung der Höhe nach auf 30 Prozent der zustehenden Leistungen gerechtfertigt. Wegen bereits vorher im Zeitraum Dezember 2020 bis Mai 2021 erfolgter Kürzungen ist die ab Juli 2021 erfolgte weitere Kürzung weder hinsichtlich Höhe noch Dauer verfassungsrechtlich zu rechtfertigen.

Beschluss vom 16. Dezember 2021 – L 8 AY 8/21 B ER – unanfechtbar

XI. Prozessrecht

Der Wert des Beschwerdegegenstands beim Rechtsschutz gegen eine Zuweisung zu einer Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung bemisst sich nach der Höhe einer Leistungsminderung bei Nichtantritt, Abbruch oder Veranlassung des Abbruchs dieser Maßnahme.

Am 02.07.2020 erließ der Antragsgegner einen mit einer Rechtsbehelfs- und Rechtsfolgenbelehrung versehenen Bescheid über die Zuweisung des Antragstellers als Teilnehmer in die Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung AEP 120 Tage bei der Y-GmbH, die

vom 13.07.2020 bis zum 30.04.2021 stattfinden. Der Antragsteller trat die Maßnahme am 13.07.2020 an. Vom 14. bis 17.07.2020 ist seine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, danach erschien er nicht mehr. Nach Anhörung stellte der Antragsgegner eine Minderung des Arbeitslosengelds II um 30 Prozent des Regelbedarfs für Januar bis März 2021 fest und änderte die Leistungsbewilligung entsprechend ab, da der Antragsteller die Maßnahme "AEP 120 Tage" nicht angetreten habe. Den Widerspruch des Antragstellers gegen den Zuweisungsbescheid wies der Antragsgegner mit Widerspruchsbescheid zurück. Der Antragsteller hat Klage zum Sozialgericht erhoben und einstweiligen Rechtsschutz beantragt. Das Sozialgericht hat den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage abgelehnt. Ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Zuweisungsbescheids bestünden nicht.

Das LSG hat die Beschwerde als unzulässig verworfen. Sie ist nicht statthaft, weil die Berufung in der Hauptsache der Zulassung bedürfte (§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG). Weder übersteigt der Wert des Beschwerdegegenstands 750,00 EUR (§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG) noch sind wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betroffen (§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG). Der Wert des Beschwerdegegenstands bemisst sich im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes gegen eine Zuweisung zu einer Maßnahme nach der Höhe der Leistungsminde rung bei einer Pflichtverletzung im Sinn des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB II. Wenn ein erwerbsfähiger Leistungsberechtigter eine ihm zugewiesene Maßnahme zur Eingliederung nicht angetreten, abgebrochen oder Anlass für den Abbruch gegeben hat, kommt als Rechtsfolge allein die Minderung des Auszahlungsanspruchs auf Arbeitslosengeld II für maximal drei Monate um 30 Prozent des für ihn maßgebenden Regelbedarfs in Betracht. Deren Wert übersteigt 750,00 EUR nicht.

Beschluss vom 4. Januar 2021 – L 7 AS 902/20 B ER – unanfechtbar

Die Qualifikation als Steuerberater berechtigt nicht zu Vertretung in Sachen des Sozialversicherungsrechts.

Der als Steuerberater tätige Kläger legte 2016 mit Vollmacht seiner Mandantin Widerspruch gegen Ablehnung der Zahlung von Saison-Kurzarbeitergeld ein. Nach Anhörung wies die Beklagte den Kläger als Verfahrensbevollmächtigten zurück. Allein die Befugnis für geschäftsmäßige Hilfeleistungen in Steuersachen reiche für eine Vertretungsberechtigung in sozialrechtlichen Angelegenheiten nicht aus. Auf seine hiergegen gerichtete Klage hat das Sozialgericht die Bescheide der Beklagten über die Zurückweisung des Klägers aufgehoben.

Die Berufung der Beklagten hatte Erfolg. Das Tätigwerden des Klägers für seine Mandantin im Widerspruchsverfahren stellt eine Rechtsdienstleistung im Sinne des Rechtsdienstleistungsgesetzes (RDG) dar, die der Zulassung bedarf. Es handelt sich auch nicht um eine zugelassene Nebenleistung. Um die im Rahmen des Widerspruchsverfahrens zu erbringende Rechtsdienstleistung als Nebenleistung bewerten zu können, müsste es sich in der konkreten Fallkonstellation, hier dem Betreiben eines Widerspruchsverfahrens einen Anspruch auf Saison-Kurzarbeitergeld betreffend, um eine Tätigkeit handeln, die ein Steuerberater mit seiner beruflichen Qualifikation ohne Beeinträchtigung des Schutzzwecks des RDG, die Rechtssuchenden, den Rechtsverkehr und die Rechtsordnung vor unqualifizierten Rechtsdienstleistungen zu schützen, miterledigen kann. Maßgebend ist die allgemeine berufstypische juristische Qualifikation des Betroffenen im Rahmen seiner Haupttätigkeit. Hier bleiben die für die Haupttätigkeit erforderlichen Rechtskenntnisse hinter denjenigen für die Erbringung der (vermeintli-

chen) Nebenleistung erforderlichen Kenntnissen zurück, so dass die Nebenleistung nicht erlaubnisfrei erbracht werden kann. Das Sozialversicherungsrecht zählt nicht zu denjenigen Prüfungsgebieten, welche im Rahmen einer Steuerberaterprüfung bedeutsam sind.

Urteil vom 7. Januar 2021 – L 3 AL 176/17 – rechtskräftig

1. Verfügende i.S.d. § 118 Abs. 4 Satz 1 SGB VI sind Personen, die nach dem Tod des Versicherten als Verfügungsberechtigte über den entsprechenden Betrag ein bankübliches Zahlungsgeschäft zu Lasten des Kontos des Versicherten vorgenommen oder zugelassen haben. Dies setzt mehr als nur die Verfügungsberechtigung über das Konto voraus. Denn der Verfügungsberechtigte muss dem Geldinstitut gegenüber wirksam zu Lasten des Kontos verfügt, also Rechtsgeschäfte vorgenommen oder zugelassen haben, die unmittelbar darauf gerichtet waren, auf ein bestehendes Recht einzuwirken, es zu verändern, zu übertragen oder aufzuheben.

2. Das Zulassen eines banküblichen Geschäfts erfordert ein pflichtwidriges Unterlassen durch vorwerfbar unterlassene Handlungen (wie z.B. die Kontosperrung oder andere gebotene Handlungen), durch die Verfügungen Dritter über das Konto verhindert werden können. Das bedeutet, dass eine Pflicht zum Handeln bestanden haben muss. Eine solche kann sich u.a. aus der Vollmacht/Verfügungsberechtigung selbst, den Absprachen zwischen Kontoinhaber und Verfügungsberechtigtem, anderen Verfügungen des Kontoinhabers oder sonstigen Umständen wie etwa einem rechtlichen und/oder familiären Näheverhältnis ergeben.

3. Mit der Einräumung der Kontovollmacht bzw. Verfügungsberechtigung ist nicht ohne Weiteres die Verpflichtung des Berechtigten verbunden, nach dem Ableben des Kontoinhabers alle das Kontoguthaben vermindernenden Verfügungen verhindern zu müssen. Aus der hierzu bestehenden rechtlichen Möglichkeit folgt nicht auch ohne Weiteres die rechtliche Verpflichtung hierzu.

Der Kläger wandte sich gegen eine Erstattungsforderung für nach deren Tod auf das Konto der verstorbenen Mutter überwiesenen Rentenleistungen. Der Sohn hatte von der zu seinen Gunsten bestehenden Verfügungsberechtigung über das Konto zu keinem Zeitpunkt Gebrauch gemacht und das Konto nach Vorlage der Sterbeurkunde bei der Bank geschlossen. Die Klage gegen den Erstattungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung war beim Sozialgericht erfolglos.

Das LSG hob die Bescheide sodann auf. Zwar besteht ein vorrangiger Anspruch gegen das Geldinstitut nicht, weil die Sparkasse als inländisches Geldinstitut die für die Zeit nach dem Tod der Versicherten auf ein bei ihr geführtes Konto zu Unrecht erbrachten Rentenleistungen gemäß § 118 Abs. 3 Satz 2 SGB VI bereits zurücküberwiesen hat, soweit über den Rückforderungsbetrag bei Eingang der Rückforderung noch nicht anderweitig verfügt worden war bzw. eine Rücküberweisung aus dem Guthaben möglich war. Der Kläger ist aber weder Person im Sinne des § 118 Abs. 4 Satz 1 SGB VI, die die Geldleistung unmittelbar in Empfang genommen hat noch der der entsprechende Betrag durch Dauerauftrag, Lastschriftinzug oder sonstiges bankübliches Zahlungsgeschäft auf ein Konto weitergeleitet wurde (Empfänger). Als solche Person ist er seitens der Beklagten auch nicht in Anspruch genommen worden. Ein Anspruch gegenüber dem Kläger steht der Beklagten auch nicht als Verfügungsberechtigtem im Sinne des § 118 Abs. 4 Satz 1 SGB VI zu. Denn der Kläger hat nicht als Verfügungsberechtigter bankübliche Zahlungsgeschäfte zu Lasten des Kontos der Versicherten zugelassen. Denn sowohl nach dem Wortlaut als auch der Rechtsprechung des BSG reicht allein das Bestehen seiner Verfügungsberechtigung über das Konto der Versicherten nicht aus. Neben der Verfügungsberechtigung verlangen Norm und Rechtsprechung auch die Verfügung selbst in Form

der Vornahme oder des Zulassens eines banküblichen Zahlungsgeschäfts. Der Kläger hat bankübliche Zahlungsgeschäfte nicht in diesem Sinne zugelassen. Diesem Zulassen muss nämlich die Qualität eines Duldens oder Unterlassens im Rechtssinne zukommen. Selbst die Kontoschließung hat der Kläger nicht in seiner Eigenschaft als Verfügungsberechtigter über das Konto der Versicherten vorgenommen, sondern als der sich um die Angelegenheiten seiner verstorbenen Mutter kümmernde Sohn. Aus der eingeräumten Verfügungsberechtigung allein ergab sich für den Kläger keine Pflicht, bankübliche Zahlungsgeschäfte zu Lasten des Kontos nach dem Tod seiner Mutter verhindern zu müssen.

Urteil vom 17. März 2021 – L 6 R 236/18 – rechtskräftig

- 1. Durch einen (Beitrags-)Bescheid wird nur der Adressat und nicht sein Rechtsnachfolger verpflichtet. Die Inanspruchnahme des Rechtsnachfolgers setzt einen an diesen adressierten Bescheid voraus.*
- 2. Ein Rechtsnachfolger ist nur dann in seinen Rechten betroffen, wenn und soweit der Verwaltungsakt auch ihm gegenüber Rechtswirkungen hat; eine wirtschaftliche Betroffenheit reicht für die Beschwer i.S. v. § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG nicht aus.*
- 3. Der Rechtsnachfolger des Adressaten eines Beitragsbescheides ist nicht als Drittbetroffener klagebefugt i.S.v. § 54 Abs. 1 Satz 2 SGG.*
- 4. Ein Gesamtschuldner einer gesetzlich geregelten Gesamtschuldnerschaft ist durch einen Beitragsbescheid, der allein den mithaftenden Gesamtschuldner in Anspruch nimmt, nicht beschwert.*
- 5. Im sozialgerichtlichen Verfahren ist eine gewillkürte Prozessstandschaft bei Anfechtungsklagen grundsätzlich nicht zulässig.*

Der Kläger ist mit seinem Landwirtschaftsunternehmen seit April 2015 Rechtsnachfolger der ehemaligen Landwirtschaftsbetriebe der Obstbau-GbR und den der "Q" und wird bei der Beklagten mit eigener Unternehmens-ID geführt. Mit an die Obstbau-GbR adressiertem Bescheid vom 24.08.2015 setzte die Beklagte "für das Unternehmen den Unfallversicherungsbeitrag für das Umlagejahr 2014 mit 4.552,43 EUR sowie den für das Umlagejahr 2015 zu zahlenden Beitragsvorschuss mit 3.641,94 EUR fest. Mit an den Kläger adressierten Bescheid erklärte sie sich für dessen Landwirtschaftsbetrieb beginnend ab dem 01.04.2015 für zuständig. Gegen den an die Obstbau-GbR gerichteten Bescheid vom 24.08.2015 legte der Kläger Widerspruch ein. Mit an die Obstbau-GbR adressiertem Widerspruchsbescheid vom 01.10.2015, in dem sie die Beitragsberechnung im Einzelnen erläuterte, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Die hiergegen erhobene Klage hat das Sozialgericht abgewiesen.

Die nach Aufhebung der Beitragsfestsetzung durch die Beklagte für das Jahr 2015 lediglich bzgl. der Beiträge für das Jahr 2014 eingelegte Berufung des Klägers hatte keinen Erfolg. Die Klage ist bereits unzulässig, da der Kläger aus keinem rechtlichen Gesichtspunkt klagebefugt ist. Durch einen (Beitrags-)Bescheid wird nur der Adressat und nicht sein Rechtsnachfolger verpflichtet. Die Inanspruchnahme des Rechtsnachfolgers setzt einen an diesen adressierten Bescheid voraus. Ein Rechtsnachfolger ist nur dann in seinen Rechten betroffen, wenn und soweit der Verwaltungsakt auch ihm gegenüber Rechtswirkungen hat; eine bloße wirtschaftliche Betroffenheit reicht hierfür nicht aus. Aus diesem Grund ist der Rechtsnachfolger des Adressaten eines Beitragsbescheides auch nicht als Drittbetroffener klagebefugt. Ein Gesamtschuldner einer gesetzlich geregelten Gesamtschuldnerschaft ist durch einen Beitragsbescheid, der allein den mithaftenden Gesamtschuldner in Anspruch nimmt, nicht beschwert. Die gesamtschuldnerische Haftung bezieht sich dabei auf Beitragsschulden des Kalenderjahres, in dem der Unternehmenswechsel stattgefunden hat. Eine gewillkürte Prozessstandschaft ist

bei Anfechtungsklagen grundsätzlich nicht zulässig. Zwar hat das BSG bisher offengelassen, ob eine gewillkürte Prozessstandschaft in sozialgerichtlichen Verfahren auch bei Klagen gegen oder auf Erteilung behördlicher Verwaltungsakte zulässig ist. Das Bundesverwaltungsgericht und der Bundesfinanzhof haben diese Frage für das verwaltungsgerichtliche bzw. finanzgerichtliche Verfahren verneint, da § 42 Abs. 2 VwGO bzw. § 40 Abs. 2 Finanzgerichtsordnung für die Klagebefugnis allein an die Verletzung eigener Rechte anknüpfen. Der erkennende Senat hat sich dieser Auffassung angeschlossen.

Urteil vom 23. Juni 2021 - L 6 U 127/19 (rechtskräftig)

Unterlässt es die zuständige Behörde treuwidrig, im Widerspruchsverfahren die gebotene Abhilfeentscheidung zu treffen, sondern veranlasst die Ausgangsbehörde, Abhilfe im Wege eines Überprüfungsverfahrens zu schaffen, so ist sie im Hinblick auf die Kosten so zu stellen, als wäre die Abhilfeentscheidung ergangen.

Die Klägerin ist russische Staatsangehörige. Ihr Aufenthalt im Bundesgebiet ist geduldet. Sie erhielt seit September 2016 Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Hierüber stellte der Beklagte fortlaufend Bescheinigungen aus, ohne jedoch einen schriftlichen Bewilligungsbescheid zu erlassen. Dagegen legte der Prozessbevollmächtigte der Klägerin 2018 Widerspruch ein und beantragte, die Leistungsbewilligungen ab dem November 2017 insoweit zurückzunehmen, als der Beklagte lediglich Grundleistungen gewährt habe. Der Klägerin stünden seither Analogleistungen zu, da sie sich seit dem August 2016 ohne wesentliche Unterbrechungen im Bundesgebiet aufhalte und die Dauer ihres Aufenthalts nicht selbst rechtsmissbräuchlich beeinflusst habe. Ab Oktober 2018 gewährte die Beklagte der Klägerin Analogleistungen. Mit Schreiben vom November 2018 teilte der Beklagte dem Prozessbevollmächtigten mit, dass er den Widerspruch als Überprüfungsantrag werte, weshalb das Widerspruchsverfahren nicht weiter betrieben werde. Mit Bescheid vom Januar 2019 wurden der Klägerin schließlich auch für die Zeit vom November 2017 bis Juni 2018 die beantragten Analogleistungen bewilligt. Mit Widerspruchsbescheid vom März 2019 wies die Landesdirektion den Widerspruch als unzulässig zurück. Die Kosten des Verfahrens einschließlich der notwendigen Auslagen habe die Klägerin zu tragen. Die gegen die Kostenentscheidung gerichtete Klage der Klägerin hat das Sozialgericht abgewiesen.

Die Berufung hatte Erfolg. Unterlässt es die zuständige Behörde – wie hier – treuwidrig, die gebotene Abhilfeentscheidung zu treffen, so ist sie im Hinblick auf die Kosten so zu stellen, als wäre die Abhilfeentscheidung ergangen. Die Landesdirektion war nicht berechtigt, die Angelegenheit an den Beklagten "zurückzugeben" und diesen anzuweisen, das Widerspruchsverfahren als Überprüfungsverfahren fortzusetzen. Das Widerspruchsverfahren endet entweder mit einer Abhilfeentscheidung oder einem Widerspruchsbescheid, nicht aber mit einem Überprüfungsbescheid. Die rechtswidrig verfügte "Rückgabe des Verfahrens" an den Beklagten ist im laufenden Widerspruchsverfahren erfolgt. Der Bescheid des Beklagten vom 25. Januar 2019 stellt sich damit als Abhilfebescheid dar, der unzweifelhaft ursächlich auf dem eingelegten (erfolgreichen) Widerspruch der Klägerin beruht und schließlich den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch begründet.

Urteil vom 12. Oktober 2021 – L 8 AY 1/21 – rechtskräftig

Ist Streitgegenstand die Rechtmäßigkeit einer Rückforderung von Arbeitslosengeld II wegen Zuflusses von Einkommen, wird das Verfahren nicht durch die Eröffnung des Insolvenzverfahrens unterbrochen.

Die geschiedene Klägerin erhielt ab August 2012 Kindergeld für ihre im Haushalt lebende Tochter durch Überweisung auf ihr Girokonto. Die Klägerin und ihre Tochter schlossen einen Vertrag, wonach die Tochter das Kindergeld für sich und die Enkelin bar ausgezahlt erhalte, sobald es überwiesen sei, sowie dass das Kindergeld künftig auf das Konto der Tochter zu zahlen sei. Dies teilte die Klägerin der Kindergeldstelle mit. Am 10.04.2019 eröffnete das Amtsgericht das Verbraucherinsolvenzverfahren über das Vermögen der Klägerin. Auf Antrag der Klägerin vom 19.06.2012 bewilligte ihr der Beklagte für August 2012 bis Januar 2013 und Februar bis Juli 2013 monatlich 469,88 EUR. Sie forderte die Klägerin auf, Unterlagen über die Bewilligung, Auszahlung oder Abzweigung des Kindergelds für ihre Tochter vorzulegen. Dem kam die Klägerin nach. Nach Anhörung der Klägerin nahm der Beklagte daraufhin die Bewilligung von Arbeitslosengeld II für September 2012 bis Juni 2013 "teilweise in Höhe von 2.024,00 Euro" zurück" und machte eine Erstattungsforderung gegenüber der Klägerin geltend. Die Klägerin habe Kindergeld für ihre Tochter bezogen und in der Veränderungsmitteilung vom 01.11.2012 diesbezüglich zumindest grob fahrlässig unvollständige Angaben gemacht. Außerdem sei ihr die fehlerhafte Bewilligung bekannt gewesen. Der Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin zurück. Auf die Weiterleitung des Kindergelds komme es nicht an, da die Tochter bis Juni 2013 im Haushalt der Klägerin gelebt habe. Die Klägerin hat Klage zum Sozialgericht erhoben, das die angefochtenen Bescheide des Beklagten "hinsichtlich der Rücknahme der Bewilligungen für den Zeitraum vom 01.12.2012 bis 30.06.2013" und der „Rückforderung ... aufgehoben" hat, "soweit sie 737,00 EUR übersteigt" sowie die Klage im Übrigen abgewiesen hat.

Das LSG hat auf die Berufung der Beklagten das Urteil des Sozialgerichts aufgehoben und die Klage vollständig abgewiesen. Das Berufungsverfahren ist nicht durch die Eröffnung des Verbraucherinsolvenzverfahrens unterbrochen worden, da die gegenständliche Rückforderung nicht die Insolvenzmasse (§ 35 Abs. 1 InsO) betrifft. Im Übrigen hat es die Rechtmäßigkeit der Bescheide des Beklagten bestätigt.

Urteil vom 16. Dezember 2021 – L 7 AS 322/18 – rechtskräftig

B. Das einzig Beständige ist der Wandel

I. Pilotierung der e-Akte am Landessozialgericht

Am 6. Dezember 2021 hat die Pilotierung der e-Akte am Sächsischen Landessozialgericht begonnen. Zuvor wurden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Richterschaft und die Geschäftsstellen geschult, um für die Umstellungsphase eine ausreichend große Anzahl an Ansprechpartnern darauf vorzubereiten, den Anwenderinnen und Anwendern für Fragen sowie für Tipps und Tricks bei den neuen Abläufen zur Verfügung stehen.

Bis Ende des vergangenen Jahres waren viele der neuen Geschäftsprozesse noch ungewohnt. Gerade in den Geschäftsstellen führt die parallele Bearbeitung von Papierakten (die vor dem 6. Dezember 2021 beim Sächsischen Landessozialgericht eingegangenen Verfahren) und elektronischen Gerichtsakten (die seither eingegangenen Verfahren) zu zusätzlichen vorübergehenden Belastungen. Trotz der großen Veränderungen, die die elektronische Verfahrensakte mit sich bringt, ist die Arbeitsatmosphäre seit dem Beginn der Umstellung konstruktiv und entspannt. Entscheider und Serviceeinheiten wirken gut zusammen. Waren zu Beginn der Pilotierung noch zahlreiche technische Ungereimtheiten zu verzeichnen, die von den Kolleginnen und Kollegen der LIT (Leitstelle für Informationstechnologie der sächsischen Justiz) behoben werden mussten, konnte bereits Anfang Januar 2022 festgestellt werden: VIS-Justiz läuft stabil. Die sehr wenigen fortbestehenden technischen Herausforderungen müssen gemeinsam mit dem Entwicklerverbund geklärt werden.

Das bedeutet aber nicht, dass der Umstellungsprozess bereits abgeschlossen wäre. Auch wenn die "Aktenberge" nun elektronisch dargestellt werden, entledigt dies die Kolleginnen und Kollegen nicht von der Aufgabe, die zahlreichen Dokumente zeitnah durchzuarbeiten. Bis sich neue Routinen einstellen und die alten Gewohnheiten aus der "Papierwelt" abgelegt sind, wird noch einige Zeit vergehen. Gleichwohl ist den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sächsischen Landessozialgerichts der Start in das digitale Zeitalter gelungen.

II. Personalnachrichten

Zum 1. Februar 2021 wurden drei Richterinnen, zwei vom Sozialgericht Dresden und eine vom Sozialgericht Leipzig, zu Richterinnen am LSG ernannt: Frau Lohr, Frau Kemper und Frau Koppen. Am 1. März 2021 kam der früher am Sozialgericht Chemnitz tätige Richter am LSG Kegler hinzu.

Zum 1. April 2021 wurde Herr Richter am Sozialgericht als weiterer aufsichtsführender Richter Stinshoff zum Vizepräsidenten des Sozialgerichts Leipzig ernannt.

Nach dem 31. Mai 2021 ist die Vorsitzende Richterin am LSG Schneider in den Ruhestand getreten. Der Richter am LSG Neumann hat am 30. September 2021 die Sächsische Justiz verlassen, um am 1. Oktober 2021 sein Amt als Richter am Bundesarbeitsgericht in Erfurt anzutreten.

Teil 2: Statistischer Überblick 2021

I. Geschäftsentwicklung

1. Eingänge

Wie schon 2020 sind die Neueingänge an den drei Sozialgerichten in Chemnitz, Dresden und Leipzig abermals zurückgegangen: Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Eingänge um fast zehn Prozent verringert und sind auf 17.535 gesunken (2020: 19.430). Anders als im Jahr zuvor war beim Landessozialgericht im zweiten Jahr der Pandemie der Rückgang der neuen Verfahren deutlich: 2021 gingen nur 2.942 Verfahren neu ein, während es 2020 noch 3.231 Verfahren waren, ein Rückgang um fast neun Prozent. Ein Normenkontrollverfahren-Eilverfahren nach § 55a SGG in Bezug auf die Höhe der Aufwendungen für Unterkunft und Heizung nach dem SGB II die Verwaltungsrichtlinie der Stadt Leipzig betreffend ist eingegangen und bereits mit Beschluss im Januar diesen Jahres erledigt worden.

2. Erledigungen

Sinkende Eingänge erlaubten es den Richterinnen und Richter der drei Sozialgerichte die jeweiligen Bestände weiter abzubauen. Obwohl in absoluten Zahlen etwas weniger Verfahren abgeschlossen werden konnten als im Jahr zuvor, nämlich 21.596 (Vorjahr: 23.056), ist der Bestand von 31.385 am Anfang des Jahres 2021 auf 27.333 am Ende gesunken (- 4.054). Dies entspricht einem Minus von fast 13 Prozent.

Am Landessozialgericht gingen die Erledigungszahlen 2021 deutlich zurück. Es wurden 2.983 Verfahren gegenüber 3.852 erledigten Verfahren im Jahr 2020 beendet, das sind 22 Prozent weniger. Der Bestand der anhängigen Verfahren verringerte sich infolge des Rückgangs der Eingänge dennoch leicht von 4.434 am 1. Januar auf 4.389 am 31. Dezember 2021. Abermals zugenommen hat die Zahl der Entscheidungen durch Einzelrichter bzw. den sog. Kleinen Senat von 286 auf 294 Berufungsverfahren im vergangenen Jahr. Die Quote der nicht in voller Senatsbesetzung getroffenen Entscheidungen erhöhte sich damit auf rund 39 Prozent.

3. Erfolgsquoten

Die Chancen, vor den Sozialgerichten gegenüber einem Sozialversicherungsträger oder einer Leistungsbehörde einen Erfolg zu erringen, lassen sich aus den vorliegenden Statistiken schwer ablesen, da sich viele Verfahren ohne eine gerichtliche Entscheidung erledigen. So kam es bei den 2021 an den drei Sozialgerichten insgesamt beendeten Hauptsacheverfahren in 1.011 Fällen zu einem Vergleich, in 2.416 Fällen zu einem Anerkenntnis durch die Behörden und in 1.278 Verfahren zu einer übereinstimmenden Erledigungserklärung der Beteiligten. In weit mehr Verfahren, nämlich in 7.543 Fällen haben die Klägerinnen und Kläger die Klagen allerdings zurückgenommen. Die Erfolgsquoten für die Versicherten und Leistungsempfänger in den durch eine gerichtliche Entscheidung beendeten Klageverfahren an den Sozialgerichten bewegen sich mit 24,54 Prozent auf dem Vorjahresniveau (2020: 24,84 Prozent 2019: 24,02 Prozent; 2018: 22,35 Prozent): Bei 5.272 durch Urteil oder Gerichtsbescheid beendeten Hauptsacheverfahren erzielten die Versicherten oder Leistungsempfänger in 840 Verfahren (16 Prozent) einen Erfolg und in 454 Verfahren (8,61 Prozent) immerhin einen Teilerfolg; damit ergibt sich keine Änderung zum Vorjahr.

In den Eilverfahren vor den Sozialgerichten wurde in 54,12 Prozent der Fälle (Vorjahr: 51,07 Prozent) durch gerichtlichen Beschluss entschieden. Bei den insgesamt 721 Beschlüssen konnten die Versicherten und Leistungsempfänger in 27,05 Prozent der Fälle einen Erfolg oder zumindest einen Teilerfolg erreichen (2020: fast 30 Prozent). 32,22 Prozent aller Erledigungen in den Eilverfahren und 37,25 Prozent derer in Hauptsacheverfahren sind allerdings auf Rücknahmeerklärungen der jeweiligen Antragsteller oder Kläger zurückzuführen. Diese Werte schwanken über die Jahre nur geringfügig.

In 47 Urteilen hatten die Sozialgerichte die Berufung zum Landessozialgericht zugelassen, zweimal die Sprungrevision zum Bundessozialgericht.

Vor dem Landessozialgericht lag die Erfolgsquote für Versicherten oder Leistungsempfänger in den Berufungsverfahren bei etwas mehr als 17 Prozent (Vorjahr: 14,60 Prozent). Gleichzeitig lag auch die Rücknahmequote bei den Berufungen mit fast 41 Prozent im Vergleich zu rund 33 Prozent im Vorjahr deutlich höher. Leicht angestiegen ist auch die Erfolgsquote bei den Eilbeschlüssen. Dort hatten 2021 15,69 Prozent der Beschwerden der Bürgerinnen und Bürger Erfolg bzw. teilweise Erfolg (2020: rund 11 Prozent). Die Beschlussquote bei den Beschwerdeverfahren gegen Eilbeschlüsse lag 2021 bei 81,74 Prozent. Weiterhin ganz überwiegend ohne Erfolg blieben die sonstigen Beschwerden gegen Entscheidungen der Sozialgerichte

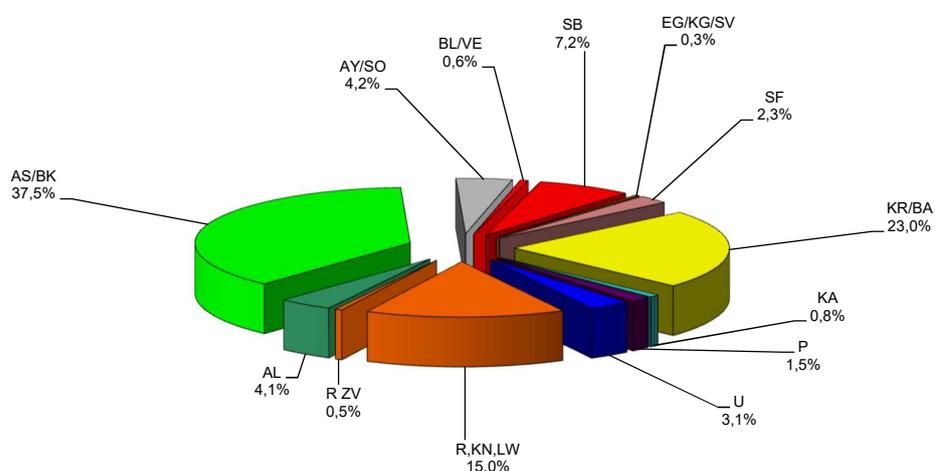
(abgelehnte Prozesskostenhilfe, Nichtzulassungsbeschwerden und sonstige): Von 302 gerichtlichen Entscheidungen blieben 259 ohne Erfolg (85,76 Prozent; Vorjahr: 84,86 Prozent). Bei den 206 im Jahr 2021 durch Beschluss entschiedenen Nichtzulassungsbeschwerden führten 7 zur Zulassung der Berufung.

Neunmal haben die Senate in ihren Urteilen die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen, einmal das Recht der Krankenversicherung betreffend, zweimal in Rentensachen und in sechs Fällen zum Recht der Arbeitslosenversicherung.

4. Zusammensetzung des Bestandes nach Rechtsgebieten

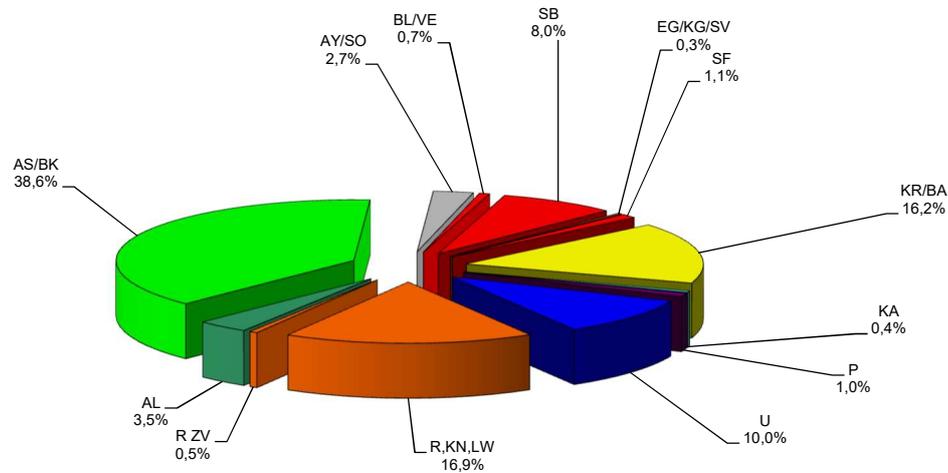
Nach wie vor macht die Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II – AS) bei den Sozialgerichten und beim Landessozialgericht den größten Posten des Bestandes aus. Die Rentenverfahren (gesetzliche Rentenversicherung) und das Rechtsgebiet der gesetzlichen Krankenversicherung (KR) liegen wie bisher auf Platz zwei und drei. Nahezu irrelevant sind inzwischen die Rentenverfahren im Zusammenhang mit Zusatzversorgungssystemen der ehemaligen DDR: bei den Sozialgerichten sind nur noch 44 derartige Verfahren eingegangen.

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



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	BL/VE	SB	EG/KG/SV	SF
Bestand	6436	212	416	872	4191	147	1139	10484	1181	166	2005	84	653

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



Sachgebiet	010/170	020	030	040	050	060	070	080	090/180	100	110	130	900
	KR/BA	KA	P	U	R,K,N,L,W	R ZV	AL	AS/BK	AY/SO	BL/VE	SB	EG/KG/SV	SF
Bestand	720	20	43	444	752	24	156	1717	121	31	356	12	49

Legende					
KR/BA	Krankenversicherung	R,K,N,L,W	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 2021 18,3 Monate gegenüber 17,3 Monaten im Jahr 2020 und 15,6 Monaten im Jahr 2019. Auf eine Entscheidung durch Urteil mussten die Beteiligten durchschnittlich 32,1 Monate (2020: 29,5 Monate; 2019: 26 Monate) warten; Verfahren, die durch Gerichtsbescheid ohne mündliche Verhandlung entschieden werden, endeten im Schnitt nach 21,7 Monaten. Hier setzt sich der Trend des vergangenen Jahres fort: bei niedrigen Eingängen – wie jetzt – werden zunehmend ältere Bestandsverfahren bearbeitet und zu einer gerichtlichen Entscheidung gebracht, also erhöht sich die durchschnittliche Verfahrenslaufzeit durch die Abarbeitung der älteren Bestandsverfahren.

Am Landessozialgericht dauerten Berufungsverfahren 2021 durchschnittlich 20,7 Monate, etwas mehr als im Vorjahr mit 20,4 Monaten. Bis ein Verfahren durch Urteil, in der Regel nach

einer mündlichen Verhandlung, entschieden wurde, vergingen im Schnitt 25 Monate (2020: 27,3 Monate; 2019: 25,9 Monate). Für ein Verfahren durch zwei Instanzen betrug die Dauer 2021 im Schnitt drei Jahre und acht Monate – genauso lange wie 2020 –; bis zu einem Urteil des Landessozialgerichts vergingen wie 2020 im Schnitt etwas mehr als vier Jahre. In 54 Prozent der Fälle waren die Verfahren zwei Jahre nach dem Eingang der Berufungsschrift erledigt (2020: 50 Prozent; 2019: 56,71 Prozent).

Die durchschnittliche Dauer der Eilverfahren an den Sozialgerichten lag 2020 wieder bei 1,1 Monaten nach 1,4 bzw. 1,2 Monaten in den Jahren zuvor. Von Pandemie bedingten Verzögerungen ist in diesem Bereich somit nichts zu vermelden. Die entsprechenden Beschwerdeverfahren in der 2. Instanz wurden im Schnitt nach 5,9 Monaten erledigt. Der Mittelwert für die Dauer der gerichtlichen Eilverfahren durch zwei Instanzen lag bei 7,8 Monaten (2020: 9,3 Monate; 2019: 8,1 Monate). In 66 Prozent der Fälle waren die gerichtlichen Eilverfahren einschließlich des Beschwerdeverfahrens tatsächlich schon innerhalb von sechs Monaten endgültig beendet (125 von 189 erledigten Verfahren).

Die übrigen Beschwerdeverfahren beim Landessozialgericht (überwiegend gegen die Ablehnung von Prozesskostenhilfe durch die Sozialgerichte) dauerten im Durchschnitt 10,6 Monate (2020: 10,9 Monate). In Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren wurde nach durchschnittlich 16,9 Monaten (2020: 15,9 Monate; 2019: 17,8 Monate) entschieden. Die Beschlussquote beim Landessozialgericht ist in allen Beschwerdeverfahren deutlich angestiegen und bewegt sich jetzt zwischen 85 und 86 Prozent (2020: 77 Prozent; 2019: 79,86 Prozent).

II. Entwicklung in den verschiedenen Rechtsgebieten

1. Streitigkeiten um Arbeitslosengeld II nach wie vor größter Posten

Der Anteil der sog. Hartz-IV-Verfahren bei den neuregistrierten Verfahren sank 2021 an den Sozialgerichten weiter auf 5.175, während 2020 noch 7.643 Neueingänge in diesem Rechtsgebiet zu verzeichnen waren. Wegen der insgesamt gesunkenen Eingangszahlen machen diese Hartz-IV-Verfahren immer noch knapp 30 Prozent aller neuen Verfahren aus (2020: 39,34 Prozent; 2019: 35,91 Prozent). Beim Landessozialgericht sind die Neueingänge in diesem Rechtsgebiet leicht angestiegen auf 1.235 Neueingänge gegenüber 1.073 Verfahren im Jahr 2020, was damit ein Anteil von fast 42 Prozent an den Gesamteingängen ausmacht. Im Vorjahr lag dieser Anteil noch bei 33 Prozent.

Knapp hinter den SGB II-Verfahren an den Sozialgerichten liegt abermals die Zahl der Verfahren aus dem Sachgebiet der gesetzlichen Krankenversicherung (KR) mit erneut 4.695 Verfahren (also 26,77 Prozent aller Eingänge) nachdem im Jahr 2020 lediglich 3.327 Neueingänge zu verzeichnen waren. Danach folgen 2.854 neue Rentenverfahren mit einem Anteil von nach wie vor um die 16 Prozent an der Gesamtzahl aller neuen Verfahren.

Beim Landessozialgericht stellen die Verfahren aus dem Rentenversicherungsrecht (593) wie stets den zweitgrößten Posten mit 20 Prozent der Neueingänge. Konstant an dritter Position sind hier die Verfahren aus dem Krankenversicherungsrecht (375 Verfahren entsprechen knapp 13 Prozent).

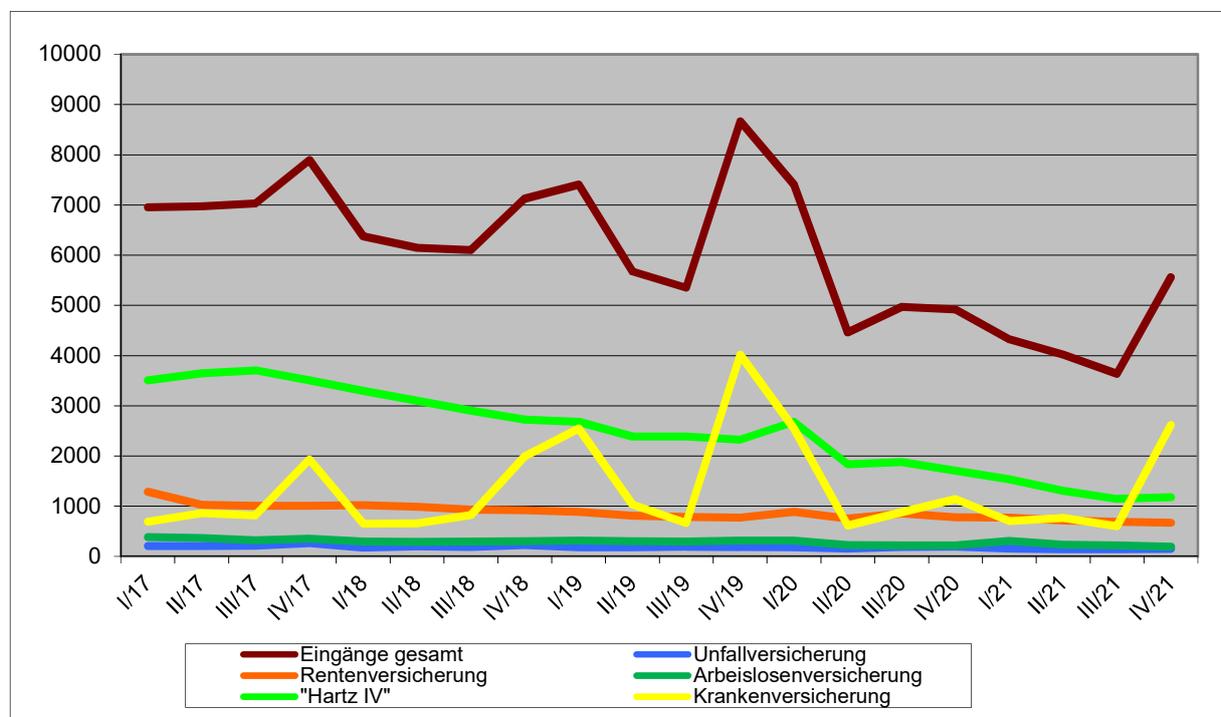
Einstweiliger Rechtsschutz wird nach wie vor in erster Linie in den Rechtsgebieten angestrebt, in denen um existenzsichernde Leistungen gestritten wird. Verfahren zum Grundsicherungsrecht nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) und SGB XII (Sozialhilfe) machen 70 Prozent aller Eilverfahren an den Sozialgerichten aus. So mussten die Sozialgerichte in 802 bzw. 133 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 119 (SGB II) bzw. 23 (SGB XII) Fällen. Zu Hauptsacheverfahren kommt es danach teilweise nicht mehr. Beim Landessozialgericht ist das Verhältnis zwischen Berufungsverfahren im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (555), die im Jahr 2021 anhängig gemacht wurden, erstmals niedriger als die Zahl der Berufungen zu Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II (573) und dem SGB XII (51). Auffallend ist wieder die erhebliche Zahl von Verfahren, in denen um die Feststellung einer Schwerbehinderung gestritten wird: 1.251 neue Verfahren wurden an den drei Sozialgerichten deswegen erhoben, am Landessozialgericht bewegen sich die Eingänge um die 200 Verfahren.

Relevante Veränderungen gegenüber dem Vorjahr sind an den Sozialgerichten bei den Eingangszahlen in den Bereichen Kranken- und Pflegeversicherung zu verzeichnen, wo sich die Eingänge um 41 Prozent erhöhten, und bei den Verfahren des Asylbewerberleistungsrechts, wo 2021 313 neue Verfahren gegenüber 198 im Jahr 2020 gezählt wurden. Auch beim Eltern- bzw. Erziehungsgeld hat sich die absolute Zahl mehr als verdoppelt von 27 auf 57. Rückläufig, nämlich 32,66 Prozent weniger Eingänge sind bei den Hartz IV-Leistungen zu verzeichnen und leicht abgenommen hat auch die Zahl der neuen Rentenverfahren von 3.134 im Jahr 2020 auf 2.854 im Jahr 2021. Im Übrigen sind im Wesentlichen gleichbleibende Eingangszahlen zu beobachten sind. Bedeutend ist – wie bereits erwähnt – der abermalige Rückgang der Eingänge im Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

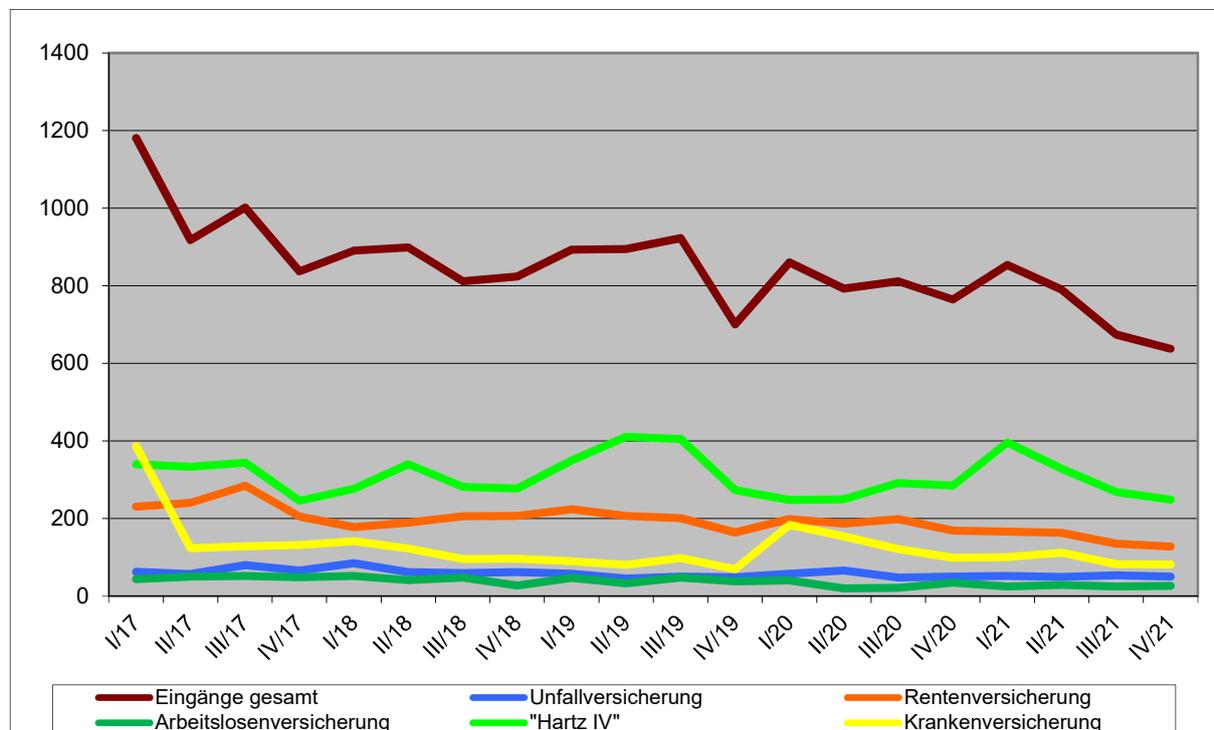
Beim Landessozialgericht ist lediglich im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) ein Zuwachs der Eingänge zu verzeichnen vom 1.073 (2020) auf 1.231 im Jahr 2021, also rund 15 Prozent. Die Rückgänge bei den neu eingegangenen Rentenverfahren vom 754 auf 593 betragen etwas mehr als 21 Prozent. In allen anderen Rechtsgebieten bewegen sich die Eingangszahlen in etwa auf demselben Niveau wie im Vorjahr oder sind gering, oft im niedrigen zweistelligen Bereich gesunken.

Dem allgemeinen Trend folgend sind auch die Streitigkeiten in Kostensachen von 1.239 weiter zurückgegangen auf 978 Verfahren. Befangenheitsanträge gegen Richterinnen und Richter der Sozialgerichte werden in erheblich geringerem Umfang gestellt: waren es 2020 noch 241 Ablehnungsgesuche beläuft sich die Zahl der Ablehnungsanträge 2021 auf nur 69 an allen drei Sozialgerichten. Die sog. Güterichterverfahren, spezielle Verfahren, in denen mit Mitteln der Mediation eine umfassende Streitbeilegung angestrebt wird, spielen nahezu keine Rolle mehr (Sozialgerichte: 3; Sächsisches Landessozialgericht: 0).

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



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



2. Prozesskostenhilfeanträge

Die sozialgerichtlichen Verfahren sind für Versicherte und Leistungsempfänger in der Regel gerichtskostenfrei und vor den Sozialgerichten, auch in der Berufungsinstanz, besteht kein Anwaltszwang. Abermals ließen sich die Beteiligten in rund 60 Prozent der erledigten Verfahren bei den Sozialgerichten und beim Landessozialgericht durch eine Rechtsanwältin oder einen Rechtsanwalt vertreten.

Dem allgemeinen Verfahrensrückgang entsprechend ist die Zahl der Prozesskostenhilfeanträge zurückgegangen: 2021 haben die Gerichte der sächsischen Sozialgerichtsbarkeit insgesamt 3.961-mal (2020: 4.599; 2019: 5.974) hierüber entschieden, wobei Prozesskostenhilfe den bedürftigen Antragstellerinnen und Antragstellern an den Sozialgerichten in 86,75 Prozent der Fälle bewilligt wurde. Am Landessozialgericht wurden in nur 51 Prozent der Fälle Prozesskostenhilfe bewilligt und Prozessbevollmächtigte beigeordnet.

3. Personalentwicklung

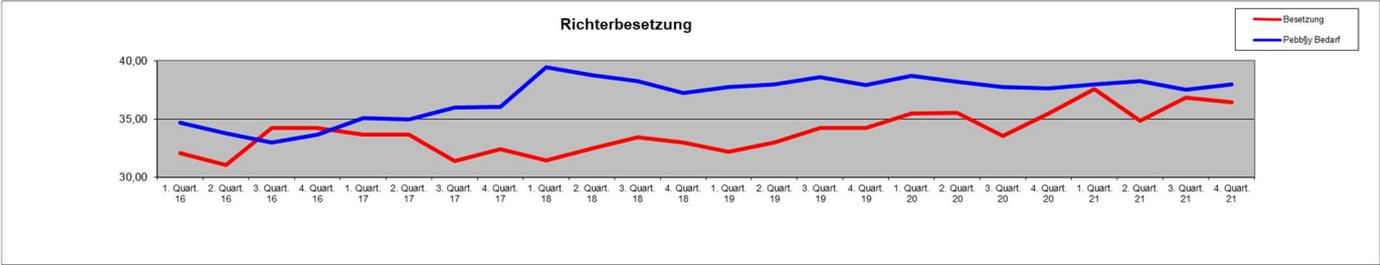
**Datenquelle Personalverwaltung (Stand Januar 2021)

Folge der sinkenden Eingangszahlen ist, dass die drei sächsischen Sozialgerichte durchschnittlich und statistisch gesehen auskömmlich besetzt sind (Ist-Bestand an richterlichen Arbeitskraftanteilen [AKA] 85,30; Bedarf zum 31. Dezember 2021: 75,35 AKA), um die neu eingehenden Verfahren abuarbeiten. Tatsächlich hat sich die Anzahl der Richter nach Köpfen vom 31.12.2020 bis 31.12.2021 vom 103 auf 94 Personen verringert. Zunehmend ist die Zahl derjenigen erfahrenen Kolleginnen und Kollegen, die in den Ruhestand gehen und deren Expertise damit verloren geht. Die gemessen an den Eingangszahlen rechnerische "Überbesetzung" bei weiterhin rückläufigen Eingängen erlaubte insoweit den o.g. relevanten Abbau von Beständen, die in den Jahren aufgebaut wurden, in denen nicht ausreichend für die Bearbeitung der Neueingänge vorhanden war. Gerade an den Sozialgerichten wird überdies der Justiznachwuchs ausgebildet, nämlich Proberichterinnen und Proberichter, die in der Regel nur ein bis maximal zwei Jahre bleiben, von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen eingearbeitet werden müssen und dann – sobald sie eine gewisse Routine erreicht haben – die Sozialgerichte wieder verlassen.

In etwa auskömmlich besetzt sind inzwischen die Geschäftsstellen, deren Mitarbeiterzahl sich bis 31. Dezember 2021 abermals auf 130 reduzierte (mit 118,41 AKA) und die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Laufbahn 2 Einstiegsebene 1 (meist Rechtspfleger). Im Wachtmeisterdienst sind nun 28 Personen an allen drei Sozialgerichten beschäftigt, knapp dem Bedarf entsprechend. Dies ist gerade im Hinblick auf die infolge der Pandemie gesteigerten 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 2021 mit 36,45 AKA den anhand der Eingänge errechneten Bedarf an Richterstellen im Umfang von 38,17 AKA immer noch nicht deckten. Rückblickend ist das Landessozialgericht damit immer noch, nämlich seit 2004 (teilweise fehlten acht Richterinnen oder Richter) unterbesetzt. Zwar konnte die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Geschäftsstellenbereich von 29 Personen auf 34 Personen erhöht werden bei einem Gesamtarbeitskraftanteil von 31,88 AKA und einem Bedarf von 30,32 AKA. Allerdings hat sich der Arbeitsanfall in den Geschäftsstellen durch die Einführung der e-Akte ab 6. Dezember 2020 um etwa ein Drittel erhöht. Denn zusätzlich zu den bisher anfallenden Aufgaben, sind wesentliche Schritte bei der Digitalisierung zu erledigen. Auch fällt es wegen der allgemeinen

Lage am Arbeitsmarkt im Bereich der Justiz immer schwerer, für Mutterschafts- oder Erziehungsurlaub ausreichend qualifizierte Ersatzkräfte zu finden. Gelungen ist es im vergangenen Jahr, die Altersabgänge in der Wachtmeisterei zu kompensieren (6) und einen neuen Rechtspfleger zu gewinnen (insgesamt 8).



Herausgeber:

Sächsisches Landessozialgericht
Kauffahrtei 25
09120 Chemnitz

Redaktion:

Yvonne Wagner, Richterin am Landessozialgericht
Pressesprecherin
presse@lsg.justiz.sachsen.de

Gestaltung:

Thomas Velikonja
Diana Leutbecher

Stand:

April 2022

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.