



Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

2/2006

Bundesmitten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

Inhalt 2/2006

FACHBEITRÄGE

- Bernhard Müller
Altenteiler-Versicherung in der LKV – Beitragsrecht und
gesetzliche Umlagen zur Reduzierung der Bundesmittel 127
- Karl Friedrich Köhler
Zeichnet sich eine neue Kausalitätsformel im Recht der
gesetzlichen Unfallversicherung ab? 185

INTERNATIONALES

- Mag. Elisabeth Hitzginger, Mag. Irene Seyringer-Rasch,
Dr. Harald Jilke
Die bäuerliche Unfallversicherung in Österreich 206

DOKUMENTATION

- Überwachung des Melde- und Beitragsverfahrens zur
Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von
Versorgungsbezügen 227
- Verfahrensbeschreibung der Beitragsabführung zur
Kranken- und Pflegeversicherung durch die Zahlstellen von
Versorgungsbezügen 231

PERSÖNLICHES

- Direktor Dagobert Peschkes in den
Ruhestand verabschiedet 250

BÜCHER	
--------	--

Handbuch Kooperationen im Gesundheitswesen	251
Musterverträge im Gesundheitswesen	252
Übersicht über das Sozialrecht – Ausgabe 2006	253

Bernhard Müller

**Altenteiler-Versicherung in der LKV -
– Beitragsrecht und gesetzliche Umlagen zur Reduzierung
der Bundesmittel –**

Inhalt

1.	Allgemeines	129
2.	Beiträge für Antragsteller auf eine AdL-Rente oder eines Ausgleichsgeldes nach § 14 Abs. 4 FELEG und Bezieher einer solchen Rente oder eines solchen Ausgleichsgeldes	132
2.1	Allgemeines	132
2.2	Beitragsbemessung bei Antragstellern auf eine AdL-Rente und bei Einstellung der Zahlung der AdL-Rente	132
2.2.1	Personenkreis	132
2.2.2	Höhe der Beiträge	132
2.2.3	Beitragsfreiheit	133
2.2.4	Ausschluss der Beitragsfreiheit	134
2.2.5	Tragung der Beiträge und Rückzahlung von Beiträgen	134
2.3	Altenteiler nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989	135
2.3.1	Beitragspflichtige Einnahmen	135
2.3.1.1	Allgemeines	135
2.3.1.2	Renten der gesetzlichen Rentenversicherung	135
2.3.1.2.1	Grundsätzliches	135
2.3.1.2.2	Rentennachzahlungen	136
2.3.1.3	Versorgungsbezüge	137
2.3.1.3.1	Allgemeines	137
2.3.1.3.2	Pensionen	140
2.3.1.3.3	Versorgung der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre	142
2.3.1.3.4	Berufsständische Versorgungsleistungen	142
2.3.1.3.5	Renten nach dem ALG	143
2.3.1.3.6	Renten der betrieblichen Altersversorgung	143
2.3.1.3.7	Kapitalleistungen und Kapitalabfindungen	147
2.3.1.3.7.1	Kapitalleistungen	147
2.3.1.3.7.2	Kapitalabfindungen	148
2.3.1.3.7.3	Beitragsrechtliche Behandlung von Abfindungen betrieblicher Altersversorgung während des Beschäftigungsverhältnisses und von Rückkaufwerten	149
2.3.1.4	Arbeitseinkommen	151
2.3.2	Berechnung der Beiträge	153
2.3.2.1	Rangfolge der Einnahmearten und Beitragsbemessungsgrenze	153
2.3.2.2	Beitragssätze	154
2.3.2.2.1	Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung	154

2.3.2.2.2	Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen	158
2.3.2.2.3	Beitragsuntergrenze für Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen	163
2.3.3	Tragung der Beiträge	164
2.3.3.1	Rentenantragsteller	164
2.3.3.2	Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen	164
2.3.4	Fälligkeit der Beiträge	165
2.3.4.1	Beiträge der AdL-Rentenantragsteller	165
2.3.4.2	Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung	165
2.3.4.3	Beiträge aus Versorgungsbezügen	165
2.3.4.4	Arbeitseinkommen	165
2.3.5	Zahlung der Beiträge	166
2.3.5.1	Beitragszahlung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung	166
2.3.5.1.1	Allgemeines	166
2.3.5.1.2	Nachträglicher Einbehalt	169
2.3.5.1.3	Zuständigkeit bei Widerspruch und Klage gegen die Beitragserhebung	170
2.3.5.2	Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen	171
2.3.5.2.1	Allgemeines	171
2.3.5.2.2	Zahlstellen mit weniger als 30 beitragspflichtigen Versorgungsempfängern	172
2.3.5.2.3	Nachträglicher Einbehalt	172
2.3.5.2.4	Beitragszahlung durch den Versicherten	173
2.3.5.2.5	Mehrere Versorgungsbezüge	173
2.3.5.2.6	Beitragsüberwachung	174
2.3.5.3	Zahlung der Beiträge aus außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen	175
2.4	Bundesmittel und Bundesmittel-Richtlinien	175
3.	Pauschalbeiträge für geringfügig entlohnte Beschäftigten	175
4.	Umlage zur Reduzierung der Bundesmittel im Jahr 2000	178
5.	Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen	179
6.	Umlage zur Reduzierung der Bundesmittel für die Jahre 2005 bis 2008	180
7.	Verwaltungskosten	180
8.	Zusammenfassung	181

1. Allgemeines

Nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG 1989 sind Personen in der LKV pflichtversichert, die die Voraussetzungen für den Bezug einer AdL-Rente (§§ 12 bis 16 und 121 ALG) erfüllen oder eine solche Rente beantragt haben (§ 23 KVLG 1989). Außerdem sind Personen versichert, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und eine Vorversicherungszeit erfüllt haben, die in den alten und neuen Bundesländern unterschiedlich ist, sowie ihre überlebenden Ehegatten (§ 2 Abs. 1 Nr. 5 KVLG 1989). Dabei sind die Vorschriften über den Ausschluss von der Versicherungspflicht (§§ 2 Abs. 4a, 3 Abs. 3, 23 Abs. 1 bis 3 KVLG 1989, § 189 SGB V, die Versicherungsfreiheit (§§ 3a, 23 Abs. 3 KVLG 1989, die interne und externe Versicherungskonkurrenz (§§ 2 Abs. 5, 3, 23 Abs. 4 KVLG 1989) sowie die Befreiung von der Versicherungspflicht (§§ 3 Abs. 3, 4, 59 Abs. 1 KVLG 1989) zu berücksichtigen.

Die Versicherungspflicht als Bezieher einer AdL-Rente und die Mitgliedschaft als Antragsteller auf eine solche Rente in der LKV sind - anders als für Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (KVdR-Rente) und Antragsteller auf eine solche Rente in der allgemeinen Krankenversicherung - entsprechend der ihr bei der Einführung der LKV zu Grunde liegenden Zielsetzung nicht von der Erfüllung einer Vorversicherungszeit abhängig. So wurde in der Gesetzesbegründung u. a. ausgeführt:

- (Bundestagsdrucksache VI/3012, S. 23/24):

„...Mit der Einbeziehung aller Landwirte in eine Pflichtversicherung auf solidarischer Grundlage soll vor allem auch dem wirtschaftlich schwächeren Landwirt mit einem seiner finanziellen Leistungsfähigkeit entsprechenden Beitrag ein voller Krankenversicherungsschutz gewährleistet werden. Mit der Einführung einer Krankenversicherung der Landwirte wird zugleich der Anpassungs- und Umstrukturierungsprozess in der Landwirtschaft sozialpolitisch weiter abgesichert. Den selbständigen Landwirten wird das Tragen des Unternehmerrisikos dadurch erleichtert, dass sie im Krankheitsfalle ebenso geschützt sind wie die Arbeitnehmer, und dass ihnen bei Ausfall ihrer Arbeitskraft wegen Krankheit eine Betriebshilfe zur Verfügung gestellt wird. Die Altenteiler werden umfassend in den Krankenversicherungsschutz einbezogen und damit Lücken geschlossen, die bei diesem Personenkreis infolge der finanziellen Belastung der aktiven Generation entstanden sind. Mit der vollen Übernahme der Krankheitskosten der Altenteiler auf den Bundeshaushalt wird zugleich eine agrarpolitische erforderliche einkommenswirksame Entlastung der aktiven Landwirte erreicht...“
- (Bundestags-Drucksache VI/3012, S. 35)

„...Dagegen sollen die Leistungsaufwendungen der nicht mehr erwerbstätigen Landwirte (Altenteiler) durch Zuschüsse des Bundes gedeckt werden.

Diese Form der Finanzierung ist notwendig und berechtigt, weil die Folgen des Strukturwandels der Landwirtschaft nicht auf die erwerbstätigen Landwirte abgewälzt werden können, zumal die Belastbarkeit der landwirtschaftlichen Betriebe durch die für die Unternehmer und ihre Familien aufzubringenden Beiträge ausgeschöpft ist und die Einkünfte der landwirtschaftlichen Unternehmen infolge der Bindung der Erzeugerpreise durch die Europäischen Marktordnungen nicht weiter belastet werden können.“

- (Bundestags-Drucksache VI/3508, S. 3)

„Die Leistungsaufwendungen für die Altenteiler werden durch Mittel des Bundes gedeckt. Während bisher die Beiträge und Prämien für die Krankenversicherung der Altenteiler oder ihre Krankheitskosten aus den Erträgen des Unternehmens aufzubringen waren, wird künftig die Einkommenssituation der aktiven Landwirte dadurch wesentlich verbessert, dass die Lasten für die Krankenversicherung der Altenteiler vom Bund übernommen werden. Darüber hinaus wird der notwendige strukturelle Anpassungsprozess der deutschen Landwirtschaft dadurch erleichtert, dass den älteren Inhabern eines unrentablen Kleinbetriebes ein weiterer Anreiz zur Abgabe des Hofes gegeben wird. Denn der kostenfreie Krankenversicherungsschutz in Verbindung mit der Landabgaberente stellt sicher, dass die Inhaber unrentabler Betriebe nicht mehr aus wirtschaftlichen Gründen ihren Hof bis ins hohe Alter weiterführen müssen. Durch die Aufgabe von Betrieben erhalten zudem entwicklungsfähige Betriebe die Möglichkeit, ihre Flächenausstattung durch Zupachtung oder Zuerwerb zu verbessern, sodass der Ausbau der sozialen Sicherung der Landwirte mit einer besseren Verteilung des Produktionsfaktors Boden führt. ...“

Das Tragen der Folgen des Strukturwandels in der Landwirtschaft wurde und wird auch heute noch zu Recht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen, sodass der Bund aus Steuermitteln die durch eigene Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen der Altenteiler in der LKV übernimmt. Dazu wird auf die ausführlichen Ausführungen von Siebert in SdL 2005 S. 73 ff. hingewiesen.

Vom Inkrafttreten des KVLG am 01.10.1972 bis zum 31.12.1982 hatten die Rentenversicherungsträger zu den Aufwendungen für die damals in § 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO bezeichneten Personen (Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung), die auf Grund des Bezuges von Altersgeld, vorzeitigem Altersgeld oder Landabgaberente aus der landwirtschaftlichen Altershilfe (LAH) nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG in der LKV versichert waren, Beiträge in Höhe eines Betrages, den die in § 381 Abs. 4 RVO, ab 01.07.1977 in § 1304 e RVO, bezeichneten Personen erhielten, an die LKVen zur Entlastung des Bundes zu leisten. Diese Regelung ging davon aus, dass diese Personen einen Anspruch auf Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner erlangt

hatten (§ 1235 Nr. 5 RVO) und § 12 Nr. 5 AVG) und dass dieser Anspruch nicht durch die Leistungen des Bundes erlöschen sollte (Bundestagsdrucksache VI/3012, S. 35).

Mit der auf der Grundsatzentscheidung im Einundzwanzigsten Renten Anpassungsgesetz vom 25.07.1978 (BGBl. I, S. 1089) basierenden mit Art. 13 des Gesetzes über die Anpassung der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 1982 vom 01.12.1981 (BGBl. I, S. 1205) normierten Beitragspflicht aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, aus Versorgungsbezügen und aus außerland- und -forstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen werden die Bundesmittel zur Deckung der Leistungsaufwendungen für die Altenteiler durch diese Beiträge weiter reduziert (vgl. auch SdL 1982, S. 550); dabei wurde die bisherige Pauschalzahlung der Rentenversicherungsträger durch einen Krankenversicherungsbeitrag des einzelnen Rentners aus seiner Rente ersetzt. Durch diese gesetzlichen Regelungen hatten die LKKen für die Zeit vom 01.01.1983 bis zum 31.12.1988 zu den Aufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 KVLG 1989 genannten Versicherten Beiträge nach § 67 a KVLG zur Entlastung des Bundes zu erheben. Seit 01.01.1989 trägt der Bund die Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4, § 23 und § 2 Abs. 1 Nr. 5 KVLG 1989 genannten Personen, soweit sie nicht durch Beiträge nach § 44 und 45 KVLG 1989 und - zusätzlich ab 01.04.1999 - nicht durch Pauschalbeiträge nach § 249b SGB V (§ 48 Abs. 6 KVLG 1989) für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 KVLG 1989 genannten Personen gedeckt sind.

Andererseits wurden die in der LKV versicherten landwirtschaftlichen Unternehmer und freiwillig Versicherten - abweichend von § 37 Abs. 2 KVLG 1989 - durch Art. 16 des Gesetzes zur Sanierung des Bundeshaushalts (Haushaltssanierungsgesetz - HSanG) vom 22.12.1999 (BGBl. I, S. 2534) zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen für Altenteiler im Jahr 2000 in Höhe eines Betrages von 250 Mio. DM verpflichtet.

Außerdem hat der Gesetzgeber durch Art. 3 des Haushaltsbegleitgesetzes 2005 vom 22.12.2004 (BGBl. I, S. 3702) mit § 66 KVLG 1989 den nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 ermittelten Bundeszuschuss im Jahr 2005 um 82 Mio. Euro, im Jahr 2006 um 84 Mio. Euro, im Jahr 2007 um 87 Mio. Euro und im Jahr 2008 um 91 Mio. Euro verringert (Minderungsbetrag). Zur Deckung des Minderungsbetrages erhebt der BLK bei den LKKen eine Umlage nach den Anteilen der Beitragseinnahmen einer jeden LKK an der Summe der Beitragseinnahmen aller LKKen im jeweiligen Vorjahr. Das Nähere dazu regelt § 12a der Satzung des BLK (§ 66 Abs. 1 Satz 4 KVLG 1989).

2. Beiträge der Antragsteller auf eine AdL-Rente oder eines Ausgleichsgeldes nach § 14 Abs. 4 FELEG und Bezieher einer solchen Rente oder eines solchen Ausgleichsgeldes

2.1 Allgemeines

Beitragspflichtige Antragsteller auf eine AdL-Rente (RdL-Rentenantragsteller), die nach § 23 KVLG 1989 als Mitglieder gelten, haben grundsätzlich für die Dauer ihrer Antragsteller-Mitgliedschaft Beiträge zu zahlen; unter bestimmten Voraussetzungen ist Beitragsfreiheit gegeben. Die Rechtsvorschrift des § 14 Abs. 4 FELEG geht vom nahtlosen Übergang des Versicherungsverhältnisses als landwirtschaftlicher Unternehmer oder mitarbeitender Familienangehöriger in ein solches als Altenteiler (§§ 23, 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG 1989). Entsprechend der Feststellung des BSG mit Urteil vom 22.06.1973 (USK 73112) finden §§ 23, 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG 1989 und die darauf aufbauenden Vorschriften im Rahmen des § 14 Abs. 4 FELEG entsprechende Anwendung.

2.2 Beitragsbemessung bei Antragstellern auf eine AdL-Rente und bei Einstellung der Zahlung der AdL-Rente

2.2.1 Personenkreis

AdL-Rentenantragsteller haben für die Dauer ihrer Mitgliedschaft - vorbehaltlich Ziffer 2.2.3 - Beiträge nach Maßgabe der Ziffer 2.2.2 und ggf. nach Maßgabe der Ziffer 2.2.4 bis zum Beginn der AdL-Rente zu zahlen (§ 44 Abs. 1 KVLG 1989; §§ 239 Satz 1 und § 223 Abs. 1 SGB V gelten insoweit sinngemäß).

Die für Rentenantragsteller maßgebende Beitragsbemessung gilt entsprechend

- für die Zeit nach dem Wegfall oder Entzug der AdL-Rente bis zum Ende der Mitgliedschaft nach § 24 Abs. 1 Nr. 5 KVLG 1989;
- bei der Gewährung einer AdL-Rente für zurückliegende Zeiträume für die Zeit nach Ablauf des AdL-Rentenanspruchs bis zum Ende der Mitgliedschaft nach § 24 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989.

2.2.2 Höhe der Beiträge

Der Beitrag für die AdL-Rentenantragsteller wird nach § 44 Abs. 1 Satz 2 KVLG 1989 durch die Satzung festgelegt. Dabei gelten auf Grund des Verweises in § 44 Abs. 1 Satz 2 KVLG 1989 auf § 240 SGB V die Grundsätze, die auch für die Beitragsfestsetzung für freiwillige Mitglieder maßgebend sind, d. h., die Satzung hat zugleich zu bestimmen, welche Einnahmearten für die Zuordnung zu der maßgeblichen Beitragsklasse zu Grunde gelegt werden. In diesem Zusammenhang ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des AdL-Rentenantragstellers berücksichtigt. Für die Zuordnung zur Beitragsklasse sind monatliche Einnahmen in

Höhe von mindestens einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße (2006: 1/3 von 2.450,00 € = 816,67 €) zu Grunde zu legen ist. Dabei ist zugleich zu beachten, dass die bei der Beitragsbemessung nach § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu berücksichtigende gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwillig Versicherten - wie auch das BSG mit Urteil vom 07.11.1991 - 12 RK 37/90 - (USK 91123) festgestellt hat - nicht berechtigt, den Mindestbeitrag, der sich bei der aus § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V folgenden Regelung der Mindestbemessungsgrundlage ergibt, vorbehaltlich § 240 Abs. 4 Satz 5 SGB V nicht zu unterschreiten.

Die Regelungen über den zusätzlichen Beitragssatz gelten - ebenso wie auch für die landwirtschaftlichen Unternehmer, mitarbeitenden Familienangehörigen und die freiwilligen Mitglieder - nicht für die AdL-Rentantragsteller. Für diese Personenkreise werden die Beiträge in Beitragsklassen nach Maßgabe des § 38 KVLG 1989 festgesetzt.

2.2.3 Beitragsfreiheit

Während der Dauer der Mitgliedschaft nach § 23 Abs. 1 KVLG 1989 sind nach § 44 Abs. 2 KVLG 1989 beitragsfrei:

- der hinterbliebene Ehegatte eines Beziehers einer AdL-Rente, wenn die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen wurde,
- der hinterbliebene Ehegatte eines Beziehers von Landabgaberente,
- die Waise, deren verstorbener Elternteil bis zum Tod eine AdL-Rente bezogen hat, vor Vollendung des 18. Lebensjahres,
- Personen, für die ohne die Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG 1989 eine Versicherung nach § 7 KVLG 1989 oder nach § 10 SGB V bestünde.

Sofern also ohne die Versicherung nach § 23 Abs. 1 KVLG 1989 eine Familienversicherung bestünde, ist der als AdL-Rentantragsteller Versicherte unabhängig davon, ob die potentielle Familienversicherung nach § 7 KVLG 1989 oder § 10 SGB V gegeben wäre, nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 KVLG 1989 beitragsfrei; eine solche vergleichbare Regelung enthält § 225 Satz 1 Nr. 3 SGB V in Bezug auf die KVdR Rentenantragsteller-Mitgliedschaft. Die potentielle Familienversicherung braucht nicht zu Beginn und nicht für die gesamte Zeit der AdL-Rentantragsteller-Mitgliedschaft zu bestehen. Entfällt die dem Grunde nach bestehende Familienversicherung während der AdL-Rentantragsteller-Mitgliedschaft, endet auch die Beitragsfreiheit; dementsprechend kann die Beitragsfreiheit nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 KVLG 1989 auch erst im Laufe des Antragsverfahrens entstehen.

Soweit bei Waisen eine Beitragsfreiheit nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 KVLG 1989 nicht in Betracht kommt, weil der Verstorbene noch nicht AdL-Rentenbezieher

war oder die Waise das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat, ist zu prüfen, ob die Waise auf Grund § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 KVLG 1989 beitragsfrei ist. Das ist der Fall, wenn ohne die Mitgliedschaft als AdL-Rentenantragsteller eine Familienversicherung nach § 7 KVLG 1989 oder § 10 SGB V bestände (z. B. auf Grund der Mitgliedschaft der Witwe/des Witwers).

2.2.4 Ausschluss der Beitragsfreiheit

Nach § 44 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 besteht keine Beitragsfreiheit, wenn der AdL-Rentenantragsteller Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält. Insofern verweist § 44 Abs. 2 Satz 3 KVLG 1989 zugleich auf § 39 Abs. 2 KVLG 1989.

Demzufolge erstreckt sich der Ausschluss der Beitragsfreiheit ausdrücklich nur auf die vorgenannten Einnahmen. Mithin sind ansonsten beitragsfreie Rentenantragsteller insoweit nach § 39 Abs. 2 Satz 1 KVLG 1989 beitragspflichtig, als sie außerland- und forstwirtschaftliches Arbeitseinkommen oder/und Versorgungsbezüge in Höhe von monatlich insgesamt mehr als einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV (2006: $1/20$ von 2.450,00 € = 122,50 € erzielen. Die Beiträge aus diesen Einkünften sind nach Maßgabe der Regelungen in § 39 Abs. 2 KVLG 1989 zu berechnen. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 1 SGB V gilt deshalb in diesen Fällen nicht.

2.2.5 Tragung der Beiträge und Rückzahlung von Beiträgen

Die beitragspflichtigen Rentenantragsteller haben nach § 47 KVLG 1989 die Beiträge vom Tage der Antragstellung auf eine AdL-Rente bis zum Beginn dieser Rente allein zu tragen und nach § 49 KVLG 1989 zu zahlen. Der AdL-Rentenantragsteller bleibt auch dann Beitragsschuldner, wenn die Beiträge von Dritten übernommen werden. (z. B. von Sozialhilfeträgern aufgrund des § 32 Absatz 1 SGB XII).

Wird dem gestellten AdL-Rentenantrag entsprochen, wird entsprechend der Feststellung des BSG im Urteil vom 22.06.1973 (USK 73112) die AdL-Rentenantragsteller-Mitgliedschaft nach § 23 KVLG 1989 mit Wirkung vom Beginn des AdL-Rentenantrags - frühestens jedoch vom Beginn der AdL-Rente an - in eine Mitgliedschaft auf Grund der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG 1989 umgestellt. Das hat zur Folge, dass ab Beginn der Mitgliedschaft auf Grund der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG 1989 Beiträge nach Maßgabe des § 45 KVLG 1989 zu zahlen sind. Die für diese Zeit auf Grund der nunmehr zu stornierenden Mitgliedschaft nach § 23 Abs. 1 KVLG 1989 entrichteten Beiträge nach § 44 Abs. 1 KVLG 1989 sind dem Versicherten von der LKK nach § 26 SGB IV zurückzuzahlen. Die Gewährung von Leistungen steht der Erstattung der zu Unrecht entrichteten Antragstellerbeiträge nach § 44 Abs. 1 KVLG 1989 nicht entgegen, da für denselben

Zeitraum rechtswirksame Beiträge auf der Grundlage des § 45 KVLG 1989 zu entrichten sind.

2.3 Altenteiler nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989

2.3.1 Beitragspflichtige Einnahmen

2.3.1.1 Allgemeines

Nach § 45 Abs. 1 KVLG 1989 werden bei den nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 KVLG 1989 versicherungspflichtigen Personen der Beitragsbemessung zu Grunde gelegt

- der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
- der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge) und
- das Arbeitseinkommen mit Ausnahme von Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass

- ein Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und der alleinige Bezug einer solchen Rente keine Mitgliedschaft in der LKV begründen können. Allerdings haben in der LKV aufgrund eines (anderen) im KVLG 1989 normierten Versicherungspflichttatbestandes pflichtversicherte Personen Beiträge aus einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung an die LKK zu zahlen, bei der die Mitgliedschaft besteht. Die Berechnung der Beiträge richtet sich nach den im KVLG 1989 getroffenen Regelungen.
- die AdL-Renten zu den Versorgungsbezügen (vgl. Ziffer 2.1.3.5) gehören. Ein Antrag auf eine AdL-Rente und der alleinige Bezug einer solchen Rente können keine Mitgliedschaft in der allgemeinen Krankenversicherung begründen. Allerdings haben in der allgemeinen Krankenversicherung aufgrund eines (anderen) im SGB V normierten Versicherungspflichttatbestandes pflichtversicherte Personen Beiträge aus einer AdL-Rente an die Krankenkasse zu zahlen, bei der die Mitgliedschaft besteht. Die Berechnung der Beiträge richtet sich nach den im SGB V getroffenen Regelungen.

2.3.1.2. Renten der gesetzlichen Rentenversicherung

2.3.1.2.1 Grundsätzliches

Als Renten der gesetzlichen Rentenversicherung kommen nach § 228 Absatz 1 SGB V die Renten der allgemeinen Rentenversicherung sowie die Renten der knappschaftlichen Rentenversicherung einschließlich der Steigerungsbeträge der Höherversicherung in Betracht.

Die Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung werden für die Beitragsbemessung nicht herangezogen. Das Gleiche gilt für die Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz und für die Renten, die in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes gewährt werden, sowie für die Renten und laufenden Geldleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz, dem Flüchtlingshilfegesetz und dem Entschädigungsrentengesetz. Unberücksichtigt bleiben ferner Rentenleistungen aus ausländischen Rentensystemen, Leistungen für Kindererziehung an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 bzw. vor 1927 im Beitrittsgebiet sowie der Sozialzuschlag nach Art 40 RÜG.

Unter Zahlbetrag der Rente ist der - unter Anwendung aller Versagens - oder Nichtleistungsvorschriften - zur Auszahlung gelangende Betrag ohne die Kinderzuschüsse nach § 270 SGB VI zu verstehen. Abweichend von der versicherungsrechtlichen Anspruchsprüfung nach § 7 KVLG 1989 i.V.m. § 10 SGB V ist der Beitragsbemessung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung auch der auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil des Rentenzahlbetrages zugrunde zu legen. Eine Beschränkung der Beitragspflicht auf den Ertragsanteil sieht das Gesetz ebenfalls nicht vor.

Rententeilbeträge, die an Dritte gezahlt werden, mindern den Zahlbetrag der Rente nicht. Mithin sind abgetrennte Rentenbeträge infolge einer Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen. Das Gleiche gilt, wenn die Rente oder Teile hiervon aufgrund eines Erstattungsanspruchs nach den §§ 102 ff. SGB X nicht an den Rentner, sondern an erstattungsberechtigte Leistungsträger ausgezahlt werden.

2.3.1.2.2 Rentennachzahlungen

Die Beitragspflicht erfasst nach § 228 Absatz 2 SGB V, der über § 45 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 in der LKV gilt, unter bestimmten Voraussetzungen auch Rentennachzahlungen. Allerdings besteht die Beitragspflicht nur für die Zeit, für die der Rentner Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung hatte. Dabei genügt es, dass ein Anspruch auf die Leistungen dem Grunde nach gegeben war; nicht erforderlich ist, dass die Leistungen tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Von der Nachzahlung sind demnach Beiträge für Zeiten zu entrichten, in denen

- eine Mitgliedschaft aufgrund von Versicherungspflicht - zur LKV besteht auch aus solchen Renten der gesetzlichen Rentenversicherung Beitragspflicht, die wegen Nichterfüllung der KVdR-Vorversicherungszeit nicht zur KVdR in der allgemeinen Krankenversicherung führen -
- eine Familienversicherung (§ 10 SGB V, § 7 KVLG 1989) oder
- ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 SGB V bestand.

Die Beitragspflicht aufgrund einer Familienversicherung bzw. aufgrund eines Anspruchs auf Leistungen nach § 19 SGB V beschränkt sich auf die Fälle, in denen auch der laufende Rentenbezug Beitragspflicht auslöst. Welcher Versicherungspflichttatbestand zur Beitragspflicht geführt hat, ist dabei ohne Bedeutung. Sofern sich eine laufende Zahlung nicht ergibt, weil z. B. eine nachträglich gewährte Rente von vornherein befristet ist, unterliegt die Rentennachzahlung für Zeiten einer Familienversicherung bzw. eines nachgehenden Anspruchs auch dann der Beitragspflicht, wenn am letzten Tag des Nachzahlungszeitraums Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat. Nicht erforderlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Familienversicherung bzw. der Leistungsanspruch nach § 19 SGB V unmittelbar vor Beginn der Versicherungspflicht bestanden hat.

Die von der Nachzahlung zu zahlenden Beiträge gelten als Beiträge für die Monate, für die die Rente nachgezahlt wird. Infolgedessen sind die Nachzahlungsbeträge auf die Monate zu verteilen, für die sie bestimmt sind. Dabei sind für die Beitragsberechnung grundsätzlich die Beitragsbemessungsgrenze und der Beitragssatz der jeweils in Betracht kommenden Monate zugrunde zu legen. Die aus der Nachzahlung einbehaltenen Beiträge stehen der Krankenkasse zu, von der die Familienversicherung durchgeführt worden ist bzw. bei der der nachgehende Anspruch im jeweiligen Zeitraum tatsächlich bestanden hat. Für Zeiten einer freiwilligen Versicherung innerhalb des Rentennachzahlungszeitraums kommt eine Erhebung von Beiträgen durch den Rentenversicherungsträger nach § 228 Abs. 2 SGB V nicht in Betracht.

2.3.1.2 Versorgungsbezüge

2.3.1.2.1 Allgemeines

Der Gesetzgeber hat in § 229 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V für die Bezeichnung „der der Rente vergleichbaren Einnahmen“ den Begriff „Versorgungsbezüge“ festgelegt. Infolgedessen verwendet er diese Bezeichnung auch in § 45 KVLG 1989 unter Bezugnahme auf § 229 SGB V.

Welche Bezüge als Versorgungsbezüge gelten, bestimmt § 229 SGB V. Die darin enthaltene Aufzählung ist abschließend. Demzufolge gelten als Versorgungsbezüge solche Bezüge, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden. Der Grad der Erwerbsminderung sowie das Alter des Versorgungsempfängers sind dabei ohne Bedeutung. Die als beitragspflichtige Einnahmen zu berücksichtigenden Versorgungsbezüge haben gemeinsam, dass sie an eine (frühere) Erwerbstätigkeit anknüpfen. Leistungen aus anderen als den dort genannten Rechtsverhältnissen und Quellen unterliegen nicht der Beitragspflicht. Deshalb bleiben Einkünfte, die nicht im Zusammenhang mit dem

Erwerbsleben stehen (z. B. aufgrund betriebsfremder privater Eigenvorsorge), unberücksichtigt. Versorgungsbezüge mit Entschädigungscharakter sind nicht vergleichbar mit Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und unterliegen deshalb nicht der Beitragspflicht.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber bei Einführung der Beitragspflicht von folgenden Leitlinien ausgegangen ist (Bundestags-Drucksache 9/458, S. 34):

- „Gleichbehandlung von Aktiven und Rentnern hinsichtlich der Beitragspflicht,
- Einkommensersatzfunktion von Rente und Versorgungsbezügen,
- Gleichbehandlung von Rentnern, die früher abhängig beschäftigt waren, mit Rentnern, die früher selbständig tätig waren.

Hieraus ergibt sich, dass

- solche Einnahmen berücksichtigt werden, die wie die Rente bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder als Alters- bzw. Hinterbliebenenversorgung Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen ersetzen,
- folgende Einnahmen dagegen nicht beitragspflichtig sind:
 - a) Einnahmen, die nicht unmittelbar auf ein früheres Beschäftigungsverhältnis oder eine frühere Erwerbstätigkeit zurückzuführen sind (z. B. Einnahmen aufgrund betriebsfremder privater Eigenvorsorge, Einnahmen aus ererbten Vermögen).
 - b) Entschädigungsleistungen aufgrund von Sonderopfern für die Allgemeinheit, da sie ihre Ursachen nicht in einem Beschäftigungsverhältnis oder einer Erwerbstätigkeit haben (z. B. bei Impfschäden, Gewalttaten, Kriegsopfern, Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz);
 - c) Unfallrenten und sonstige unfallbedingte Leistungen (z. B. Unfallausgleich, Unfallruhegehalt und Unfall-Hinterbliebenenversorgung der Beamtenversorgung). Diese Unfalleistungen sollen nicht oder nicht nur Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen, sondern auch einen immateriellen Schaden ersetzen und sind daher bei pflichtversicherten Arbeitnehmern auch nicht beitragspflichtig.“
- (Bundestags-Drucksache 9/458, 30)
 „Altenteiler, die nur Leistungen aus der Altershilfe für Landwirte erhalten, werden den Rentnern wirtschaftlich gleichgestellt, die nur eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten; für beide bleibt die Neuregelung zunächst belastungsneutral.

Für Altenteiler, die Leistungen aus der Altershilfe für Landwirte neben einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, werden die

Leistungen aus der Altershilfe für Landwirte als Versorgungsbezüge behandelt und wie andere neben der Rente gezahlten Versorgungsbezügen beitragspflichtig mit dem halben Beitragssatz. Dies gilt sowohl für Altenteiler, die in den landwirtschaftlichen Krankenkassen versichert sind, als auch für Altenteiler, die in anderen Krankenkassen (z. B. Orts-, Betriebskrankenkassen, Ersatzkassen) versichert sind.“

Als Versorgungsbezüge waren zunächst nur laufende Geldleistungen zu berücksichtigen; Versorgungsbezüge, die in Form einer einmaligen Kapitalleistung (Kapitalversicherung) gewährt wurden, blieben außer Ansatz. Seit dem 1. Januar 2004 sind auch einmalige Kapitalleistungen beitragspflichtig. Ebenso unterliegen Abfindungen für Versorgungsbezüge - allerdings bereits seit Beginn der RAG-Regelung - der Beitragspflicht.

Zu den Versorgungsbezügen gehören auch Einmalzahlungen (z. B. Weihnachtsgelder) sowie sonstige laufend gewährte Zulagen, und zwar unabhängig von ihrer Bezeichnung (vgl. Urteil des BSG vom 18. März 1993 - 8 RK 2/92 -, USK 9309). Die Einmalzahlungen sind beitragsrechtlich dem Monat der Zahlung zuzuordnen (Zuflussprinzip); eine beitragsrechtliche Verteilung auf das gesamte Kalenderjahr ist nicht zulässig.

Nutzungsrechte und Sachleistungen bzw. Deputate gehören nicht zu den Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Absatz 1 SGB V; dies gilt selbst dann, wenn diese Sachbezüge in Geldeswert abgegolten werden

Die Versorgungsbezüge werden - ebenso wie die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung - mit ihrem Zahlbetrag bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt. Unter Zahlbetrag ist der Betrag zu verstehen, der unter Anwendung aller Versagens-, Kürzungs- und Ruhensvorschriften ausgezahlt wird. Die auf die Versorgungsbezüge entfallende Steuer darf ebenso wenig abgezogen werden wie eventuelle Abzweigungsbeträge infolge einer Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung bzw. Abzweigungsbeträge nach § 94 Absatz 5 ALG (geteilte Auszahlung der Rente). Unterhaltszahlungen an den geschiedenen Ehegatten mindern ebenfalls nicht den Zahlbetrag der Versorgungsbezüge. Gleiches gilt im Falle eines schuldrechtlichen Versorgungsausgleichs nach §§ 1587ff. BGB (vgl. Urteile des BSG vom 28. Januar 1999 - B 12 KR 19/98 R - und - B 12 KR 24/98 R -, USK 9948, mit Bestätigung der Auffassung im Urteil des BSG vom 21.12.1993 - 12 RK 28/93 -, USK 9381). Mit diesen Urteilen hat das BSG an seiner Auffassung festgehalten, dass ein schuldrechtlicher Versorgungsausgleich (Abtretung der Versorgungsbezüge) - anders als ein dinglicher Versorgungsausgleich (Übertragung der Versorgungsanswartschaften) - den Zahlbetrag der Krankenversicherung beitragspflichtiger Versorgungsbezüge nicht mindert. Es hat zugleich festgestellt, dass auch unter Beachtung des allgemeinen Gleichheitssatzes des Art. 3 Abs. 1 GG kein verfassungsrechtliches Gebot be-

steht, die zur Durchführung des schuldrechtlichen Versorgungsausgleichs vom Familiengericht verfügt werden, im Beitragsrecht der Krankenversicherung anders zu behandeln als Abtretungen zur Erfüllung von Unterhaltspflichten aus laufendem Arbeitsentgelt. Ebenso sind in den Versorgungsbezügen enthaltene Kinderzuschüsse oder Erhöhungsbeträge für Kinder - im Gegensatz zu Renten der gesetzlichen Rentenversicherung - bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen heranzuziehen (vgl. Urteil des BSG vom 25. Oktober 1988 - 12 RK 10/87 -, USK 88146).

Dagegen reduzieren Abzweigungsbeträge nach § 1587b BGB (z. B. Kürzungsbeträge nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes) im Rahmen des Versorgungsausgleichs den Zahlbetrag der Versorgungsbezüge.

Nachzahlungen von Versorgungsbezügen werden von der Beitragspflicht erfasst (§ 229 Absatz 2 SGB V); § 228 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. Infolgedessen setzt die Beitragspflicht aus Nachzahlungen voraus, dass sie auf einen Zeitraum entfallen, für den ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung (vgl. Ziffer 2.3.2.1.2) bestanden hat oder besteht. Die Beiträge aus Nachzahlungen von Versorgungsbezügen gelten als Beiträge für die Monate, für die die Versorgungsbezüge nachgezahlt werden.

Die an den Erhalt von Versorgungsbezügen geknüpfte Beitragspflicht entsteht - wie das BSG im Urteil vom 23.02.1988 (USK 8871) herausgestellt hat - kraft Gesetzes und ist vom Wissen des Beitragspflichtigen unabhängig. Nach § 22 Abs. 1 SGB IV entstehen die Beitragsansprüche der Versicherungsträger, sobald ihre im Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen. Es kommt nach der Feststellung des BSG im Urteil vom 12.12.1995 (USK 95151) nur darauf an, dass die entsprechenden Tatbestandsmerkmale des Gesetzes - in den jeweiligen Zeiträumen - erfüllt waren.

Nach § 229 Abs. 1 Satz 2 SGB V werden auch Versorgungsbezüge aus dem Ausland oder von zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtungen als beitragspflichtige Einnahmen herangezogen. Dies gilt allerdings nur insoweit, als die Versorgungsbezüge den in § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V genannten Leistungen entsprechen. Hierzu zählen auch Versorgungsleistungen (Pensionen) der Europäischen Gemeinschaft an ihre früheren Beamten soweit dem nicht Sonderregelungen des EU-Rechts entgegenstehen. Gesetzliche Rentenleistungen aus ausländischen Rentensystemen sind dagegen nicht als Versorgungsbezüge im vorgenannten Sinne anzusehen.

2.3.1.3.2 Pensionen

In § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V werden die Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis genannt. Dazu gehören die Versorgungsleistungen der Beamten und Richter nach dem Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG), die Versorgungsleistungen nach dem Gesetz zur Regelung

der Rechtsverhältnisse der unter Art. 131 des Grundgesetzes (GG) fallenden Personen - Art. 131 GG ist durch § 1 des Dienstrechtlichen Kriegsfolgenbereinigungsgesetzes (DKfAG) vom 20. September 1994 (BGBl. I S. 2452) gestrichen worden, gilt aber gem. § 2 DKfAG für die bis zum In-Kraft-Treten des DKfAG nach Art. 131 GG entstandenen Ansprüche fort; insoweit sind die §§ 69 und 69a BeamtVG maßgebend - und die Versorgungsleistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG). Des Weiteren erfasst die Regelung des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V Versorgungsbezüge, die auf einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen beruhen, wie sie z. B. den dienstordnungsmäßig Angestellten der Körperschaften des öffentlichen Rechts im Bereich der Sozialversicherung zustehen. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 06.12.1988 (USK 88195) die Einbeziehung von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen in die Beitragspflicht als mit dem Grundgesetz vereinbar angesehen hat. Allerdings ist zu bedenken, dass Beamte und gleichartige Personen seit der mit dem ASRG 1995 getroffenen Regelung des § 3a Nr. 1 KVLG 1989 i.V.m. § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in der LKV krankenversicherungsfrei sind. Das gilt nach § 3a Nr. 1 KVLG 1989 i.V.m. § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB V auch, wenn sie Anspruch auf Ruhegehalt haben.

Die Leistungen nach den vorbezeichneten Versorgungsregelungen unterliegen jedoch nicht uneingeschränkt der Beitragspflicht. Beitragspflichtig sind u. a. Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld und Unterhaltsbeiträge für entlassene Beamte und für deren Hinterbliebene sowie neben diesen laufenden Bezügen gewährte jährliche Sonderzuwendungen. Die Sonderzuwendung ist in dem Monat bei der Beitragsberechnung zu berücksichtigen, in dem sie gezahlt wird. Auch der Familienzuschlag (bis 30. Juni 1997: kindbezogener Teil des Ortszuschlags), den ein Ruhestandsbeamter erhält, gehört ebenfalls zu den Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (Urteile des BSG vom 30.03.1995, USK 95143, und vom 17.12.1996, USK 9681).

Dagegen bleiben nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstaben a) bis d)

- lediglich übergangsweise gewährte Bezüge (z. B. Übergangsgelder, Übergangsbeihilfen und Übergangsgebühren für entlassene Beamte und Soldaten),
- unfallbedingte Leistungen und Leistungen der Beschädigtenversorgung,
- bei einer Unfallversorgung ein Betrag von 20 v. H. des Zahlbetrags und
- bei einer erhöhten Unfallversorgung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens 20 v. H. des Zahlbetrags der erhöhten Unfallversorgung

außer Betracht.

2.3.1.3.3 Versorgung der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre

§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V bezeichnet die Bezüge der Abgeordneten, Minister und Parlamentarischen Staatssekretäre als zu den Versorgungsbezügen zugehörig. Hierunter fallen die den ehemaligen Abgeordneten des Deutschen Bundestages sowie der Länderparlamente gewährte Altersentschädigung (einschließlich der Gesundheitsschäden bedingten Erhöhungen) sowie die Leistungen an Hinterbliebene von Abgeordneten, die bei einer Zugehörigkeit zum Bundestag oder Landtag von bestimmter Dauer gewährt werden. Ferner gehören zu den Versorgungsbezügen das Ruhegehalt und die Hinterbliebenenversorgung nach dem Bundesministergesetz, das nach dem Gesetz über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre für diese entsprechend anzuwenden ist. Das Gleiche gilt für die Leistungen nach den entsprechenden Gesetzen der Länder. Übergangsweise gezahlte Leistungen bleiben - obwohl § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V dies nicht, wie in § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V geschehen, bestimmt - nach der Zielsetzung der gesetzlichen Regelung bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen außer Betracht. Das den Abgeordneten, Ministern und Parlamentarischen Staatssekretären nach dem Ausscheiden aus ihrem Amt geleistete Übergangsgeld wird deshalb nicht zur Beitragsbemessung herangezogen.

2.3.1.3.4 Berufsständische Versorgungsleistungen

Als Versorgungsbezüge werden nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V die Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen für bestimmte Berufsgruppen erfasst. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um die Leistungen öffentlich-rechtlicher Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen der kammerfähigen freien Berufe (z. B. Ärzte, Zahnärzte = Witwengeld der Zahnärzteversorgung - BSG, Urteil vom 10.09.1987, USK 8798 -, Tierärzte, Apotheker, Rechtsanwälte und Notare, Ingenieure, Architekten, Steuerberater = BSG, Urteil vom 30.03.1995, USK 95145) und der Zusatzversorgung der Bezirksschornsteinfegermeister (BSG, Urteil vom 22.04.1986, USK 8661). Soweit in den Ärzte und Zahnärzteversorgungen Bestimmungen über eine sog. „erweiterte Honorarverteilung“ für Rentner und Hinterbliebene enthalten sind, werden auch diese Zahlungen von der Beitragspflicht als Versorgungsbezug erfasst. Die Gemeinsame Ausgleichskasse im Seelotsenwesen der Reviere sowie die Pensionskasse der Lotsenbrüderschaft Elbe sind berufsständische Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen; die Leistungen dieser Einrichtungen gehören infolgedessen zu den beitragspflichtigen Versorgungsbezügen (BSG, Urteil vom 10.06.1988, USK 88118). Ebenso können auch Leistungen zu den beitragspflichtigen Versorgungsbezügen gehören, die von einem privaten Versicherungsunternehmen auf Grund eines Gruppenversi-

cherungsvertrages erbracht werden, der für die Mitglieder einer Berufsgruppe Leistungen im Falle der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung vorsieht (BSG, Urteil vom 10.06.1988, USK 88122).

Im Übrigen hat das BSG mit Urteil vom 10.09.1987 (USK 8798) die Verfassungsmäßigkeit der Einbeziehung von Renten der berufsständischen Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen in die Beitragspflicht im Rahmen der Beitragspflicht der Versorgungsbezüge ausdrücklich bestätigt.

Eine privatrechtliche Versicherungseinrichtung gehört nur dann zu den in § 229 Abs. 1 Satz 1 Ntr. 3 SGB V genannten Versicherungseinrichtungen, wenn der Kreis der Mitglieder auf die Angehörigen eines oder mehrerer bestimmter Berufe beschränkt ist. Das ist bei der Pensionskasse des Bäckerhandwerks, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, nicht der Fall. Deshalb handelt es sich bei ihr nicht um eine berufsständische Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Die von ihr an ehemalige selbstständige Bäcker oder deren Hinterbliebene gezahlten Renten gehören deshalb nicht zu den beitragspflichtigen Versorgungsbezügen im Sinne dieser Vorschrift (BSG, Urteil vom 30.01.1997, USK 97122).

2.3.1.3.5 Renten nach dem ALG

Nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V gelten als Versorgungsbezüge ferner Renten und Landabgaberente nach dem Gesetz über die Alterssicherung für Landwirte (ALG). Dazu gehören Altersrente (§ 11 ALG), vorzeitige Altersrente (§ 12 ALG), Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 13 ALG), Witwen- oder Witwerrente (§ 14 ALG), Waisenrente (§ 15 ALG) Rente wegen Todes bei Verschollenheit (§ 16 ALG) oder Landabgaberente (§ 121 ALG). Die Produktionsaufgaberente (Grundbetrag) nach dem FELEG gilt ebenfalls als Versorgungsbezug wie auch das Ausgleichsgeld im Sinne des § 14 Absatz 4 FELEG. Die Übergangshilfe (§ 106 Absatz 6 ALG) sowie das Überbrückungsgeld (§ 38 ALG) an Witwen und Witwer von landwirtschaftlichen Unternehmern bleiben dagegen bei der Beitragsbemessung außer Betracht.

2.3.1.3.6 Renten der betrieblichen Altersversorgung

§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V nennt schließlich als Versorgungsbezüge die Renten der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrenten). Hierunter fallen die Leistungen der Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgung, die unmittelbar oder mittelbar aus Anlass eines früheren Arbeitsverhältnisses zufließen. Betriebliche Altersversorgung ist auf verschiedenen Durchführungswegen möglich. Dies kann über eine Direktzusage, Unterstützungskasse, Direktversicherung, Pensionskasse oder einen Pensionsfonds vollzogen werden.

- **Direktzusage (§ 1 Abs. 1 Satz 2 BetrAVG)**

Bei einer Pensions- oder Direktzusage verspricht der Arbeitgeber seinen Arbeitnehmern bei Eintritt des Versorgungsfalles unmittelbar Leistungen, d. h. ohne Einschaltung eines externen Versorgungsträgers. Deshalb wird diese Altersversorgung auch Firmenrente genannt. Bei dieser Form der betrieblichen Altersversorgung werden grundsätzlich keine Beiträge an eine dritte Stelle gezahlt. Während der Zeit vor Eintritt des Versorgungsfalles fließt also kein Geld. Der Arbeitgeber bildet für seinen Betrieb in der Bilanz sogenannte Pensionsrückstellungen nach § 6a EStG. Diese Rückstellungen vermindern steuerrechtlich den Gewinn des Unternehmens mit dem Ergebnis größerer Liquidität. Der Arbeitnehmer kann sich an der Finanzierung beteiligen. Beim Eintritt des Versorgungsfalles hat der Arbeitnehmer einen direkten Anspruch gegen den Arbeitgeber.
- **Unterstützungskasse (§ 1b Abs. 4 BetrAVG)**

Die Unterstützungskasse ist - häufig in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins oder einer Stiftung - eine rechtlich selbstständige Versorgungseinrichtung, die nicht der Versicherungsaufsicht unterliegt (interner Durchführungsweg). Finanziert wird die Unterstützungskasse durch Zuwendungen der Arbeitgeber als Trägerunternehmen und aus eigenen Kapitalerträgen. Sie gewährt den Arbeitnehmern der Trägerunternehmen keinen Rechtsanspruch auf die Versorgungsleistungen. Diese kann der Arbeitnehmer nur gegenüber dem Trägerunternehmen geltend machen. Der Arbeitnehmer kann sich an der Finanzierung beteiligen.
- **Direktversicherung (§ 1b Abs. 2 BetrAVG)**

Die Direktversicherung ist eine Lebensversicherung auf das Leben des Arbeitnehmers, die durch den Arbeitgeber bei einem Versicherungsunternehmen abgeschlossen wird und bei der der Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen ein unmittelbares Bezugsrecht auf die Versorgungsleistung gegenüber dem externen Versicherer haben (externer Durchführungsweg). Bei dieser Form der betrieblichen Altersversorgung hat der Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch auf Versorgungsleistungen gegenüber dem externen Versicherer. Die Finanzierung erfolgt durch den Arbeitgeber, ggf. auch unter Beteiligung des Arbeitnehmers.
- **Pensionskasse (§ 1b Abs. 3 BetrAVG)**

Eine Pensionskasse ist ein rechtlich selbstständiger Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, deren Träger ein oder mehrere Arbeitgeber sein können (externer Durchführungsweg). Die Arbeitnehmer haben einen Rechtsanspruch auf die zugesagten Leistungen. Die Finanzierung erfolgt über Zuwendungen der Trägerunternehmen und aus Vermögenserträgen. Eine Beteiligung des Arbeitnehmers ist möglich.
- **Pensionsfonds (§ 1b Abs. 3 BetrAVG, § 112 VAG)**

Bei dem Pensionsfonds handelt es sich um eine rechtlich selbstständige Versorgungseinrichtung, die dem Versorgungsberechtigten auf seine Leistungen einen unmittelbaren Rechtsanspruch gegenüber dem Pensionsfonds gewährt (externer Durchführungsweg). Der Pensionsfonds ist durch das AVmG mit Wirkung vom 01.01.2002 erstmals als weiterer Durchführungsweg für die betriebliche Altersversorgung eingeführt worden. Er wird durch Einzahlungen des Arbeitgebers bzw. des Arbeitnehmers finanziert.

Der Durchführungsweg ist für die beitragsrechtliche Beurteilung, ob ein Versorgungsbezug im Sinne des Krankenversicherungsrechts vorliegt, ohne Bedeutung. Entscheidend ist, ob der Versorgungsbezug mit dem Berufsleben im Zusammenhang steht. Ein solcher Zusammenhang ist bei den Leistungen aus einer Direktversicherung oder im Rahmen einer Pensions- oder Direktzusage durchweg und bei den Leistungen der betrieblichen Altersversorgung in Form von Unterstützungskassen, Pensionskassen und Pensionsfonds üblicherweise gegeben. Dagegen ist ein solcher Zusammenhang zu verneinen, wenn der Arbeitgeber weder Zuschüsse noch Aufwendungen leistet oder auch keine sonstige Einbindung des Arbeitgebers bei der Beschaffung der Altersvorsorge erkennbar ist (z. B. bei der reinen privaten Altersvorsorge).

Den Leistungen der betrieblichen Altersversorgung sind die Leistungen aus Zusatzversicherungen im öffentlichen Dienst oder nach entsprechenden Regelungen sowie die hüttenknappschaftliche Zusatzversorgung gleichgestellt. Ebenfalls zu der betrieblichen Altersversorgung zählen die Leistungen der Zusatzversorgung der Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft.

Das Bundessozialgericht hat in mehreren Entscheidungen (Urteile des BSG vom 06.02.1992, USK 9263, vom 21.08.1997, USK 97159, und vom 11.10.2001, USK 2001-38) herausgestellt, dass seit jeher der Begriff der betrieblichen Altersversorgung i. S. d. (bis 31.12.1988 § 180 Satz 2 Nr. 5 RVO) § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V als gegenüber dem Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) eigenständig verstanden wird. Der Begriff der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des Beitragsrechts der Krankenversicherung ist umfassender als der nach dem BetrAVG. Deshalb kommt der Frage, wer die Bezüge letztlich finanziert hat, für die Zuordnung der Leistungen der betrieblichen Altersversorgung zu den Versorgungsbezügen keine Bedeutung zu. Die Leistungen gehören selbst dann zu den Versorgungsbezügen im Sinne des § 226 Abs. 1 SGB V, wenn und soweit sie auf Beiträgen des Arbeitnehmers beruhen. Das gilt auch insoweit, als es sich um Leistungen aufgrund einer Höher- oder Weiterversicherung in einer Pensionskasse handelt oder es um Leistungen aus einer Direktversicherung geht, die durch Entgeltumwandlung finanziert worden ist. Daraus folgt, dass derjenige, der aufgrund einer bestimmten früheren Berufs-

tätigkeit Mitglied einer entsprechenden Versorgungseinrichtung geworden ist, für seine zusätzliche Altersversorgung nicht irgendeine Form der privaten Vorsorge gewählt hat, sondern sich der betrieblichen Altersversorgung bedient und deren Vorteile nutzt. Unter diesem Gesichtspunkt liegt eine Unteilbarkeit der Versorgungsleistung nicht nur dann vor, wenn der Versicherungsvertrag durch die Beschäftigung begründet und nach dem Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis vom Versicherten fortgesetzt wurde, sondern auch dann, wenn der Versicherungsvertrag ursprünglich vom Versicherten begründet und dann in eine Direktversicherung überführt wurde.

Anstelle der Förderung des Aufbaus einer betrieblichen Altersversorgung besteht die Möglichkeit, die private Altersvorsorge nach § 10a EStG und nach den §§ 79 ff EStG steuerlich zu fördern. Diese sogenannte „Riester-Rente“ ist grundsätzlich der privaten Eigenvorsorge zuzurechnen und gehört nicht zu den beitragspflichtigen Versorgungsbezügen. Sofern die „Riester-Rente“ im ursächlichen Zusammenhang mit dem früheren Berufsleben steht, unterliegt sie jedoch der Beitragspflicht als Versorgungsbezug. Andererseits wird eine private Eigenvorsorge des Versicherten nicht dadurch zum beitragspflichtigen Versorgungsbezug, dass der Versicherte dafür eine staatliche Förderung erhalten hat.

Zu den bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Leistungen der betrieblichen Altersversorgung gehören insbesondere die Altersrenten einschließlich der Kinderzuschüsse sowie die Witwen-, Witwer- und Waisenrenten. Dies gilt ebenfalls für Weihnachtsgelder oder sonstige Einmalzahlungen und Zuschläge neben den eigentlichen Versorgungsbezügen, und zwar unabhängig davon, ob deren Zahlung in bestimmter Höhe in der Versorgungsregelung festgelegt ist oder ob die Zuwendungen ohne ausdrückliche Zusage vorbehaltlos in regelmäßiger Wiederkehr und in gleicher Höhe gezahlt worden sind. Der Beitragspflicht unterliegen ferner Übergangsgelder, Überbrückungsgelder, Ausgleichszahlungen, Gnadenbezüge u. ä., die im Anschluss an das Arbeitsverhältnis und anstelle der Betriebsrente gewährt werden; diese Leistungen werden allerdings nur bis zur Höhe der später einsetzenden Betriebsrente zur Beitragsleistung herangezogen. Für einen Übergangszeitraum an Hinterbliebene gezahlte erhöhte Versorgungsbezüge (z. B. für das sogenannte Sterbevierteljahr) unterliegen dagegen in voller Höhe der Beitragspflicht. Dies gilt auch für das in einer Übergangszeit an die Hinterbliebenen von Arbeitnehmern im Todesfall in bisheriger oder gekürzter Höhe weitergezahlte Arbeitsentgelt.

Für die Beitragsfestsetzung sind auch Leistungen zur Abgeltung gesetzlicher Ansprüche aus einem Arbeits- oder Dienstverhältnis (z. B. Ausgleichsansprüche nach § 89b HGB) heranzuziehen. So hat das BSG mit Urteil vom 10.03.1994 (USK 9412) entschieden, dass die an einen ehemaligen

selbstständigen Handelsvertreter aus Anlass des früheren Dienstverhältnisses gezahlte Altersversorgung als Rente der betrieblichen Altersversorgung im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V gehört und infolgedessen der Beitragspflicht auch insoweit unterliegt, als damit Ausgleichsansprüche nach § 89b HGB abgegolten werden.

Keine Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 SGB V sind die Leistungen, die in der Regel nicht durch den Eintritt des Versorgungsfalles ausgelöst werden und nicht der Versorgung des Begünstigten oder seiner Hinterbliebenen zu dienen bestimmt sind. Dazu gehören u. a. Übergangsgelder, Überbrückungsgelder, Ausgleichszahlungen, Gnadenbezüge, soweit sie die an sich sonst einsetzende Betriebsrente übersteigen und nicht bereits als Arbeitsentgelt beitragspflichtig sind, ferner einmalig gezahlte Leistungen wie Treueprämien, Jubiläumsgaben, Tantiemezahlungen sowie Zuschüsse zu Krankheitskosten, Kuren, Operationskosten und bei Todesfällen (Sterbegelder). Auch Übergangszahlungen, die neben den Versorgungsbezügen geleistet werden, und Übergangszahlungen, die lediglich den betriebsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes ausgleichen sollen und nicht anstelle eines Versorgungsbezuges gezahlt werden, stellen keine Versorgungsbezüge dar. Ebenso bleiben Leistungen zur Abgeltung vertraglicher Ansprüche außerhalb eines Arbeits- oder Dienstverhältnisses (z. B. Kaufpreisrenten) und Leistungen aus betrieblichen Sozialplänen außer Betracht.

2.3.1.3.7 Kapitalleistungen und Kapitalabfindungen

2.3.1.3.7.1 Kapitalleistungen

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I S.2190) wurde § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V mit Wirkung vom 01.01.2004 dahingehend geändert, dass - neben den Abfindungen von laufenden Versorgungsbezügen - auch Kapitalleistungen, die der Alters- und Hinterbliebenenversorgung oder der Versorgung bei verminderter Erwerbsfähigkeit dienen und vor Eintritt des Versicherungsfalles vereinbart oder zugesagt worden sind oder ursprünglich als originäre Kapitalleistung vorgesehen waren, ebenfalls mit 1/120 der Leistung als monatliche beitragspflichtige Einnahme für längstens zehn Jahre zu berücksichtigen sind. Mit dieser Regelung will der Gesetzgeber Umgehungsmöglichkeiten bei der Beitragspflicht für Versorgungsbezüge beseitigen und aus Gründen der gleichmäßigen Behandlung aller Betroffenen die Lücke, die die Umgehungsmöglichkeit ermöglichte, geschlossen werden (Bundestags-Drucksache 15/11525, S. 139). Voraussetzung für die Beitragspflicht der Kapitalleistung ist, dass ein Bezug zum früheren Erwerbsleben gegeben ist. Die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen, die als Kapitalleistung gewährt werden, gilt für alle Versorgungszusagen - auch in laufenden Verträgen - bei denen der Versicherungs-/Versorgungsfalle nach dem 31. Dezember 2003 eintritt. Beitragspflicht besteht unabhängig davon, ob die

Versorgungsleistung als originäre Kapitalzahlung ohne Wahlrecht zu Gunsten einer Rentenzahlung oder als Kapitalleistung mit Option zu Gunsten einer Rentenzahlung zugesagt wird.

Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen ist nach § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V der Zahlbetrag der Kapitalleistungen auf zehn Jahre (dies entspricht 1/120 monatlich) umzulegen. Übersteigt der monatliche Zahlbetrag - ggf. zusammen mit anderen Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen insgesamt - ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV (Beitragsuntergrenze, vgl. Ziffer 2.3.3.2) nicht, sind daraus keine Beiträge zu entrichten. Wird die Kapitalleistung in Raten ausgezahlt, ist für die Ermittlung des beitragspflichtigen Anteils im Rahmen der 1/120-Regelung dennoch der Gesamtbetrag heranzuziehen. Sollte der Versorgungsempfänger vor Ablauf von zehn Jahren versterben, endet die Beitragspflicht. In diesen Fällen kann für die Hinterbliebenen eine eigene Beitragspflicht nur dann entstehen, wenn sie als Hinterbliebenenversorgung einen eigenen Kapitalbetrag beanspruchen können.

2.3.1.3.7.2 Kapitalabfindungen

Kapitalabfindungen für Versorgungsbezüge werden ebenfalls für die Beitragsbemessung nach § 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V herangezogen. Hierunter fallen solche Abfindungen, die als nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung nach Eintritt des Versorgungsfalles an die Stelle der laufenden Versorgungsbezüge tritt. Dabei gilt ein Einhundertzwanzigstel der Abfindung als monatlicher Zahlbetrag, d. h. der Betrag der Kapitalabfindung wird auf zehn Jahre umgelegt. Die Frist von zehn Jahren beginnt mit dem Ersten des auf die Auszahlung der Kapitalabfindung folgenden Kalendermonats. Werden Versorgungsbezüge für einen Zeitraum von weniger als zehn Jahren abgefunden und anschließend laufend gezahlt, kann die Abfindung nur auf den entsprechenden kürzeren Zeitraum verteilt werden. Die Beitragsentrichtung unterbleibt nach § 45 Abs. 2 Satz 1 KVLG 1989 allerdings, wenn der monatliche Betrag ein Zwanzigstel der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV nicht übersteigt.

Versorgungsbezüge, die aus Anlass der Wiederverheiratung einer Witwe oder eines Witwers kapitalisiert werden, gehören - wie das BSG in seinem Urteil vom 22.05.2003 (USK 2003-6) festgestellt hat - nicht zu den Versorgungsbezügen i.S.d. § 229 SGB V. Schon nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 Buchst. a) fällt ein solcher kapitalisierter Bezug nicht darunter, weil es sich um einen lediglich übergangsweise gewährten Bezug (BSG, Urteil vom 18.12.1984, USK 84235) handelt. Sie ist als einmalige Leistung nicht rentenvergleichbar i.S.d. § 229 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Auch als nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung i.S.d. § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V kann sie nicht herangezogen werden, weil mit ihr keine bereits geschuldete regelmäßige Leistung durch eine

Kapitalleistung ersetzt wird. Die Witwenabfindung ist nach ihrem Zweck und ihrer Berechnung keine Kapitalisierung der vorher bezogenen Witwenrente.

2.3.1.3.7.3 Beitragsrechtliche Behandlung von Abfindungen betrieblicher Altersversorgung während des Beschäftigungsverhältnisses und von Rückkaufwerten

Abfindungen von verfallbaren Anwartschaften auf betriebliche Altersversorgung und Zahlungen von Rückkaufwerten bei vorzeitiger Kündigung einer Direktversicherung sind grundsätzlich als Arbeitsentgelt im Sinne von § 14 Absatz 1 Satz 1 SGB IV anzusehen. Der Grund für die Zahlung ist für diese Beurteilung unerheblich. Die Beitragspflicht entsteht deshalb auch dann, wenn die Zahlung der Abfindung oder des Rückkaufwertes nicht ausdrücklich vom Beschäftigten verlangt wird, z. B. wenn das Beschäftigungsverhältnis durch Betriebsschließung endet. Voraussetzung für die beitragsrechtliche Behandlung der Abfindung oder des Rückkaufwertes als Arbeitsentgelt ist, dass die Zahlung von dem Arbeitgeber geleistet wird, bei dem die Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung begründet wurde und bei diesem Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis aktuell besteht oder aktuell beendet wird. Die Zahlungen gelten als einmalig gezahltes Arbeitsentgelt.

Das BSG hat mit Urteil vom 25.08.2004 (USK 2004-29) entschieden, dass eine vor Eintritt des Versicherungsfalls an den Arbeitnehmer gezahlte Kapitalleistung (Abfindung für erworbene Versorgungsanwartschaften) aus einer Unterstützungskasse kein Arbeitsentgelt i.S.d. § 14 Abs. 1 SGB IV darstellt und damit im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses nicht der Beitragspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung unterliegt; sie gehört auch nicht zu den in der Kranken- und Pflegeversicherung beitragspflichtigen Versorgungsbezügen i.S.d. § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V (in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung). Mit diesem Urteil haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen, der VDR und die BA in ihrer Besprechung über Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs am 17./18.03.2005 auseinandergesetzt. Nach Ansicht der Besprechungsteilnehmer vermag die Begründung des Urteils des BSG nicht zu überzeugen. Das BSG hat bei seiner Entscheidung außer Acht gelassen, dass von § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung nur solche Abfindungen erfasst wurden, in denen an die Stelle eines laufenden Versorgungsbezugs eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung (Kapitalabfindung) trat, d. h., der Versorgungsfall bereits eingetreten war (so auch Urteil des BSG vom 30.03.1995, USK 95144). Nichts anderes kann nach der durch Artikel 1 Nr. 143 GMG mit Wirkung vom 01.01.2004 geänderten Fassung des § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V gelten, sodass auch vom 01.01.2004 an unabdingbare Voraussetzung für die Anwendung dieser Norm der Eintritt des Versicherungsfalls ist, denn Ziel des Gesetzgebers war es, die Fälle, in denen

eine laufende Rentenzahlung zugesagt ist, gleich zu behandeln (vgl. Ziffer 2.1.3.8.1). Deshalb sind die Besprechungsteilnehmer der Auffassung, dass die im Streitfall gezahlte Abfindung keinen Versorgungsbezug darstellt und damit für die Anwendung des § 229 SGB V kein Raum bleibt. Vielmehr handelt es sich bei der Abfindung um eine Abgeltung der erworbenen Versorgungsanswartschaften, die Ausfluss des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses ist und damit Arbeitsentgelt i.S.d. Sozialversicherung ist. Nach alledem werten die Besprechungsteilnehmer das Urteil des BSG vom 25.08.2004 als Einzelfallentscheidung und halten bis zum Vorliegen einer gesicherten Rechtsprechung an den in dem Besprechungsergebnis vom 19./20.11.1997 getroffenen Festlegungen fest. Das bedeutet, dass Abfindungen von Versorgungsanswartschaften, die im Zusammenhang mit der Schließung einer Unterstützungskasse gezahlt werden, nicht als Entschädigung für den Wegfall künftiger Verdienstmöglichkeiten durch den Verlust des Arbeitsplatzes geleistet werden, sondern für den Arbeitnehmer einen geldwerten Vorteil im Rahmen des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses und damit Arbeitsentgelt i.S.d. Sozialversicherung darstellt.

Wird die Abfindung einer verfallbaren Anwartschaft auf betriebliche Altersversorgung einschließlich der Zahlungen von Rückkaufwerten bei vorzeitiger Kündigung einer Direktversicherung von einem Arbeitgeber geleistet, zu dem aktuell kein Beschäftigungsverhältnis besteht, gelten diese Leistungen nicht als Arbeitsentgelt, sondern nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen in der Besprechung zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner am 08./09.03.2005 als beitragspflichtige Versorgungsbezüge im Sinne von § 229 Absatz 1 Satz 1 i.V.m. Satz 3 SGB V (sowie von § 57 Absatz 1 SGB XI). Voraussetzung für die beitragsrechtliche Behandlung als Versorgungsbezug ist, dass die Zahlung im zeitlichen Zusammenhang mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben steht. Ein solcher zeitlicher Zusammenhang ist anzunehmen, wenn der Versicherte das 59. Lebensjahr vollendet hat.

Die Abfindung einer unverfallbaren Anwartschaft auf eine betriebliche Altersversorgung nach § 3 BetrAVG sowie die Abfindung von unverfallbaren Anwartschaften durch vertragliche Bestimmungen gelten weiterhin nicht als Arbeitsentgelt. Einmalige Leistungen, mit denen gesetzliche oder vertraglich unverfallbare Versorgungsanswartschaften abgefunden werden, gehören dann zu den Versorgungsbezügen i.S.d. § 229 Abs. 1 SGB V, wenn ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben besteht. Die Prüfung, ob die Abfindung von dem aktuellen oder einem früheren Arbeitgeber geleistet wird, ist nicht erforderlich. Ein solcher zeitlicher Zusammenhang ist auch hier anzunehmen, wenn der Versicherte das 59. Lebensjahr vollendet hat.

2.3.1.4 Arbeitseinkommen

Abweichend von der Regelung über die beitragspflichtigen Einnahmen versicherungspflichtiger KVdR-Rentner in § 237 Satz 1 Nr. 3 SGB V wird für die Beitragsberechnung für Altenteiler auf Grund der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989 nach § 45 Abs. 1 Nr. 3 KVLG 1989 nur das außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen herangezogen. Diese Abweichung ist in Folgendem begründet:

Für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer wird das Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft bereits im Rahmen der Beitragsfestsetzung nach § 39 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. §§ 40 und 41 KVLG 1989 und mit den Satzungen der jeweiligen LKK erfasst. Der Bezug der AdL-Rente i.S.d. § 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG 1989 setzt grundsätzlich die Abgabe des landwirtschaftlichen Unternehmens voraus. Einer wirksamen Abgabe des landwirtschaftlichen Unternehmens steht nicht entgegen, wenn der Wirtschaftswert des nicht abgegebenen Teils des Unternehmens 25 v. H. der nach § 1 Abs. 5 ALG festgelegten Mindestgröße nicht überschreitet (§ 21 Abs. 7 ALG). Dabei ist - wie auch die Begründung zum KVLG feststellt (Bundestags-Drucksache VI/3012, S. 16) - davon auszugehen, dass die zurückbehaltenen Flächen nicht zur Erzielung eines Unternehmervorgewinns, sondern zur Deckung des Eigenbedarfs bewirtschaftet werden. Somit steht § 45 Abs. 1 Nr. 3 KVLG 1989 im Einklang mit der Zielsetzung des § 21 Abs. 7 ALG.

Durch Artikel 3 Nr. 2 des ASRG 1995 vom 29.07.1994 (BGBl. I, S. 1890) wurde § 15 SGB IV mit Wirkung vom 01.01.1995 neugefasst. Seither ist Arbeitseinkommen - vorbehaltlich § 15 Abs. 2 SGB IV - der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit. Dabei ist Einkommen als Arbeitseinkommen zu werten, wenn es als solches nach dem Einkommensteuerrecht zu bewerten ist. Damit entspricht das Arbeitseinkommen dem steuerrechtlichen Gewinn; dieser wird unverändert aus dem Einkommensteuerbescheid Selbstständiger übernommen. Auch für die Bestimmung, welches Einkommen als Arbeitseinkommen zu werten ist, ist nach § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IV das Einkommensteuerrecht maßgebend. Damit wird eine volle Parallelität von Einkommensteuerrecht und Sozialversicherungsrecht sowohl bei der Zuordnung zum Arbeitseinkommen als auch bei der Höhe des Arbeitseinkommens erreicht. Dies führt zu einer Verwaltungserleichterung bei den Sozialversicherungsträgern, sodass eigene Nachprüfungen dieser Träger in diesem Bereich entfallen (vgl. Begründung in Bundestagsdrucksache 12/5889 - S. 92 - i.V.m. 12/5700 und der Kabinettsvorlage).

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Versicherungspflicht als Altenteiler nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989 - Gleiches gilt für die AdL-Rentenantragsteller-Mitgliedschaft nach § 23 Abs. 3 KVLG 1989 - nicht ein-

tritt, wenn die Person außerhalb der Land- und Forstwirtschaft hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist (§ 2 Abs. 4a KVLG 1989). Eine außerhalb der Land- und Forstwirtschaft ausgeübte selbstständige Erwerbstätigkeit wird dann hauptberuflich ausgeübt, wenn daraus die überwiegenden Einnahmen erzielt werden, d. h. de facto den „Mittelpunkt des Erwerbslebens“ bilden. Allerdings kann Hauptberuflichkeit nicht eintreten, wenn die aus der selbstständigen Erwerbstätigkeit erzielten Einkünfte regelmäßig unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze des § 8 SGB IV liegen. Insoweit wird auf die Festlegungen im „Leitfaden zur Beurteilung der Voraussetzungen über den Ausschluss der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Landwirte nach § 2 Abs. 4a KVLG 1989“ vom 30.06.2004 Bezug genommen.

Zum Arbeitseinkommen zählen:

- Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 EStG) - bleiben bei der Beitragsberechnung für die Altenteiler nach § 45 Abs. 1 Nr. 3 KVLG 1989, wie zuvor ausgeführt, außer Ansatz -
- Einkünfte aus Gewerbebetrieb (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 EStG) sowie
- Einkünfte aus selbstständiger Arbeit (§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 EStG).

Bei Landwirten, deren Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13a EStG ermittelt wird, ist als Arbeitseinkommen der sich aus § 32 Absatz 6 ALG ergebende Wert anzusetzen.

Die Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts stellen grundsätzlich auf das Kalenderjahr ab, sodass die Höhe des Gewinns frühestens nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres ermittelt werden kann. Da die beitragspflichtigen Einnahmen nicht erst nachträglich festgestellt werden dürfen, ist der Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit im Allgemeinen auf der Grundlage steuerlicher Unterlagen festzusetzen. Nach dem Urteil des BSG vom 27.11.1984 (USK 84246) führt die darauf aufbauende Beitragsberechnung zu einem Beitrag, der bis zu einer neuen, nur für die Zukunft wirkenden Beitragsermittlung aufgrund späterer Unterlagen rechtmäßig ist; eine Korrektur des Beitrags für die Vergangenheit ist grundsätzlich nicht möglich.

Soweit die beitragspflichtigen Einnahmen nicht oder nur unzureichend nachgewiesen sind - dies gilt z. B. auch für den Fall, dass Versicherte erstmalig eine selbstständige Tätigkeit aufnehmen und entsprechende Einkommensnachweise noch nicht vorliegen - sind die Einnahmen zu schätzen. Die danach „festgelegten beitragspflichtigen Einnahmen“ bleiben so lange maßgebend, bis sich die Schätzungsgrundlagen ändern oder der Versicherte den Nachweis über die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen geführt hat.

Im Falle der Gewerbeabmeldung sind Beiträge aus dem Arbeitseinkommen bis zum Ablauf des Monats der Gewerbeabmeldung zu fordern.

Für die Anrechnung des Arbeitseinkommens als beitragspflichtige Einnahme ist es nicht erforderlich, dass es sich um regelmäßig wiederkehrendes Arbeitseinkommen handelt. Auch ein in größeren Zeitabständen als monatlich erzielttes Arbeitseinkommen muss entsprechend berücksichtigt werden.

2.3.2 Berechnung der Beiträge

2.3.2.1 Rangfolge der Einnahmearten und Beitragsbemessungsgrenze

Der Berechnung der Beiträge für die versicherungspflichtigen Altenteiler nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989 werden nach § 45 Abs. 1 KVLG 1989 in folgender Reihenfolge zu Grunde gelegt

1. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 SGB V, vgl. Ziffer 2.3.2.1),
2. der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge (§ 229 SGB V, vgl. Ziffer 2.3.2.2) und
3. das außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV, vgl. Ziffer 2.3.1.4).

Für die Beitragsberechnung gilt § 223 Abs. 1 SGB V in der LKV entsprechend; an die Stelle des § 224 SGB V tritt § 42 Abs. 5 KVLG 1989, der allerdings nur für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige gilt. Demzufolge sind grundsätzlich für jeden Tag der Mitgliedschaft der Altenteiler - vorbehaltlich § 44 Abs. 2 KVLG 1989 (vgl. Ziffer 2.2.3) - LKV-Beiträge zu berechnen. Die Beiträge sind nach den beitragspflichtigen Einnahmen zu bemessen und monatlich zu berechnen. Sie werden grundsätzlich monatlich fällig (vgl. Ziffer 2.3.4).

Die vorstehenden Beitragseinnahmen werden nach § 45 Abs. 2 Satz 1 KVLG 1989 insgesamt nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 KVLG 1989 (2006 monatlich 3.562,40 €) herangezogen. Das bedeutet, dass Beiträge aus den Versorgungsbezügen bzw. den Arbeitseinkommen nur zu berechnen sind, wenn die Höhe der Einnahme der im Rang vorhergehenden Einkunftsart nicht bereits die Beitragsbemessungsgrenze erreicht oder überschreitet.

Bezieht der Versicherte mehrere beitragspflichtige Einnahmen, die derselben Rangstufe zuzuordnen sind und zusammen die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, findet § 22 SGB IV entsprechend Anwendung. Wegen des Verfahrens bei mehreren Versorgungsbezügen wird auf Ziffer 2.3.5.2.5 verwiesen. Außerdem wird wegen der Beitragsuntergrenze auf Ziffer 2.3.3.2 hingewiesen.

2.3.2.2 Beitragssätze

2.3.2.2.1 Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung

Für die Versicherungspflichtigen in der LKV, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten haben, war der Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung - ebenso wie in der AKV (§ 385 Abs. 2 RVO) - zunächst ab Inkrafttreten der Regelungen am 01.01.1983 festgeschrieben (§ 67a Abs. 1 KVLG). Er betrug für die Zeit vom 01.01.1983 bis zum 30.06.1989 11,8 v. H.

Für die Zeit vom 01.07.1989 bis zum 30.06.1997 war als Beitragssatz aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sowohl in der AKV (§ 247 SGB V) als auch in der LKV (§ 39 Abs. 3 KVLG 1989 i.V.m. § 247 SGB V) der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen zum Stichtag 01.01. maßgebend. Er galt jeweils vom 01.07. des laufenden Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Seit 01.01.1992 war außerdem zwischen dem Vomhundertsatz „neue Bundesländer“ und „alte Bundesländer“ zu differenzieren. Die Anwendung des maßgeblichen Beitragssatzes war dabei von dem Wohnsitz des Rentners abhängig; dabei war für die Rentner mit Wohnsitz im Land Berlin ab 01.01.1995 einheitlich der Vomhundertsatz „alte Bundesländer“ maßgebend.

Maßgeblicher Zeitraum	Stichtag	Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in Bundesländern		Bekanntmachung vom im
		alte	neue	
01.07.1989 - 30.06.1990	01.01.1989	12,9 v.H.		23.03.1989 BArbBl. 6/89, 49
01.07.1990 - 30.06.1991	01.01.1990	12,8 v.H.		20.02.1990 BAnz.Nr. 48/90
01.07.1991 - 30.06.1992	01.01.1991	12,2 v.H.		18.03.1991 BAnz.Nr. 67/91
01.01.1992 - 30.06.1992	01.01.1991		12,8 v.H.	18.03.1991 BAnz.Nr. 67/91
01.07.1992 - 30.06.1993	01.01.1992	12,5 v.H.	12,7 v.H.	30.04.1992 BAnz.Nr. 94/92
01.07.1992 - 30.06.1994	01.01.1993	13,4 v.H.	12,5 v.H.	04.03.1994 BAnz.Nr. 79/93
01.07.1994 - 30.06.1995	01.01.1994	13,4 v.H.	13,0 v.H.	04.03.1994 BABl. 4/94
01.07.1995 - 30.06.1996	01.01.1995	13,2 v.H.	12,8 v.H.	05.04.1995 BAnz.Nr. 76/95
01.07.1996 - 30.06.1997	01.01.1996	13,4 v.H.	13,3 v.H.	09.04.1996 BAnz.Nr. 75/96

Eine weitere gesetzliche Änderung der Regelungen betreffend den maßgeblichen Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung trat für die Zeit vom 01.07.1997 bis zum 31.03.2004 und

anschließend bis zum 30.06.2005 ein. Durch das Dritte Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 10.05.1995 (BGBl. I, 678) wurden mit Art. 1 Nr. 8 § 247 SGB V und mit Art. 4 Nr. 1 Buchst. b) § 39 Abs. 3 KVLG 1989 neugefasst sowie mit Art. 5 Nr. 2 § 45 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 geändert. Nach der Neufassung des § 247 SGB V, die rückwirkend zum 01.01.1995 in Kraft trat, galt bei Versicherungspflichtigen in der AKV für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz ihrer Krankenkasse, und zwar galt der am 01.01. geltende allgemeine Beitragssatz jeweils vom 01.07. des laufenden Kalenderjahres bis zum 30.06. des folgenden Kalenderjahres; vom 01.01.1995 bis zum 30.06.1997 trat an die Stelle des „allgemeinen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse“ der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, den das BMG jeweils zum 01.01. festgestellt hat (Übergangsregelung des § 247 Abs. 3 SGB V). Dem gegenüber wurde die Neufassung des § 39 Abs. 3 KVLG 1989 mit Wirkung vom 01.01.1997 in Kraft gesetzt, d. h., durch den noch bis 31.12.1996 geltenden Verweis auf § 247 SGB V in § 39 Abs. 3 KVLG 1989 fand die Übergangsregelung in § 247 Abs. 3 SGB V auch in der LKV Anwendung. Nach der ab 01.01.1997 in Kraft getretenen Neufassung des § 39 Abs. 3 KVLG 1989 waren die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem vom BMG jeweils zum 01.01. festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 245 Abs. 1 Satz 1 SGB V) zu entrichten; der Beitragssatz galt jeweils vom 01.07. des laufenden Kalenderjahres bis zum 30.06. des folgenden Kalenderjahres. Zugleich trat nach § 45 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 mit Wirkung vom 01.01.1997 an Stelle von „§ 247 SGB V“ die Regelung in § 39 Abs. 3 KVLG 1989. Im Übrigen wurde durch das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.1999 (BGBl. I, 2657) mit Wirkung vom 01.01.2001 an die Rechtskreistrennung in der gesetzlichen Krankenversicherung, wie sie sich bis dahin aus dem Zwölften Kapitel des SGB V ergab und infolgedessen auch für die LKV Bedeutung hatte, aufgehoben. Infolgedessen galten im Hinblick auf den Übergang die zum 01.01.2000 festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssätze (West 13,5 v. H.; Ost 13,8 v. H. vom 01.07.2000 bis zum 30.06.2001; der zum 01.01.2001 festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz galt bundeseinheitlich vom 01.07.2001 bis zum 30.06.2002. Durch Art. 9 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Sechsten Buches zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 27.12.2003 (BGBl. I, 3013) wurde an § 39 Abs. 3 KVLG 1989 folgender Satz 3 angefügt: „Abweichend von Satz 2 gilt der zum 1. Januar 2004 festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen in der Zeit vom 1. April 2004 bis 30. Juni 2005“. Diese Regelung soll sicherstellen, dass auch bei Beziehern einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, die Pflichtmitglied einer LKK sind, im Gegenzug zu den Belastungen bei dem Beitrag zur

Pflegeversicherung - ab 01.04.2004 ist der Pflegeversicherungsbeitrag aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung vom Rentner allein zu tragen - Beitragsentlastungen in der Krankenversicherung so schnell wie möglich an die Rentner weitergegeben werden (Bundestags-Drucksache 15/1893, 13). Mit Art. 7 Nr. 2 Buchst. a) des RV-Nachhaltigkeitsgesetzes vom 21.07. 2004 (BGBl I, S.1791) wurden der Stichtag „1. Januar“ auf den Stichtag „1. März“ verlegt und damit zugleich der Bezug zu dem für die Beitragsfestsetzung für Studenten maßgebende Beitragssatz aufgehoben sowie durch Art. 7 Nr. 2 Buchst. b) Satz 3 des Gesetzes § 39 Abs. 3 Satz 3 KVLG 1989 wie folgt neugefasst: „Abweichend von Satz 2 gilt der zum 1. Januar 2004 festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen in der Zeit vom 1. April 2004 bis 30. Juni 2005 der zum 1. September 2004 festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen“. Diese Änderungen wurden vorgenommen, um zu erreichen, dass eine Anpassung der LKV-Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung - anders als nach den mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des SGB VI und anderer Gesetze vorgesehenen Änderungen - auch zum 01.01.2005 eintritt. Ferner erfolgt eine noch zeitnähere Weitergabe von Veränderungen der durchschnittlichen allgemeinen Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung an die Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, die in der LKV versichert sind (Bundestags-Drucksache 15/2149, 31). Infolgedessen sind für die Zeit vom 01.07.1997 folgende durchschnittlichen allgemeinen Beitragssätze für die Berechnung der LKV-Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung maßgebend:

Maßgeblicher Zeitraum	Stichtag	Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in Bundesländern		Bekanntmachung vom im
		alte	neue	
01.07.1997 - 30.06.1998	01.01.1997	13,3 v.H.	13,7 v.H.	22.04.1997 BAnz.Nr. 84, 5620
01.07.1998 - 30.06.1999	01.01.1998	13,6 v.H.	14,0 v.H.	07.04.1998 Schr. d. BMG
01.07.1999 - 30.06.2000	01.01.1999	13,5 v.H.	13,9 v.H.	30.03.1999 Schr. d. BMG
01.07.2000 - 30.06.2001	01.01.2000	13,5 v.H.	13,8 v.H.	13.04.2000 Schr. d. BMG

Maßgeblicher Zeitraum	Stichtag	Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz bundeseinheitlich	Bekanntmachung vom im
01.07.2002 - 30.06.2003	01.01.2002	14,0 v.H.	12.04.2002 Schr. d. BMGS
01.07.2003 - 31.03.2004	01.01.2003	14,3 v.H.	19.03.2003 Schr. d. BMGS
01.04.2004 - 31.12.2004	01.01.2004	14,3 v.H.	12.02.2004 Schr. d. BMGS

Maßgeblicher Zeitraum	Stichtag	Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz bundeseinheitlich	Bekanntmachung vom im
01.01.2005 - 30.06.2005	01.09.2004	14,2 v.H.	03.11.2004 BAnz.Nr. 219, 23013

Mit Art. 1 Nr. 2a des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004 (BGBl. I, 3445) wurde § 39 Abs. 3 KVLG 1989, den § 45 Abs. 2 KVLG 1989 für die Beitragsberechnung für die Altenteiler nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 KVLG 1989 in Bezug nimmt, auf die zurzeit geltende Fassung geändert. Infolgedessen sind die Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung für pflichtversicherte Mitglieder in der LKV nach dem jeweils zum 01.03. eines Jahres festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen sowie nach dem zusätzlichen Beitragssatz zu ermitteln (§ 39 Absatz 3 Satz 1 KVLG 1989). Der zum 01.03.2005 festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz in Höhe von 14,2 v.H. (vgl. Bekanntmachung des BMG vom 5. April 2005, BAnz S. 6516) ist nach § 39 Absatz 3 Satz 4 KVLG 1989 um 0,9 Beitragssatzpunkte zu senken. Der maßgebende durchschnittliche allgemeine Beitragssatz für die Zeit vom 1. Juli 2005 bis zum 30. Juni 2006 beträgt damit 13,3 v.H.; außerdem ist der Beitrag nach dem zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,9 v.H. zu erheben. Der zum 01.03.2006 festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen beträgt 13,3 v.H. (Bekanntmachung des BMG vom 26.04.2006 (BAnz. S. 8905); außerdem ist der Beitrag nach dem zusätzlichen Beitragssatz zu erheben.

Für den Bereich der allgemeinen Krankenversicherung sind nach § 247 Absatz 2 i.V.m. § 201 Absatz 6 SGB V die Meldungen zur Übermittlung der individuellen Beitragssätze auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder durch Datenübertragung an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu erstatten. Das Datenübertragungsverfahren ist zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund im Benehmen mit dem Bundesversicherungsamt in der Vereinbarung über ein maschinell unterstütztes Meldeverfahren nach § 201 Absatz 6 SGB V gemeinsam festgelegt worden. Nach § 4 Absatz 1 dieser Vereinbarung verwenden die Rentenversicherungsträger zur Berechnung der Beiträge aus Renten die Beitragssätze der Datei „Beitragssätze der Krankenversicherungsträger“ der Deutschen Rentenversicherung Bund. Dieses Verfahren gilt nach § 4 Abs. 3 dieser Vereinbarung nicht für Renten, die an Versicherte der LKVen gezahlt werden; es gilt § 39 Abs. 3 KVLG 1989. Der BLK übermittelt den für die Berechnung der LKV-Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung maßgeblichen durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz unverzüglich nach dessen Bekanntgabe.

2.3.2.2 Beitragssatz für die Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen

Auch der für die Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen maßgebende Beitragssatz war zunächst ab Inkrafttreten der Regelung am 01.01.1983 nach § 67a Abs. 2 KVLG - ebenso wie in der AKV für die Ortskrankenkassen (§ 385 Abs. 2a RVO) - auf den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Ortskrankenkassen des Landesverbandes, in dessen Bereich die LKK ihren Sitz hatte, festgeschrieben; der jeweils zum 01.07. festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz galt für das folgende Kalenderjahr. Diese Regelungen wurden mit dem Gesundheits-Reformgesetz vom 20.12.1988 (BGBl. I, 2477) in § 248 SGB V und durch Inbezugnahme dieser Regelung in § 39 Abs. 2 KVLG 1989 und für pflichtversicherte Altenteiler nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 KVLG 1989 mit § 45 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 1 KVLG 1989 in Bezugnahme des § 39 Abs. 2 KVLG 1989, fortgeschrieben.

Durch Art. 5 Nr. 1 Buchst. a) des Dritten SGB V-Änderungsgesetzes a.a.O. wurde § 39 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 mit Wirkung vom 01.01.1997 an wie folgt neugefasst: „Für die Berechnung dieser Beiträge gilt die Hälfte des vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Januar festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen (§ 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) für das folgende Kalenderjahr.“

Mit dem Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.1999 (BGBl. I, 2657) wurde mit Wirkung vom 01.01.2001 an die Rechtskreistrennung in der gesetzlichen Krankenversicherung, wie sie sich bis dahin aus dem Zwölften Kapitel des SGB V ergab und infolgedessen auch für die LKV Bedeutung hatte, aufgehoben. In der LKV wurde die Rechtsangleichung infolge des Abstellens auf den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz zum Stichtag 01.01. zeitversetzt vollzogen, d. h. hinsichtlich der Beitragsberechnung für das Kalenderjahr 2001 waren die vom BMG zum 01.01.2000 festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssätze (alte Bundesländer 13,5 v.H., neue Bundesländer 13,8 v. H.) - und zwar die Hälfte davon - heranzuziehen. Somit waren der Beitragsberechnung aus Versorgungsbezügen und außerforst- und außerlandwirtschaftlichem Arbeitseinkommen ab 01.01.1997 zu Grunde zu legen:

Maßgeblicher Zeitraum	Stichtag	Ausgangswert = durchschnittlicher allgem. Beitragssatz in v.H. in Bundesländern		Beitragssatz = Hälfte des durchschnittl. allgemeinen Beitragssatzes in v.H. in Bundesländern	
		alte	neue	alte	neue
01.01.1997 - 31.12.1997	01.01.1996	13,4	13,3	6,70	6,65
01.01.1998 - 31.12.1998	01.01.1997	13,3	13,7	6,65	6,85
01.01.1999 - 31.12.1999	01.01.1998	13,6	14,0	6,80	7,00
01.01.2000 - 31.12.2000	01.01.1999	13,5	13,9	6,75	6,95
01.01.2001 - 31.12.2001	01.01.2000	13,5	13,8	6,75	6,90

Maßgeblicher Zeitraum	Stichtag	Ausgangswert = durchschnittlicher allgem. Beitragssatz in v.H. bundeseinheitlich	Beitragssatz = Hälfte des durchschnittl. allgemeinen Beitragssatzes in v.H. bundeseinheitlich
01.01.2002 - 31.12.2002	01.01.2001	13,5	6,75
01.01.2003 - 31.12.2003	01.01.2002	14,0	7,00

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 (BGBl. I, 2190) wurden

- mit Art. 1 Nr. 148 § 248 SGB V wie folgt geändert:
 - „a) Im bisherigen Satz 1 werden die Worte „die Hälfte des jeweils am 1. Juli geltenden allgemeinen Beitragssatzes“ durch die Wörter „der jeweils am 1. Juli geltende allgemeine Beitragssatz“ ersetzt.
 - b) Folgender Satz wurde angefügt:

„Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 die Hälfte des am 1. Juli geltenden allgemeinen Beitragssatzes ihrer Krankenkasse für das folgende Kalenderjahr.“
- mit Art. 10 Nr. 9 § 39 Abs. 2 KVLG 1989 wie folgt gefasst:

„Für die Bemessung dieser Beiträge gilt der nach § 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils zum 1. Januar festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen für das folgende Kalenderjahr; abweichend hiervon gilt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils zum 1. Januar festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen für das folgende Kalenderjahr.“

Ziel der zum 01.01.2004 in Kraft getretenen Neuregelungen des GMG ist, Rentner, die Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1, 2, 3 und 5 SGB V und Arbeitseinkommen erzielen, in angemessenem Umfang an der

Finanzierung der Leistungsaufwendungen für sie zu beteiligen. Infolge der Unterdeckung der Leistungsaufwendungen für Rentner durch ihre Beiträge ist es ein Gebot der Solidarität der Rentner mit den Erwerbstätigen, den Anteil der Finanzierung der Leistungen durch die Erwerbstätigen nicht noch höher werden zu lassen. Infolgedessen wird für die Berechnung der Beiträge aus den vorgenannten Versorgungsbezügen der volle Beitragssatz zu Grunde gelegt. Dagegen wird für die Beitragsberechnung aus den Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (AdL-Rentner) unverändert der halbe allgemeine Beitragssatz angesetzt. Für die AdL-Rentner und die LAKen werden damit gegenüber dem geltenden Recht Mehrbelastungen vermieden. Die Gleichstellung der AdL-Rentner mit den Rentnern der gesetzlichen Rentenversicherung, die aus ihrer Rente ebenfalls den halben allgemeinen Beitragssatz zahlen (§§ 247, 249a SGB V) bleibt erhalten. Bei der Änderung des § 39 Abs. 2 KVLG 1989 handelt es sich um eine Folgeänderung (Bundestags-Drucksache 15/1525, 148 und 156).

Inzwischen hat das BSG mit Urteil vom 24.08.2005 (USK 2005-23) festgestellt, dass die Anwendung des vollen allgemeinen Beitragssatzes nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG verstößt. Dabei sieht der Senat u. a. auch keinen Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG, soweit nach § 248 Satz 2 SGB V für Versorgungsbezüge i.S.d. § 2 Abs. 1 Nr. 4 SGB V (AdL-Renten) weiterhin nur der halbe allgemeine Beitragssatz gilt. Auch wird durch die Heranziehung der Versicherten mit dem vollen allgemeinen Beitragssatz aus Versorgungsbezügen die Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG nicht verletzt.

Durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 27.12.2003 a.a.O. wurde

- mit Art. 5 Nr. 2 in § 248 SGB V folgender Satz 3 angefügt:
„In den Fällen des Satzes 2 gilt für die Bemessung der Beiträge für die Zeit vom 1. April 2004 bis zum 31. Dezember 2004 die Hälfte des am 1. Januar 2004 geltenden allgemeinen Beitragssatzes.“
- mit Art. 9 Nr. 1 § 39 Abs. 2 KVLG 1989 wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 werden jeweils die Wörter „nach § 245 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen und jeweils die Angabe „1. Januar“ durch die Angabe „1. Juli“ ersetzt.
 - b) Folgender Satz 3 angefügt: „Abweichend von Satz 2 gilt für die Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis 31. März 2004 die Hälfte des zum 1. Januar 2003 festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen und in der Zeit vom 1. April 2004 bis

31. Dezember 2004 die Hälfte des zum 1. Januar 2004 festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen.“

Ziel der gesetzlichen Änderungen in § 248 Satz 3 KVLG 1989 und § 39 Abs. 2 Satz 3 KVLG 1989 ist, sicherzustellen, dass auch bei Beziehern einer Rente aus der AdL im Gegenzug zu den Belastungen bei dem Beitrag zur Pflegeversicherung - ab 01.04.2004 haben die Versicherten den vollen Pflegeversicherungsbeitrag aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung allein zu tragen - Beitragsentlastungen in der Krankenversicherung im Jahr 2004 so schnell wie möglich an die Rentner weitergeben. Im Übrigen soll es bei dem nach bisherigen Recht vorgesehenen Zeitpunkt der Anpassung an geänderte Beitragssätze zur Krankenversicherung (jeweils zum Jahresanfang) verbleiben (vgl. Bundestags-Drucksache 15/1893, 15 und 16). In Bezug auf die Änderung in § 39 Abs. 2 Satz 1 KVLG 1989 wird in der Begründung ausgeführt, dass der Stichtag für den bei Versorgungsbezügen maßgebenden Beitragssatz an jenen in § 248 SGB V angeglichen wird. Im Übrigen soll es bei den nach geltendem Recht vorgesehenen Zeitpunkten der Anpassung an geänderte Beitragssätze der Krankenversicherung verbleiben (Bundestags-Drucksache 15/1893, 16). Die Veränderung des Stichtages für die Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen (ausgenommen AdL-Renten) und außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen wirkte sich erst ab 01.01.2005 aus. Das RV-Nachhaltigkeitsgesetz vom 21.07.2004 (BGBl. I, 1791), in Kraft getreten am 01.01.2005 änderte mit dessen Art. 7 Nr. 1 § 39 Abs. 2 KVLG 1989 wie folgt: a) in Satz 2 wurden jeweils die Angaben „1. Juli“ durch die Angabe „1. März“ und die Wörter „für das folgende Kalenderjahr“ durch die Wörter „vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres“ ersetzt; b) in Satz 3 wurde das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und vor dem Punkt am Ende des Satzes die Wörter „und in der Zeit vom 1. Januar 2005 bis zum 30. Juni 2005 die Hälfte des zum 1. September 2004 festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen“ eingefügt.

Somit waren für die Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen vom 01.01.2004 bis zum 30.06.2005 folgende Beitragssätze maßgebend:

Maßgeblicher Zeitraum	Stichtag	Durchschnittl. allgem. Beitragsatz in v.H.	Voller durchschnittl. allgem. Beitragssatz in v.H. bundeseinheitlich f. Versorgungsbezüge n. § 229 Abs. 1 S. 1 Nrn. 1-3 u. 5 SGB V u. Arbeitseinkommen	Hälfte d. durchschnittl. allgem. Beitragssatzes in v.H. bundeseinheitlich f. Versorgungsbezüge n. § 229 Abs. 1, S. 1 Nr. 4 SGB V (AdL-Renten)
01.01.2004 - 31.12.2004	01.01.2003	14,3	14,3	
01.01.2004 - 31.03.2004	01.01.2003	14,3		7,15
01.04.2004 - 31.12.2004	01.01.2004	14,3		7,15
01.01.2005 - 30.06.2005	01.07.2004	14,2	14,2	
01.01.2005 - 30.06.2005	01.09.2004	14,2		7,10

Aufgrund des durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz zum 1. April 2005 in § 248 SGB V aufgenommenen Verweises auf § 247 Absatz 1 SGB V wirken sich in der allgemeinen Krankenversicherung Beitragssatzveränderungen einer Krankenkasse bei Versicherungspflichtigen wie beim Beitragssatz aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung mit einer Verzögerung von drei Monaten auf den Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen aus. Somit ändert sich dieser Beitragssatz zeitgleich mit dem Beitragssatz aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung. Dagegen wurde § 39 Abs. 2 KVLG 1989 nicht geändert.

Mit Art. 1 Nr. 2a des Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004 (BGBl. I, 3445) wurde § 39 Abs. 2 Satz 2 und 3 KVLG 1989, den § 45 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 1 KVLG 1989 für die Beitragsberechnung aus Versorgungsbezügen für die Altenteiler nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 KVLG 1989 in Bezug nimmt, auf die zurzeit geltende Fassung geändert. Infolgedessen ist für die Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nrn. 1, 2, 3 und 5 SGB V für pflichtversicherte Mitglieder in der LKV für die Zeit vom 01.07.2005 bis zum 30.06.2006 zunächst von dem zum Stichtag 1. März 2005 festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen auszugehen. Dieser mit 14,2 v. H. festgestellte Beitragssatz (vgl. Bekanntmachung vom 5. April 2005, BAnz 2005, 6516) ist um 0,9 Beitragssatzpunkte auf 13,3 v.H. abzusenken. Da gleichzeitig der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 v.H. zu erheben ist, ergibt sich mithin ein Beitragssatz von insgesamt 14,2 v. H. Für die Berechnung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (AdL-Renten einschließlich Produktionsaufgaberente und Ausgleichsgeld im Sinne des § 14 Absatz 4 FELEG) ist bei pflichtversicherten Mitgliedern in der LKV für die Zeit vom 01.07.2005 bis zum 30.06.2006 - bestätigt durch Schreiben des BMGS vom 27.01.2005 - die Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte gesenkten zum Stichtag 01.03.2005 festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes in Höhe von 14,2 v. H., ergibt also

6,65 v. H., zuzüglich des zusätzlichen Beitragssatzes in Höhe von 0,9 v. H. - mithin insgesamt 7,55 v. H. - maßgebend. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz zum Stichtag 01.03.2006 wurde mit Bekanntmachung des BMG vom 26.04.2006 (BAnz S. 8905) bekannt gegeben; er beträgt 13,3 v. H. und ist Grundlage für die Beitragsberechnung für die Zeit vom 01.07.2006 bis zum 30.06.2007 maßgebend; außerdem ist der Beitrag nach dem zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,9 v.H. zu erheben. Infolgedessen betragen die Beiträge aus Versorgungsbezügen und außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen für die Zeit vom 01.07.2005 bis zum 30.06.2007:

Maßgeblicher Zeitraum	Stichtag	Durchschnittl. allgem. Beitragssatz in v.H.	Voller durchschnittl. allgem. Beitragssatz in v.H. bundeseinheitlich f. Versorgungsbezüge n. § 229 Abs. 1 S. 1 Nrn. 1-3 u. 5 SGB V u. Arbeitseinkommen jeweils zuzüglich 0,9 v.H.	Hälfte d. durchschnittl. allgem. Beitragssatzes in v.H. bundeseinheitlich f. Versorgungsbezüge n. § 229 Abs. 1, S. 1 Nr. 4 SGB V (AdL-Renten) jeweils zuzüglich 0,9 v.H.
01.07.2005 - 30.06.2006	01.03.2005	14,2	14,2	7,55
01.07.2006 - 30.06.2007	01.03.2006	13,3	14,2	7,55

2.3.2.2.3 Beitragsuntergrenze für Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nach § 45 Abs. 2 Satz 1 nur zu entrichten, wenn die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV (2006: 122,50 €) übersteigen.

Wird die Beitragsuntergrenze für Versorgungsbezüge nach § 45 Abs. 2 Satz 1 KVLG 1989 lediglich durch eine Einmalzahlung überschritten, besteht auf Grund des Zuflussprinzips im Zahlungsmonat selbst dann Beitragspflicht, wenn die Beitragsuntergrenze bei einer Umrechnung der Einmalzahlung auf das Kalenderjahr nicht überschritten würde (BSG, Urteil vom 18.03.1993, USK 9309). Ebenso entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung nicht, wenn die Beitragsuntergrenze lediglich durch die Gewährung einer Einmalzahlung (auch Nachzahlung) überschritten wird. Erhält ein Versicherter mehrere Versorgungsbezüge oder mehrere außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge und mehrere außerland- und außerforstwirtschaftliche Arbeitseinkommen, dann sind diese für die Beurteilung der Frage, ob die Grenze von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße überschritten wird, zusammenzurechnen.

Wird der Mindestbetrag erst unter Berücksichtigung einer Nachzahlung überschritten, sind von den Versorgungsbezügen Beiträge im Rahmen der Verjährung nachzuerheben.

Werden die Versorgungsbezüge nicht monatlich, sondern in größeren Zeitabständen ausgezahlt, sind die Versorgungsbezüge entsprechend aufzuteilen. Ergibt sich hierbei ein monatlicher Betrag von nicht mehr als einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße, entfällt die Beitragszahlungspflicht.

2.3.3 Tragung der Beiträge

2.3.3.1 Rentenantragsteller

Beitragspflichtige Rentenantragsteller haben die Beiträge vom Tag der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente nach § 47 KVLG 1989 allein zu tragen. Im Übrigen wird auf Ziffer 2.2.5 Bezug genommen.

2.3.3.2 Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen

Versicherungspflichtige, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, und die Träger der Rentenversicherung tragen die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte; den ab 1. Juli 2005 aus der Rente zu zahlenden Beitrag zur Krankenversicherung nach dem zusätzlichen Beitragssatz trägt das Mitglied dagegen allein (§ 48 Abs. 3 KVLG 1989). Dabei ist zu berücksichtigen, dass für die Berechnung des Beitrags aus der Rente der Ausgangsbetrag der Rente mit dem jeweils geltenden allgemeinen Beitragssatz (Vomhundertssatz) zu multiplizieren ist. Das Ergebnis ist auf zwei Dezimalstellen auszurechnen, wobei die zweite Stelle um 1 zu erhöhen ist, wenn sich in der dritten Stelle eine der Zahlen 5 bis 9 ergibt. Die Hälfte des so errechneten Beitrages bildet den Anteil des Rentenversicherungsträgers am Krankenversicherungsbeitrag aus der Rente. Dieser Anteil ist ebenfalls auf zwei Dezimalstellen auszurechnen und ebenso wie der Beitrag selbst zu runden.

Die Differenz zwischen dem Beitrag und dem Anteil des Rentenversicherungsträgers ergibt den Anteil des Rentners am Beitrag aus der Rente. Für Zeiten ab 1. Juli 2005 ist daneben der Beitrag zur Krankenversicherung nach dem zusätzlichen Beitragssatz entsprechend zu berechnen. Der so ermittelte zusätzliche Beitrag ist allerdings - wie zuvor dargelegt - vom Rentner allein zu tragen.

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen und aus außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen hat ausschließlich das Mitglied zu tragen. Dies gilt auch für den aus Versorgungsbezügen und außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen zu zahlenden

Beitrag zur Krankenversicherung nach dem zusätzlichen Beitragssatz (§ 47 KVLG 1989).

2.3.4 Fälligkeit der Beiträge

2.3.4.1 Beiträge der AdL-Rentenantragsteller

Die Beiträge der AdL-Rentenantragsteller (vgl. Ziffer 2.2.2) werden nach den Satzungsregelungen der LKKen fällig (§ 26 Abs. 1 KVLG 1989 i.V.m. § 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Die Satzungen sehen übereinstimmend entsprechend § 47 Abs. 1 des Musters einer Satzung für die LKKen - Stand 19.10.2005 - ab Januar 2006 in Anpassung an die in § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV für die Gesamtsozialversicherungsbeiträge maßgebliche Regelung vor, dass diese Beiträge bis zum drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig werden, für den sie zu zahlen sind.

2.3.4.2 Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung werden am Ersten des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Rente gezahlt wird (§ 50 Abs. 1 KVLG 1989 i.V.m. § 255 Abs. 3a Satz 1 SGB V). Wird eine Rente am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig wird (§ 272a SGB V), werden diese Beiträge abweichend von § 255 Abs. 1 Satz 1 SGB V am Ersten des Monats fällig, für den die Rente gezahlt wird (§ 50 Abs. 1 KVLG 1989 i.V.m. § 255 Abs. 3a Satz 4 SGB V).

2.3.4.3 Beiträge aus Versorgungsbezügen

Die von der Zahlstelle einbehaltenen Beiträge werden nach § 50 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 i.V.m. § 256 Absatz 1 Satz 2 SGB V mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge fällig.

Für die nicht von der Zahlstelle einzubehaltenden und abzuführenden Beiträge gelten die Ausführungen unter Ziffer 2.3.4.1. In Fällen der Erstabwillingung von Versorgungsbezügen sind die Beiträge aus den nachgezahlten Versorgungsbezügen erst mit dem nächstfolgenden Fälligkeitstag nach der Auszahlung fällig.

2.3.4.4 Arbeitseinkommen

Für die Fälligkeit der Beiträge aus außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen gilt § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV, d. h., sie sind spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig. Dabei wird auf das Schreiben des BMVEL im Einvernehmen mit dem BMGS vom 09.06.2005 - 514-6710-3/0037 - Bezug genommen, in dem u. a. klargestellt wird, dass § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV Beiträge betrifft, die nach dem Arbeitsentgelt oder nach dem in § 15 SGB IV definierten Arbeitseinkommen zu bemessen sind.

2.3.5 Zahlung der Beiträge**2.3.5.1 Beitragszahlung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung****2.3.5.1.1 Allgemeines**

Die Rentenversicherungsträger haben bei der Zahlung der Renten die darauf entfallenden Beiträge, die Versicherungspflichtige zu zahlen haben, einzubehalten und nach § 50 Abs. 1 KVLG 1989 - abweichend vom Recht in der allgemeinen Krankenversicherung (§ 255 Abs. 1 SGB V) - an die zuständige LKK zu zahlen. Diese hat den Anspruch auf den Beitrag. Der Rentner kann insoweit nicht zu Lasten der Krankenkasse auf den Beitragsanteil des Rentenversicherungsträgers verzichten (BSG, Urteil vom 17.12.1996, USK 9641).

Die Rentenversicherungsträger haben die Beitragspflicht des Pflichtversicherten zu prüfen und den Rentenzahlfall so zu kennzeichnen, dass die von der Krankenkasse festgestellten Sachverhalte berücksichtigt werden. Grundlage für die Kennzeichnung ist die von der Krankenkasse nach § 29 Abs. 2 KVLG 1989 i.V.m. § 201 Absatz 1 SGB V abgegebene Meldung und das Meldeverfahren nach § 29 Abs. 2, 3, 5 und 6 KVLG 1989 i.V.m. § 201 SGB V einschließlich der darauf basierenden Vereinbarung über ein maschinell unterstütztes Meldeverfahren nach § 201 Abs. 6 SGB V vom 08.07.1996 i.d.F. der ersten Änderungsvereinbarung, mit Wirkung vom 01.01.2006 redaktionell angepasst und datierend unter dem 15.12.2005. Bestandteil dieser Regelungen sind u. a. die maschinellen KVdR-Meldeverfahren KV-RV und KV-KV. Dabei bewirkt die Verschlüsselung des Krankenversicherungsverhältnisses, dass aus der vom Rentenversicherungsträger gezahlten Rente Beiträge zur Kranken- bzw. Pflegeversicherung einbehalten oder nicht einbehalten werden oder ggf. - nach gesonderter Anspruchsprüfung - ein Zuschuss zur Krankenversicherung nach § 106 SGB VI gezahlt wird.

Zur Kennzeichnung des Krankenversicherungsverhältnisses (KVAT) stehen dem Rentenversicherungsträger – vorbehaltlich der Kennzeichnung der LKKen mit Buchstaben – folgende Schlüsselzahlen zur Verfügung:

KVAT „5“	Beitragseinbehalt aus der Rente
KVAT „8“	kein Beitragseinbehalt aus der Rente
KVAT „0“	(Gesamt-)Zuschuss nach § 106 SGB VI wird gezahlt
KVAT „7“	kein Beitragseinbehalt aus der Rente, da zu einer zweiten Rente ein Zuschuss nach § 106 SGB VI aus beiden Renten gezahlt wird.

Die bei einer LKK bestehenden Krankenversicherungsverhältnisse mit zuständiger LKK hat der Rentenversicherungsträger mittels Buchstaben zu kennzeichnen. Zur Kennzeichnung des Versicherungsverhältnisses bei den LKKen im Rentenzahlbestand der Deutschen Rentenversicherung Bund sind die Buchstaben bereits seit 1983 festgelegt und - unter Berücksichtigung der inzwischen erfolgten Fusionen - angepasst worden. Außerdem wurde vereinbart (vgl. § 5 Abs. 5 der o.a. Vereinbarung), dass für die Beitragsabführung und den Beitragsnachweis für den Bereich der LKV das auf Grund §§ 37 Abs. 2, 50 Abs. 1 und 53 KVLG 1989 vereinbarte Abrechnungsverfahren Anwendung findet (Anlagen 75 und 76 der Bestimmungen über das Rentenzahlverfahren - RZB -).

So sind für die LKKen folgende KVAT-Verschlüsselungen vergeben worden:

KVAT:

- A – LKK Schleswig-Holstein und Hamburg**
(bis 31.12.2001 Schleswig-Holsteinische LKK)
- B – LKK Niedersachsen-Bremen - Sitz Oldenburg -**
(bis 31.12.2001 LKK Oldenburg-Bremen)
Datenbestand ab 01.01.2004 an Hauptsitz Hannover (KVAT C) überführt.
- C – LKK Niedersachsen-Bremen - Hauptsitz Hannover -**
(bis 31.12.2001 Hannoversche LKK)
- D – LKK Niedersachsen-Bremen - Sitz Braunschweig -**
(bis 31.12.2001 LKK Braunschweig)
Datenbestand ab 01.01.2004 an Hauptsitz Hannover (KVAT C) überführt.
- E – LKK Nordrhein-Westfalen - Regionaldirektion Detmold -**
Regionaldirektion München -
(bis 31.12.2001 Lippische LKK)
Datenbestand ab 01.01.2005 an Regionaldirektion Münster (KVAT G) überführt
- F – LKK Nordrhein-Westfalen - Regionaldirektion Düsseldorf -**
(bis 31.12.2001 KK der rheinischen Landwirtschaft)
Datenbestand ab 01.01.2005 an Regionaldirektion Münster (KVAT G) überführt
- G – LKK Nordrhein-Westfalen - Regionaldirektion Münster -**
(bis 31.12.2001 Westfälische LKK)
- H – LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland - Sitz Kassel**
(bis 30.06.2002 LKK Hessen)
- K – LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland - Sitz Speyer -**
(bis 30.06.2002 LKK Rheinland-Pfalz)
Datenbestand ab 01.01.2005 an Sitz Kassel (KVAT H) überführt

- L – LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland - Sitz Saarbrücken -
(bis 30.06.2002 LKK für das Saarland)
- M – LKK Franken und Oberbayern - Regionaldirektion Bayreuth -**
(bis 31.12.2002 LKK Mittel- und Oberfranken)
- N – Land- und forstwirtschaftliche KK Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben**
- Verw.-Standort Landshut -
(bis 31.12.2002 LKK Niederbayern-Oberpfalz)
- P – Land- und forstwirtschaftliche KK Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben
- Verw.-Standort Augsburg -
(bis 31.12.2002 LKK Schwaben)
Datenbestand ab 01.01.2005 an Verw.-Standort Landshut (KVAT N) überführt
- Q – LKK Franken und Oberbayern (bis 31.12.2002 LKK Oberbayern)
Datenbestand ab 01.01.2004 an Regionaldirektion Bayreuth (KVAT M) überführt.
- R – LKK Baden Württemberg - Sitz Karlsruhe -
(bis 31.08.2000 Badische LKK)
Datenbestand ab 01.01.2004 an Sitz Stuttgart (KVAT S) überführt.
- S – LKK Baden Württemberg - Sitz Stuttgart -**
(bis 31.08.2000 LKK Württemberg)
- T – KK für den Gartenbau**
(bis 28.02.2002 KK für den Gartenbau - West)
- U – LKK Franken und Oberbayern - Regionaldirektion Würzburg -
(bis 31.12.2002 LKK Unterfranken)
Datenbestand ab 01.01.2004 an Regionaldirektion Bayreuth (KVAT M) überführt.
- W – KK für den Gartenbau (Ost) - bis 28.02.2002 -
- X – LKK Mittel- und Ostdeutschland - Regionaldirektion Neukieritzsch -
(bis 31.03.2004 Sächsische LKK)
Datenbestand ab 01.01.2005 an Hönow (KVAT Z) überführt
- Z – LKK Mittel- und Ostdeutschland - Sitz Hönow -**
(bis 31.03.2004 LKK Berlin)
Hinweis: Auf Grund der inzwischen bei allen fusionierten LKKen durchgeführten Datenbankfusionen sind ab 01.01.2005 nur noch die fettgedruckten Buchstaben aktuell maßgebend. Die Buchstaben I, J, O wurden aus Sicherheitsgründen nicht vergeben.
Anmerkung zu den in der Vergangenheit vergebenen Buchstaben Y sowie H und V:

- Y – vergeben für die Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft - Gebiet Rheinland- Pfalz - für die Zeit vom 01.01.1997 - 31.12.1996
- Y – vergeben für die LKK Rheinland-Pfalz (ehemals Rheinprovinz) für die Zeit vom 01.01.1997 - 30.06.1997;
- H – mit Wirkung vom 01.07.1998 waren die Kennzeichnungen der Rentner von LKK Hessen (vorher LKK Hessen Nassau) und
- V – LKK Hessen (vorher Darmstadt) einheitlich auf
- H – LKK Hessen übergegangen.

Inzwischen wurde das Abrechnungsverfahren mit der Deutschen Post AG - RENTEN SERVICE - unter Verwendung der vorstehenden Buchstaben-Kennzeichnung wie folgt modifiziert:

1. Monatlicher Beitragsnachweis an die zuständige LKK (KVAT)

Die LKKen erhalten vom RENTEN SERVICE unmittelbar per Mail an die festgelegten E-Mail-Adressen das Summenblatt als PDF-Datei erstellt. Sofern im Summenblatt für fusionierte LKKen negative Beträge anfallen, werden diese auf das entsprechende nach der Datenbankfusion maßgebende KVAT umgeschlüsselt und mit dem darauf entfallenden Beträgen verrechnet. Infolgedessen enthält das Summenblatt keine negativen Beiträge. Die KVAT, die (nach der Umschlüsselung) auf „0“ stehen, werden nicht angedruckt.

2. DFÜ-Meldeverfahren der Rentenzahlfälle (Bestandsmeldungen)

Im Hinblick auf die durch das Dritte SGB VI-Änderungsgesetz geänderte Zahlungsweise werden die (ab Ende April 2004) zu erstellenden Bestandsmeldungen über den BLK als Kopfstelle an die mit dem KVAT gekennzeichneten LKKen für den Abrechnungsmonat mit nachschüssigen Zahlungen einerseits und vorschüssigen Zahlungen andererseits Anfang des Monats (Anlage 75 der RZB = Datensatz für Übermittlung vom RENTEN SERVICE zum BLK) in einer Sendung übermittelt.

Sofern Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner an eine unzuständige Krankenkasse gezahlt wurden, ist der Beitragseinbehalt zugunsten der zuständigen Krankenkasse unter Berücksichtigung des maßgebenden Beitragssatzes und unter Beachtung der anzuwendenden Verjährungsvorschriften (§§ 25 und 27 Absatz 2 Satz 1 SGB IV) zu korrigieren. § 27 Absatz 2 Satz 2 SGB IV findet insoweit keine Anwendung.

2.3.5.1.2 Nachträglicher Einbehalt

Nach § 50 Abs. 1 Satz 2 KVLG 1989 i.V.m. § 255 Absatz 2 SGB V bleibt der Rentenversicherungsträger für den Fall, dass die Einbehaltung der Beiträge nach § 50 Abs. 1 KVLG 1989 i.V.m. § 255 Abs. 1 SGB V durch den Rentenver-

sicherungsträger unterblieben ist, verpflichtet, die rückständigen Beiträge von der Rente einzubehalten.

Hierbei ist die Aufrechnungsvorschrift des § 51 Absatz 2 SGB I in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung - die Änderung erfolgte durch Art. 2 Nr. 5 des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003 (BGBl. I, 2954) - zu beachten; d. h., der zuständige Leistungsträger kann mit Beitragsansprüchen gegen Ansprüche auf laufende Geldleistungen aufrechnen, wenn der Leistungsberechtigte nicht nachweist, dass er dadurch hilfebedürftig im Sinne der Vorschriften des SGB XII über die Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II wird. Ist eine Aufrechnung vorzunehmen, so ist der Rentenbezieher hierzu anzuhören. Weist der Rentenempfänger nicht nach, dass er durch die Aufrechnung hilfebedürftig im Sinne des SGB XII über die Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Sinne des SGB II wird, rechnet der Rentenversicherungsträger auf. Ist hiernach eine Aufrechnung nicht möglich, unterrichtet der Rentenversicherungsträger die Krankenkasse entsprechend. Dieses Verfahren gilt entsprechend der Festlegungen in der Rentenversicherung auch für die Durchführung von Verrechnungen nach § 52 SGB I.

Für Beitragsansprüche nach § 255 Absatz 2 SGB V gilt die Verjährungsfrist nach § 25 Absatz 1 Satz 1 SGB IV (BSG, Urteil vom 15.06.2000, USK 2000-78). Nach dieser Entscheidung kann bei Beitragsnachforderungen aufgrund eines unterlassenen Beitragseinbehalts durch den Rentenversicherungsträger im Allgemeinen nicht von der 30-jährigen Verjährungsfrist ausgegangen werden.

Wird die Rente nicht mehr gezahlt, obliegt der Einzug von rückständigen Beiträgen nach § 50 Abs. 1 Satz 2 KVLG 1989 i.V.m. § 255 Abs. 2 Satz 2 SGB V der zuständigen LKK. In jedem Fall haftet der Rentenversicherungsträger im Rahmen der oben aufgeführten Verjährung in Höhe der von ihm nach § 48 Abs. 3 KVLG 1989 für die Vergangenheit zu tragenden Anteile an den Krankenversicherungsbeiträgen (§ 50 Abs. 1 KVLG 1989 i.V.m. § 255 Abs. 2 Satz 3 SGB V).

2.3.5.1.3 Zuständigkeit bei Widerspruch und Klage gegen die Beitragserhebung

Die Krankenkassen entscheiden über das Krankenversicherungsverhältnis sowie über Besonderheiten, die bei der Beitragseinbehaltung aus der Rente zu berücksichtigen sind. Auf der Grundlage dieser Entscheidung stellen die Rentenversicherungsträger fest, ob und in welcher Höhe Krankenversicherungsbeiträge aus der Rente nach § 50 Abs. 1 KVLG 1989 i.V.m. § 255 SGB V

einzubehalten sind oder ein Zuschuss zur Krankenversicherung nach § 106 SGB VI zu zahlen ist.

Für die Durchführung von Widerspruchs- und Klageverfahren ist derjenige Sozialleistungsträger zuständig, der die angefochtene Entscheidung getroffen hat. Erlässt z. B. der Rentenversicherungsträger für versicherungspflichtige Altenteiler nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989 einen Verwaltungsakt über die Höhe der von ihm aus der Rente einzubehaltenden LKV-Beiträge, obliegt ihm auch die Zuständigkeit für die Durchführung von Widerspruchsverfahren und Klagen gegen die Beitragserhebung aus der Rente. In solchen Verfahren ist ggf. eine Beiladung der LKK nach § 75 SGG geboten, da der angefochtene Verwaltungsakt des Rentenversicherungsträgers auf der Grundlage der Entscheidung der LKK ergangen ist.

2.3.5.2 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

2.3.5.2.1 Allgemeines

Die Beiträge aus Versorgungsbezügen, die die versicherungspflichtigen Altenteiler nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989 aus Versorgungsbezügen zu zahlen haben, sind nach § 50 Abs. 2 Satz 1 KVLG 1989 von den Zahlstellen - vorbehaltlich Ziffer Ziffer 2.3.5.2.1 - einzubehalten und an die zuständige LKK abzuführen. Diese Einbehalts- und Abführungspflicht obliegt den Zahlstellen - wie § 50 Abs. 2 Satz 2 durch Nichtinbezugnahme des § 256 Abs. 1 Satz 1 SGB V bestimmt - auch dann, wenn der Versicherungspflichtige keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht. Damit trägt der Gesetzgeber den besonderen Gegebenheiten im Recht der LKV Rechnung (vgl. Ziffer 2.3.1.1 letzter Absatz). Damit ist klargestellt, dass die LAKen berechtigt und verpflichtet sind, die LKV-Beiträge aus den AdL-Renten - unabhängig davon, ob Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen wird - einzubehalten und an die LKKen abzuführen. Die Zahlstellen haben den LKKen die einbehaltenen Beiträge nachzuweisen sowie die Grundlagen der Beitragsbemessung und -berechnung sowie der Beitragsabführung zu dokumentieren (vgl. hierzu auch Ziff. 2.3.5.2.6).

Mit dem auf § 202 SGB V - diese Rechtsvorschrift gilt nach § 30 KVLG 1989 auch in der LKV - basierenden festgelegten bzw. vereinbarten Meldeverfahrens wird sichergestellt, dass sich die Krankenkassen und Zahlstellen über die für die Abführung der Beiträge aus Versorgungsbezügen erforderlichen Tatbestände unterrichten. So wird durch § 202 Satz 5 SGB V den Krankenkassen und Zahlstellen ermöglicht, praxisgerechte Abweichungen zu vereinbaren, um eine korrekte Abführung der Beiträge zu Versorgungsbezügen zu gewährleisten. Einzelheiten enthält die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Zahlstellen abgestimmte Neufassung der Verfahrensbeschreibung der Beitragsabführung zur Kranken- und Pflegeversicherung durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen (Zahlstellenverfahren ab 01. Februar 2006

(vgl. Seite 231). Sie sind mit Wirkung vom 01.02.2006 an die Stelle der Zahlstellen-Verfahrensbeschreibung vom 13.10.1994 getreten. Hinsichtlich der Feststellung der für die Durchführung der Krankenversicherung zuständigen Krankenkasse bei Beantragung oder Bezug einer AdL-Rente und des weiteren Verfahrens zwischen den Beteiligten finden die Gemeinsamen Empfehlungen zum Altenteiler-Meldeverfahren nach § 29 Abs. 1, 4, 5 und 6 KVLG 1989 vom 15.05.001 (ergänzend) Anwendung.

Die Zahlstellen von Versorgungsbezügen haben neben dem Krankenversicherungsbeitrag nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz auch den ab 01.07.2005 zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrag nach dem zusätzlichen Beitragssatz einzubehalten und an die zuständige LKK zu zahlen.

2.3.5.2.2 Zahlstellen mit weniger als 30 beitragspflichtigen Versorgungsempfängern

Zahlstellen mit regelmäßig weniger als 30 beitragspflichtigen Versorgungsempfängern können nach § 50 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 i.V.m. § 256 Absatz 4 SGB V bei jeder betroffenen Krankenkasse beantragen, dass sie nicht zur Beitragseinbehaltung und -abführung verpflichtet werden. Für die Beurteilung, ob die Zahlstelle weniger als 30 beitragspflichtige Versorgungsempfänger hat, ist die Gesamtzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger der Zahlstelle maßgebend, und zwar unabhängig von deren Krankenkassenzugehörigkeit. Da die Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger im Laufe eines Jahres schwanken kann, sollte hierbei auf die Verhältnisse am 1. Januar eines Jahres abgestellt werden. Für die Ermittlung der Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsempfänger sind auch solche versicherungspflichtige Versorgungsempfänger zu berücksichtigen, für die die Zahlstelle keine Beiträge einzubehalten hat. Versicherungspflichtige, die neben den Versorgungsbezügen keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, sind mitzuzählen, zumal den Zahlstellen für diese Versorgungsempfänger die Meldepflicht nach § 202 SGB V obliegt. Freiwillig Versicherte bleiben dagegen unberücksichtigt.

2.3.5.2.3 Nachträglicher Einbehalt

Ist bei der Zahlung der Versorgungsbezüge die Einbehaltung von Beiträgen - gleich aus welchem Grund - unterblieben, sind die rückständigen Beiträge durch die Zahlstelle aus den weiterhin zu zahlenden Versorgungsbezügen einzubehalten (§ 50 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 i.V.m. § 256 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 255 Absatz 2 Satz 1 SGB V). Hierbei gilt die Aufrechnungsvorschrift des § 51 Absatz 2 SGB I (entsprechend). Ist hiernach ein Beitragseinbehalt nicht möglich, unterrichtet die Zahlstelle der Versorgungsbezüge die LKK darüber. Werden Versorgungsbezüge nicht mehr laufend gezahlt, obliegt der LKK der Einzug der rückständigen Beiträge (§ 50 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 i.V.m.

§ 256 Absatz 2 Satz 1 i.V.m. § 255 Absatz 2 Satz 2 SGB V); ein Verschulden der Zahlstelle von Versorgungsbezügen am unterbliebenen Beitragseinbehalt führt nicht zur Freistellung des Versicherten von der Beitragsentrichtung.

Die Zahlstellen haben auch die Beiträge aus Nachzahlungen aufgrund von Anpassungen der Versorgungsbezüge an die wirtschaftliche Entwicklung einzubehalten und an die LKK abzuführen (§ 50 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 i.V.m. § 256 Absatz 2 Satz 3 SGB V).

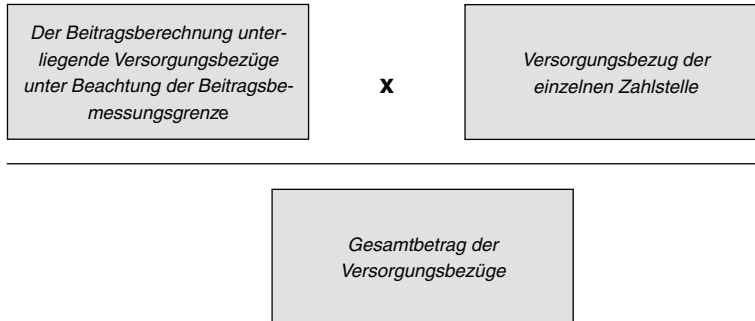
2.3.5.2.4 *Beitragszahlung durch den Versicherten*

In den Fällen, in denen der Beitragsabzug nicht der Zahlstelle obliegt, hat die LKK die Beiträge unmittelbar vom Versicherungspflichtigen einzuziehen. Das ist der Fall, wenn

- es sich um eine Zahlstelle mit weniger als 30 beitragspflichtigen Versorgungsempfängern handelt und dem Antrag nach § 50 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 i.V.m. § 256 Absatz 4 SGB V entsprochen worden ist
- der Beitragseinzug durch die Zahlstelle unterblieben ist und Versorgungsbezüge nicht mehr gezahlt werden (vgl. Ziffer 2.3.5.2.3)
- Beiträge aus Nachzahlungen zu erheben sind; dies gilt allerdings nicht für Beiträge aus Nachzahlungen aufgrund von Anpassungen der Versorgungsbezüge an die wirtschaftliche Entwicklung (vgl. Ziff. 2.3.5.2.3)
- Beiträge aus Kapitalleistungen und aus Abfindungen (§ 229 Absatz 1 Satz 3 SGB V, vgl. Ziffern 2.3.1.3.7.1 bis 2.3.1.3.7.3) zu erheben sind.

2.3.5.2.5 *Mehrere Versorgungsbezüge*

Erhält der Versicherte Versorgungsbezüge von mehreren Zahlstellen und übersteigen die Versorgungsbezüge zusammen mit dem Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze, verteilt die LKK nach § 50 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 i.V.m. § 256 Abs. 1 Satz 4 SGB V auf Antrag des Mitglieds oder einer der Zahlstellen die Beiträge; dabei bleibt es der Krankenkasse - vorbehaltlich der Ausführungen im nachfolgenden Absatz - unbenommen, welche Zahlstelle sie vorrangig mit dem Beitragseinbehalt beauftragt. Nicht zulässig ist es, eine der beteiligten Zahlstellen mit der Beitragseinbehaltung für einen höheren Betrag als den von ihr gezahlten Versorgungsbezug zu beauftragen. Beantragt der Versicherte oder eine der Zahlstellen eine Beitragsverteilung, hat die Krankenkasse die Beiträge nach folgender Formel aufzuteilen:



Übersteigen die beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten die Beitragsbemessungsgrenze und bezieht der Versicherte sowohl Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (AdL-Renten), für die - weiterhin - der halbe allgemeine Beitragssatz gilt und gleichzeitig noch andere Versorgungsbezüge, für die ab dem 01.01.2004 der volle allgemeine Beitragssatz gilt, ist auf Antrag des Mitglieds oder einer Zahlstelle von der Krankenkasse eine Verhältnisrechnung in entsprechender Anwendung des § 22 SGB IV nach Maßgabe des (§ 50 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989) i.V.m. § 256 Absatz 1 Satz 4 SGB V vorzunehmen (vgl. Ziffer 5 des Zahlstellen-Verfahrens auf Seite 233ff.). Da nur das Mitglied und auf Antrag des Mitglieds (verbunden mit den Angaben über die Höhe der Versorgungsbezüge gegenüber der LKK/ Krankenkasse) die LKK/Krankenkasse umfassend Kenntnis der Angaben für die Verteilung haben, kann dem Antrag der Zahlstelle eine Initiativwirkung bezüglich der Ermittlung der beitragspflichtigen Bezüge und der anschließenden Verteilung (VBmax.) Bedeutung zukommen. Im Falle einer Verteilung ist dann aber stets die „Verhältnisrechnung in entsprechender Anwendung des § 22 SGB IV“ vorzunehmen. Soweit Beiträge aus einer AdL-Rente zu berechnen sind, ist die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der jeweiligen Krankenkasse heranzuziehen. Die Verpflichtung zur Zahlung des zusätzlichen Beitragssatzes ist in die Verhältnisrechnung mit einzubeziehen.

2.3.5.2.6 Beitragsüberwachung

Nach § 256 Absatz 3 SGB V, der über § 50 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 auch für die LKV gilt, ist die Entrichtung der Beiträge aus Versorgungsbezügen durch die zuständige Krankenkasse zu überwachen. Die Überwachung erstreckt sich auf die Feststellung der Höhe der Versorgungsbezüge und der hierauf entfallenden Beiträge sowie auf deren ordnungsgemäße Einbehaltung und Abführung. Zu diesem Zweck erklärt § 256 Absatz 3 SGB V die Vorschrift des § 98 Absatz 1 Satz 2 SGB X (gemeint ist aber offenbar § 98 Absatz 1 Satz 3 SGB X) für entsprechend anwendbar. Dies bedeutet, dass die Zahlstellen verpflichtet sind, der Krankenkasse die Geschäftsbücher und Listen oder an-

dere Unterlagen, aus denen die für die Beitragserhebung relevanten Daten hervorgehen, vorzulegen. Sofern bei einem Arbeitgeber die Geschäftsräume zugleich die private Wohnung sind, kommt eine Vorlage der entsprechenden Unterlagen nur in den Geschäftsräumen der Krankenkasse in Betracht.

Hat eine Zahlstelle an mehrere Krankenkassen Beiträge zu entrichten, so haben die betroffenen Krankenkassen zu vereinbaren, dass eine dieser Krankenkassen die Beitragsüberwachung für die beteiligten Krankenkassen übernimmt (§ 256 Absatz 3 Satz 1 SGB V). Die Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Überwachung des Melde- und Beitragsverfahrens für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren) in der jeweils aktuell geltenden Fassung ist zu beachten. Zurzeit gilt das Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren in der Fassung der Gemeinsamen Verlautbarung vom 31.10.2001 (vgl. Seite 226ff.).

2.3.5.3 Zahlung der Beiträge aus außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen

Die Beiträge aus dem außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen hat der Versicherte nach § 49 KVLG 1989 selbst an die LKK zu zahlen. Hierzu erhält er von seiner LKK einen Beitragsbescheid.

2.4 Bundesmittel und Bundesmittel-Richtlinien

Hinsichtlich der Bereitstellung und Verwendung der Bundesmittel im Rahmen des KVLG 1989 ohne die Zahlung des Bundes nach § 48 Abs. 4 KVLG 1989 (Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende) sind die „Richtlinien des BMVEL (jetzt BMELV) über die Bereitstellung und Verwendung von Bundesmitteln im Rahmen des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) ohne die Zahlung des Bundes nach § 48 Abs. 4 KVLG 1989 i.d.F. vom 28.02.2005 (Bundesmittel-Richtlinien) zu beachten. Die Bundesmittel sind nur zum Zeitpunkt und in Höhe des tatsächlichen Bedarfs abzurufen. Wegen der Umlage zur Reduzierung der Bundesmittel für die Jahre 2005 bis 2008 wird auf Ziff. 6 verwiesen.

3. Pauschalbeiträge für geringfügig entlohnte Beschäftigungen

Durch das Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse vom 24.03.1999 (BGBl. I, 388) wurde die versicherungsrechtliche Beurteilung von geringfügigen Beschäftigungen mit Wirkung vom 01.04.1999 grundlegend geändert. Dabei wurde die Geringfügigkeitsgrenze für die alten und für die neuen Bundesländer einheitlich auf monatlich 630 DM festgeschrieben. Für Arbeitnehmer, die eine versicherungsfreie geringfügig entlohnte Beschäftigung ausüben und in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, muss der Arbeitgeber seither einen Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung zahlen (§ 249b SGB V, § 48 Abs. 6 KVLG 1989). Dieser

betrug vom 01.04.1999 bis zum 31.03.2003 10 v.H., vom 01.04.2003 bis zum 30.06.2006 11 v.H. und beträgt ab 01.07.2006 13 v.H. des Arbeitsentgelts. Zusätzliche Leistungsansprüche entstehen hierdurch jedoch nicht. Die sich daraus ergebenden Auswirkungen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und die Bundesanstalt für Arbeit beraten und die Ergebnisse in den herausgegebenen Geringfügigkeits-Richtlinien zusammengefasst. Sie gelten z. Zt. i.d.F. vom 25.02.2003 und werden gegenwärtig auf Grund der Änderungen (zuletzt im Haushaltsbegleitgesetz 2006, BGBl I 2006, S. 1402) überarbeitet.

Sofern eine bei einer LKK auf Grund eines anderen Tatbestandes versicherte Person eine geringfügig entlohnte Beschäftigung i.S.d. § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV ausübt, die krankenversicherungsfrei oder nicht krankenversicherungspflichtig ist, hat der Arbeitgeber den pauschalen Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von 10 v. H. des Arbeitsentgelts aus der geringfügig entlohnten Beschäftigung an die LKK zu zahlen (§ 48 Abs. 6 KVLG 1989 i.V.m. § 249b SGBV). Die Zahlung des pauschalen Krankenversicherungsbeitrags kommt infolgedessen u. a. auch für die AdL-Rentantragsteller und die versicherungspflichtigen Altenteiler nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 KVLG 1989 in Betracht. Demzufolge hat der BLK ergänzend zu den vorgenannten Geringfügigkeits-Richtlinien Erläuterungen (Beispiele) bezüglich der Auswirkungen für die in der LKV versicherten Personen herausgegeben. Sie gelten z.Zt. i.d.F. vom 25.02.2003 und werden gegenwärtig auf Grund der Änderungen (zuletzt im Haushaltsbegleitgesetz 2006 a.a.O.) überarbeitet. Das Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse vom 24.03.1999 sah keine Änderung des § 37 Abs. 2 KVLG 1989 vor. Auf Anregung des BLK wurde diese Änderung mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999 (GKV-Gesundheitsreform 2000, BGBl. I, 2626) nachgeholt, d. h., die pauschalen Krankenversicherungsbeiträge für die in der LKV versicherten Altenteiler und deren familienversicherte Familienangehörige wurden ab 01.04.1999 (im Vorgriff auf die angekündigte gesetzliche Regelung) wie die Beiträge nach §§ 44 und 45 KVLG 1989 von den LKKen an den Bund im Wege der Verrechnung abgeführt. Dementsprechend wurde der Kontenrahmen mit Wirkung vom 01.04.1999 (Einrichtung des Kontos 2702, vgl. Schreiben des BMG vom 20.08.1999, Anlage zum Rdschr. BLK Nr. 303/99 vom 27.08.1999) ergänzt. Art. 7 Nr. 6 GKV-Gesundheitsreform 2000 änderte § 37 Abs. 2 KVLG 1989 allerdings versehentlich erst mit Wirkung vom 01.01.2000. Das BMG wurde vom BLK hierüber unterrichtet; für die nächste Gelegenheit wurde eine entsprechende Klarstellung in Aussicht gestellt. Im Hinblick darauf, dass die pauschalen Krankenversicherungsbeiträge in dem Beitragsnachweis für Aktiv-Versicherte und Altenteiler einheitlich unter der Beitragsgruppe 6000 vom Arbeitgeber nachzuweisen sind, wurde nach vorangegangener Erhebung der betroffenen Versicherungsverhältnisse bei den LKKen durch den BLK

ein pauschales Verfahren vereinbart, und zwar wurde festgelegt, dass die Beiträge entsprechend dem Versichertenstatus zum Beginn des Soll-Monats auf Aktiv-Versicherte einerseits (Konto 2700) und Passiv-Versicherte andererseits (Konto 2702) aufgeteilt werden (vgl. Pkt. 27 der Niederschrift über die Fachbesprechung KV am 26./27.10.1999, Schreiben des BLK an die LKVen vom 17.02.2000).

Im Hinblick auf die Währungsumstellung - an die Stelle des monatlichen Grenzbetrages in § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV in Höhe von bundeseinheitlich 630 DM traten bundeseinheitlich 325 EUR - wurden die Geringfügigkeits-Richtlinien unter dem 21.11.2001 und die Ergänzenden Erläuterungen vom 21.11.1999 i.d.F. vom 04.12.2001 neu bekannt gegeben.

Durch das Zweite Gesetz für Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23.12.2002 (BGBl. I, 4621) wurde mit Wirkung vom 01.01.2003 die versicherungsrechtliche Beurteilung von geringfügigen Beschäftigungen wiederum grundlegend geändert. Dabei wurde die Geringfügigkeitsgrenze für geringfügig entlohnte Beschäftigungen von bisher 325 EUR im Monat auf 400 EUR im Monat erhöht; außerdem entfiel die weitere Voraussetzung, dass die wöchentliche Arbeitszeit weniger als 15 Stunden beträgt. Unverändert besteht die Pflicht des Arbeitgebers fort, bei geringfügig entlohten Beschäftigten den pauschalen Krankenversicherungsbeitrag (§ 249b SGB V, § 48 Abs. 6 KVLG 1989) zu zahlen; allerdings wurde der Pauschalbeitragssatz von 10 v. H. auf 11 v. H. erhöht. Zugleich wurde die Durchführung des Beitrags- und Meldeverfahrens für geringfügig Beschäftigte auf die Bundesknappschaft übertragen.

Seit 01.04.2003 ist damit die Bundesknappschaft als Rentenversicherungsträger, ab 01.10.2005 Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See - Minijob-Zentrale - alleinige zuständige Einzugsstelle für geringfügig Beschäftigte (§ 28i Satz 5 SGB IV). Sie zieht die Pauschalbeiträge für geringfügig entlohnte Beschäftigte ein und leitet nach § 28k Abs. 2 SGB IV (bis 31.12.2004 § 28k Abs. 1 Satz 4 SGB IV) die eingezogenen Beiträge zugunsten des Risikostrukturausgleichs an die Deutsche Rentenversicherung Bund (bis 31.12.2004 BfA), bei Versicherten in der LKV an den BLK weiter. Die Vergütung für den Einzug dieser Beiträge behält die Minijob-Zentrale von den weiterzuleitenden Beiträgen ein (§ 28l Abs. 1a Satz 2 Nr. 3 SGB IV, ursprünglich § 28i Satz 5 SGB IV i.V.m. §§ 1 Satz 1 und 2 Abs. 3 BeitrEinzVergV).

Die Meldungen für geringfügig Beschäftigte sehen aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung für die Arbeitgeber keine Bezeichnung der Krankenkasse vor, bei der der geringfügig Beschäftigte versichert ist. Infolgedessen wurde auf der Grundlage des § 28k Abs. 2 Satz 2 SGB IV zwischen den anderen Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem BLK die Vereinbarung über die Aufteilung der Krankenversicherungsbeiträge für geringfügig Beschäftigte

vom 18.07.2003 geschlossen. Nach dessen Ziffer 2 bemisst sich der Anteil an den eingezogenen pauschalen Krankenversicherungsbeiträgen, der von der Minijob-Zentrale an den BLK abzuführen ist, pauschal nach dem Verhältnis der im Kalenderjahr 2002 nach den Jahresrechnungen (KJ 1) eingezogenen Beiträgen für geringfügig Beschäftigte (Konto 2700 und Konto 2702).

Dieser Anteil wird nach Ziffer 3 der Vereinbarung dynamisiert. Ab Ist-Monat Februar 2004 verändert sich die Aufteilung der eingezogenen pauschalen Krankenversicherungsbeiträge jährlich entsprechend dem Verhältnis, in dem sich der Anteil der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Stichtag 01.07. des vorvergangenen Kalenderjahres zum Stichtag 01.07. des vergangenen Kalenderjahres verändert (KM 1 - Schl.-Nr. 199 und 499). Zurzeit beträgt der Anteil, den der BLK zur Verteilung an die LKVen erhält, 1,25 v. H. der von der Minijob-Zentrale abzuführenden Beiträge. Ergänzend haben die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Bundesknappschaft die Vereinbarung über die Aufteilung der bei der Verwaltung von Fremdbeiträgen erzielten Gewinne nach § 28l Abs. 2 SGB IV geschlossen.

Nicht Gegenstand der o. a. Vereinbarung vom 18.07.2003 ist die Aufteilung der Beiträge, die der BLK von der Minijob-Zentrale erhält, innerhalb der LKV. Diesbezüglich wurde in der DK am 25.02.2003 ebenfalls die Verteilung nach KJ 1-Anteilen der Jahresrechnung 2002 festgelegt.

Nach alledem hat die LKV von den eingezogenen Pauschalbeiträgen erhalten:

Zeitraum	LKV insgesamt Euro	Davon Aktiv-Versicherte Euro	Davon Altenteiler Euro
1999	8.036.615,78	5.527.387,35	2.509.228,43
2000	14.475.483,92	9.112.272,24	5.363.211,68
2001	14.538.851,52	9.022.627,95	5.516.223,57
2002	15.104.872,68	9.358.709,39	5.746.163,29
2003	17.622.915,86	10.979.676,88	6.643.238,98
2004	24.050.668,44	14.910.722,96	9.139.945,48
2005	24.951.329,29	15.460.027,91	9.491.301,38

4. Umlage zur Reduzierung der Bundesmittel im Jahr 2000

Durch Art. 16 des Gesetzes zur Sanierung des Bundeshaushalts (Haushalts-sanierungsgesetz-HsSanG) vom 22.12.1999 (BGBl. I, 2534) wurde abweichend von § 37 Abs. 2 KVLG 1989 festgelegt, dass die Leistungsaufwendungen für die Altenteiler im Jahr 2000 - zusätzlich zu der in § 37 Abs. 2 KVLG 1989 normierten Finanzierung - durch die in § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 KVLG 1989 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 6 KVLG 1989 genannten Versicherungsberechtigten (vgl. insoweit auch § 38 Abs. 1 Satz 1 KVLG 1989) in

Höhe eines Betrages von 250 Mio DM zu decken sind. Der BLK hatte diesen Betrag bis zum 31.07.2000 auf die LKKe in dem Verhältnis aufzuteilen, das dem Anteil jeder LKK an dem Unterschiedsbetrag aller LKKe zwischen den Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 KVLG 1989 genannten Personen und den Beiträgen nach § 44 und 45 KVLG 1989 im Jahr 1999 entspricht.

5. Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen

In die Neuordnung der Finanzierung durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 (BGBl. I, 2190) hatte der Gesetzgeber alle relevanten Beteiligten im Gesundheitswesen eingebunden. U. a. werden seit 01.01. 2004 die versicherungsfremden Leistungen aus Steuermitteln mitfinanziert. So wurden durch das GKV-Modernisierungsgesetz mit Art 1 Nr. 145 § 221 SGB V und mit Art. 10 Nr. 7 Buchst. b) § 37 Abs. 4 KVLG 1989, der § 221 SGB V in Bezug nimmt, mit Wirkung vom 01.01.2004 normiert. Ziel dieser Regelungen ist, sicherzustellen, dass der gesetzlichen Krankenversicherung als pauschale Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen Mittel des Bundes zur Verfügung gestellt werden. Damit die Krankenkassen ihre Einnahmen verlässlich im Voraus kalkulieren können, werden feste Beträge vorgesehen, die bis 2006 ansteigen und von da an in gleicher Höhe weitergezahlt werden (vgl. Bundestags-Drucksache 15/1525, 138/139). Nach § 221 Abs. 1 SGB V leistet der Bund für das Jahr 2004 1 Mrd. Euro, für das Jahr 2005 2,5 Mrd. Euro und ab dem Jahr 2006 4,2 Mrd. Euro. Jeweils am 1. Mai und 1. November zur Hälfte über das BVA und eine von den Spitzenverbänden der Krankenkassen einheitlich und gemeinsam zu bestimmende „Zentrale Stelle“ an die Krankenkassen. Als zentrale Stelle haben die Spitzenverbände der Krankenkassen den AOK-Bundesverband bestimmt (§ 1 der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und des BVA vom 02.04.2004). Im Übrigen wird auf diese Vereinbarung Bezug genommen. Außerdem wird auf die auf Grund des § 221 Abs. 2 und § 266 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V erlassene Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund und zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 26.04.2004 (BGBl. I, 644) hingewiesen. Die Abgeltungsbeträge sind anteilig nach dem gemeldeten Leistungsaufwand auf den Konten 3260 und 3262 (Altenteiler) zu buchen. Die Zinsen vom AOK-Bundesverband sind hingegen auf Konto 3010 und 3012 (Altenteiler) zu buchen.

Die LKV hat folgende Bundesmittel nach Maßgabe des § 37 Abs. 4 KVLG 1989 i.V.m. § 221 SGB V erhalten:

Zeitraum	Bundesmittel Euro	
	Konto 3260 Aktive	Konto 3262 Rentner
2004	5.316.340,90	33.404,11
2005	12.189.916,10	73.702,00

Durch Art. 10 Nr. 1 des Haushaltsbegleitgesetzes vom 29.06.2006 (BGBl. I, S. 1402) wurde § 221 Abs. 1 Satz 1 SGB V geändert. Diese Änderung bewirkt, dass die Pauschalzahlungen des Bundes als Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2007 auf 1,5 Mrd. Euro reduziert festgesetzt und in den Folgejahren keine Zahlungen dieser Art mehr geleistet werden.

6. Umlage zur Reduzierung der Bundesmittel für die Jahre 2005 bis 2008

Nach § 66 KVLG 1989, eingefügt durch Art. 3 des Haushaltsbegleitgesetzes 2005 (HBegIG 2005) vom 22.12.2004 (BGBl. I, 3702/3703) mit Wirkung vom 01.01.2005, normiert, dass der nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 ermittelte Bundeszuschuss sich im Jahr 2005 um 82 Mio., im Jahr 2006 um 84 Mio., im Jahr 2007 um 87 Mio. und im Jahr 2008 um 91 Mio. Euro (Minderungsbetrag) verringert. Sobald nach der Entwicklung der Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 KVLG 1989 genannten Personen absehbar ist, dass die Zahlungen des Bundes nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 an den BLK zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, erhebt der BLK bei den LKKen eine Umlage zum Ausgleich des Minderungsbetrages nach den Anteilen der Beitragseinnahmen einer jeden LKK (Kontenklasse 2, KJ 1 Pos. 2999 - Mitglieder und Rentner insgesamt -) an der Summe der Beitragseinnahmen aller LKKen im jeweiligen Vorjahr. Die Mittel aus der Umlage treten an die Stelle der Zuschüsse des Bundes. Das Nähere zum Verfahren hat der BLK in Abstimmung mit dem BMVEL (jetzt BMELV) in § 12a seiner Satzung geregelt (§ 66 Abs. 1 letzter Satz KVLG 1989). Außerdem sind die Richtlinien über die Bereitstellung und Verwendung von Bundesmitteln im Rahmen der Krankenversicherung der Landwirte auf Grund § 66 KVLG 1989 i.d.F. des Haushaltsbegleitgesetzes 2005 angepasst worden (Änderungserlass des BMVEL vom 28.02.2005).

7. Verwaltungskosten

Seit Inkrafttreten des KVLG tragen die Aktiv-Versicherten die Verwaltungskosten für die Altenteiler mit (§§ 37 Abs. 2, 38 KVLG 1989). So hat auch das BML (jetzt BMVEL) in seinem Positionspapier vom 26.01.2000 herausgestellt: „Die Übernahme der nicht durch Beiträge gedeckten Leistungsausgaben für die Krankenversicherung der Altenteiler durch den Bund ist weiterhin begründet,

zumal auch die aktiven Landwirte sich an der Finanzierung der Altenteiler-Versicherung beteiligen, indem sie die Verwaltungskosten (120 Mio. DM/Jahr) tragen.“ Davon (rd. 61,4 Mio. €) kann auch heute noch ausgegangen werden.

8. Zusammenfassung

1. Der Gesetzgeber hat bei Schaffung der LKV die Folgen des Strukturwandels in der Landwirtschaft als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen. Es stand bereits damals fest, dass die Zahl der Altenteiler und ihre Leistungsaufwendungen steigen werden. Der Gesetzgeber hat die Form der Finanzierung über Bundesmittel als notwendig und berechtigt angesehen, weil die Folge des Strukturwandels der Landwirtschaft nicht auf die erwerbstätigen Landwirte abgewälzt werden könne. Auch heute wird das Tragen der Folgen des Strukturwandels in der Landwirtschaft noch zu Recht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen, sodass der Bund aus Steuermitteln die durch eigene Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen der Altenteiler in der LKV übernimmt.
2. Vom Inkrafttreten des KVLG am 01.10.1972 bis zum 31.12.1982 hatten die Rentenversicherungsträger zu den Aufwendungen für die damals in § 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO bezeichneten Personen (Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung), die auf Grund des Bezuges von Altersgeld, vorzeitigem Altersgeld oder Landabgaberrente aus der landwirtschaftlichen Altershilfe (LAH) nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 KVLG in der LKV versichert waren, Beiträge in Höhe eines Betrages, den die in § 381 Abs. 4 RVO, ab 01.07.1977 in § 1304 e RVO, bezeichneten Personen erhielten, an die LKVen zur Entlastung des Bundes zu leisten. Diese Regelung ging davon aus, dass diese Personen einen Anspruch auf Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner erlangt hatten (§ 1235 Nr. 5 RVO) und § 12 Nr. 5 AVG) und dass dieser Anspruch nicht durch die Leistungen des Bundes erlöschen sollte (Bundestagsdrucksache VI/3012, S. 35).
3. Darüber hinaus tragen die Altenteiler seit 1982 durch die Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezügen und außerland- und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen, die - basierend auf der Grundsatzentscheidung im Einundzwanzigsten Rentenanpassungsgesetz vom 25.07.1978 (BGBl. I, S. 1089) - auf Grund der Regelungen des Rentenanpassungsgesetzes 1982 zu zahlen sind, zur Finanzierung ihrer Leistungsaufwendungen in verstärktem Maße bei. Dabei wurde die bisherige Pauschalzahlung der Rentenversicherungsträger durch einen Krankenversicherungsbeitrag des einzelnen Rentners aus seiner Rente ersetzt. Die Beitragspflicht aus Versorgungsbezügen - dazu gehören auch die Renten der Alterssicherung der Landwirte (damals Leistungen aus der landwirtschaftlichen Altershilfe) - und aus außerland-

und außerforstwirtschaftlichen Arbeitseinkommen wurde ab 01.01.1983 neu eingeführt.

4. Während die gesetzlichen Vorgaben zu der maßgeblichen Höhe und zu dem maßgeblichen Stichtag für die jeweils zur Berechnung einerseits der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und andererseits aus Versorgungsbezügen und aus außerland- und außerforstwirtschaftlichem Arbeitseinkommen heranzuziehenden durchschnittlichen allgemeinen Beitragssätze für die Zeit vom 01.01.1982 bis zum 30.06.1997 kaum geändert wurden, sind seit 01.07.1997 häufig Änderungen - teilweise festgelegte Zeiträume abkürzend - wirksam geworden. Dabei wurden weitgehend gesetzliche Änderungen für die allgemeine Krankenversicherung im SGB V für die LKV im KVLG 1989 nachvollzogen, zuletzt mit der Festsetzung des vom Versicherten zu tragenden zusätzlichen Beitrags nach dem zusätzlichen Beitragssatz (0,9 Beitragspunkte) durch das Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004 (BGBl. I, S. 3445).
5. Des Weiteren wurden bzw. werden die Bundesmittel - zusätzlich zu den Beiträgen nach §§ 44 und 45 KVLG 1989 -
 - seit 01.04.1999 durch die pauschalen Krankenversicherungsbeiträge, die auf Altenteiler entfallen,
 - im Jahr 2000 durch eine Umlage in Höhe von 250 Mio. DM
 - seit dem 01.01.2004 (bis 2007) durch die Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen und
 - durch die Umlage zur Reduzierung der Bundesmittel für die Jahre 2005 bis 2008 um 82. Mio. €, 84 Mio. €, 87 Mio. € und 91 Mio. €verringert.
6. Die Bundesmittel zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen für die Altenteiler wurden durch Beiträge und Umlagen - wie zuvor dargelegt - reduziert. Der Anteil der Bundesmittel nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 an den Leistungsaufwendungen sinkt (für das Jahr 2005 betrug er nur noch 76,56 v.H.).

Dies verdeutlicht die Zusammenstellung auf Seite 184. Dabei wurden grundsätzlich nur die Jahre (und das Jahr davor) angegeben, in denen die gesetzlichen Änderungen mit Auswirkungen auf die Bundesmittel i.S.d. § 63 Abs. 4 KVLG bzw. § 37 Abs. 2 KVLG 1989 in Kraft traten.
7. Außerdem tragen die Aktiv-Versicherten seit Inkrafttreten des KVLG die Verwaltungskosten für die Altenteiler. Sie betragen im Jahr 2000 nach den Feststellungen des BML (jetzt BMELV) 120 Mio. DM (entspricht rd. 61,4 Mio. €). Davon kann auch heute noch ausgegangen werden.

8. Im Übrigen wird auf die umfassenden Ausführungen zum Stand der Diskussion über das eigenständige LKV-System in SdL 2/2005, 73 ff. hingewiesen.
- 9 Die Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 vom 04.07.2006 weisen aus (S. 16): „Die Landwirtschaftliche Krankenversicherung behält wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen (keine einkommensabhängigen Beiträge, Bundeszuschüsse für die Altenteiler) ihren Sonderstatus bis zur Regelung dieser offenen Fragen.“ Das Gesetzgebungsverfahren bleibt abzuwarten.

Verfasser

Bernhard Müller

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Weißensteinstraße 70 - 72

32131 Kassel:

Jahr	„Altenleiter Aufwendungen für Leistungs-ausgaben KJ1 Sch.Nr. 5999“	„Beiträge aus Renten der ges. Renten-versicherung KJ1 Schl.Nr. 2020“	„Beiträge aus Versorgungs-bezügen und aus außerland- und außerforst-wirtschaftlichen Arbeitseinkommen KJ1 Schl.Nr. 2025“	„Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung KJ1 27 R“	„Umlage nach Art. 16 HSanG“	„Beteiligung des Bundes an versicherungsfremden Leistungen nach § 37 Abs. 4 KVLG 1989 KJ1 Schl.Nr. 3262“	„Umlage nach § 66 KVLG 1989 KJ1 Schl.Nr. 3224“	„Bundesmittel nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 (ohne Zuschüsse) KJ1 Schl.Nr. 3222“	„in v.H. der Leistungs-aufwendungen für Alten-teiler“
	- alle Angaben in Euro -								
1973	236.675.511,36	9.938.808,93	---	---	---	---	---	225.992.296,80	95,49
1974	293.485.763,40	17.767.059,69	---	---	---	---	---	273.838.649,52	93,31
1983	556.057.654,18	17.159.964,65	31.544.912,53	---	---	---	---	501.377.511,86	90,17
1988	759.878.177,65	30.423.492,67	66.800.593,88	---	---	---	---	655.909.463,22	86,32
1989	760.134.842,96	33.145.961,27	73.335.209,40	---	---	---	---	643.772.378,05	84,69
1994	1.145.016.359,25	58.599.569,74	102.531.996,10	---	---	---	---	977.152.706,90	85,34
1995	1.190.460.514,79	66.645.131,53	104.868.248,32	---	---	---	---	1.011.011.009,78	84,93
1999	1.319.783.123,85	84.473.332,49	113.068.644,37	2.509.228,43	---	---	---	1.114.379.018,32	84,44
2000	1.357.078.152,22	87.593.740,32	114.308.814,69	5.363.211,68	127.822.970,30	---	---	1.015.560.074,11	74,83
2001	1.421.738.877,12	92.342.930,24	114.761.585,97	5.516.223,57	---	---	---	1.202.808.820,27	84,60
2004	1.376.425.808,86	104.109.613,40	128.650.270,66	9.139.945,48	---	33.404,11	---	1.129.355.449,80	82,05
2005	1.417.699.693,35	104.544.852,78	131.384.593,15	9.491.301,38	---	73.702,00	82.000.000,00	1.085.427.728,49	76,56

Karl Friedrich Köhler

Zeichnet sich eine neue Kausalitätsformel im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung ab?

Literatur und Rechtsprechung auf dem Weg zu einer Neudefinition der haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Kausalität

Über Jahrzehnte hinweg galt die Erkenntnis als gesichert, dass der Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung in tatbestandlicher Hinsicht neben der grundsätzlich versicherten Person, der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis auch die Merkmale der haftungsbegründenden sowie der haftungsausfüllenden Kausalität aufzuweisen habe. Allerdings wurde die Sinnhaftigkeit der auf das zuletzt genannte Begriffspaar bezogenen Differenzierung zuletzt mehr und mehr in Frage gestellt. In der Literatur finden sich seit geraumer Zeit klare Standpunkte, wonach die genannte begriffliche Unterscheidung aufzugeben bzw. zu verändern sei. Neuerdings verkündet auch das Bundessozialgericht (BSG) Urteile, denen ein ähnliches Ansinnen zu entnehmen ist, so dass sich fortan nicht nur in der Theorie, sondern vor allem in der Praxis die Frage stellt, ob an der hergebrachten Unterscheidung zwischen haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung festzuhalten sein wird.

I. Einführung

1. Das Kausalitätsprinzip im Allgemeinen

Der Begriff der Kausalität spielt im gesamten Bereich der Rechtswissenschaft eine entscheidende Rolle.¹ Im Strafrecht ist beispielsweise für die Verwirklichung eines Erfolgsdelikts ein Ursachen- also Kausalzusammenhang zwischen der Handlung des Täters und dem eingetretenen deliktischen Erfolg erforderlich. Ohne diesen Kausalzusammenhang kann ein Täter ein Erfolgsdelikt nicht verwirklichen und somit auch nicht (wegen einer vollendeten, wohl aber wegen einer versuchten Tat) bestraft werden. Als kausal wird dabei im Strafrecht jede Handlung angesehen, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Taterfolg in seiner konkreten Gestalt entfiel. Diese Regel wird wegen der Gleichwertigkeit aller Ursachen als Äquivalenztheorie bzw. *conditio-sine-quanon*-Formel bezeichnet.

1 Engisch, Die Kausalität als Merkmal der strafrechtlichen Tatbestände, 1931; Barta, Kausalität im Sozialrecht, 1983; Matt, Kausalität aus Freiheit, 1994; Weber, Der Kausalitätsbeweis im Zivilprozeß, 1997; Köhler, Kausalität, Finalität und Beweis, 2001; Röckrath, Kausalität, Wahrscheinlichkeit und Haftung. Rechtliche und ökonomische Analyse, 2004.

Für die zivilrechtliche Haftung ist neben anderen Voraussetzungen in der Regel erforderlich, dass der Anspruchsgegner den Schaden verursacht hat. Allerdings wird eine Haftung auf der Grundlage der *conditio-sine-qua-non*-Formel im Zivilrecht als teilweise zu weitgehend angesehen und mit Hilfe von Begriffen wie „Adäquanz“ oder „Schutzzweck der Norm“ eingeschränkt. Demgegenüber ergibt sich sogar eine Erweiterung des allgemeinen Kausalitätsbegriffs aus § 830 Abs. 1 Satz 2 BGB. Danach ist jeder für den Schaden verantwortlich, wenn sich nicht ermitteln lässt, wer von mehreren Beteiligten den Schaden durch seine Handlung verursacht hat. Voraussetzung ist, dass jeder - abgesehen vom Nachweis der Kausalität - eine unerlaubte Handlung begangen hat, die konkret geeignet war, den Schaden herbeizuführen. Außerdem muss feststehen, dass einer der Alternativtäter den Schaden verursacht hat. Weitere Ausnahmen enthalten z.B. die §§ 6 und 7 UmweltHG oder § 84 Abs. 2 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG).

2. Das Kausalitätsprinzip als Wesensmerkmal der gesetzlichen Unfallversicherung

Innerhalb des inzwischen von fünf Säulen getragenen Systems der deutschen Sozialversicherung nimmt die gesetzliche Unfallversicherung nach wie vor eine gewisse Sonderstellung ein. Diese beruht auf einer besonderen sozialpolitischen Bewertung der durch betriebliche Einwirkungen hervorgerufenen Gesundheitsschäden sowie auf einer besonderen sozialpolitischen Zielsetzung, die darin besteht, zur Wahrung des Arbeitsfriedens etwaige aus einem Arbeitsunfall oder aus einer Berufskrankheit resultierende Haftpflichtansprüche der Beschäftigten gegen die Unternehmer durch besondere Versicherungsträger nach einem eigenen Leistungssystem abzulösen.²

Dieser Sonderstellung kann ein Versicherungszweig nur dadurch gerecht werden, dass bestimmte sozialrechtliche Sondertatbestände als Versicherungsfälle gesetzlich fixiert werden (vgl. § 7 Abs. 1 SGB VII). Erst dadurch werden die grundlegenden leistungsauslösenden Tatbestände im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung festgelegt und gleichzeitig die Entschädigungsrisiken der Unfallversicherung gegenüber den übrigen Zweigen der Sozialversicherung abgegrenzt. Mithin unterscheidet sich die gesetzliche Unfallversicherung primär durch das rechtliche Erfordernis eines Ursachenzusammenhangs zwischen Arbeit und Schaden von allen anderen Sozialversicherungszweigen.

Nach der vorstehend genannten rechtspolitischen Zielsetzung muss die für die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung maßgebliche Abgrenzung nicht nach der Art der Gesundheitsschädigung, sondern nach der Art und Weise der schädigenden Einwirkung erfolgen. Weder die „Krankheit“ noch die

² Watermann, FS für Lauterbach, 1961, S. 129.

„Erwerbsunfähigkeit“ löst einen Anspruch auf Versicherungsleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung aus. Die schädigende Einwirkung muss vielmehr mit dem betrieblichen Gefahrenbereich in einem ursächlichen Zusammenhang stehen. Das Kausalitätsprinzip ist somit im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung bereits systemtheoretisch verankert, unabhängig von der Tatsache, dass es auch aus den §§ 8 und 9 SGB VII zu entnehmen ist. Wie allerdings sogleich zu zeigen sein wird, haben sich sämtliche in der übrigen Rechtsordnung geltenden Kausalitätstheorien im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung als untauglich erwiesen.

Die Äquivalenztheorie, wonach „jedes“ für den Eintritt des Schadenserfolges nicht hinwegzudenkende Ereignis ursächlich ist, kann hier schon allein deshalb nicht zur Anwendung kommen, weil damit Umstände berücksichtigt werden müssten, die ganz offenkundig außerhalb des Schutzzweckes einer an den Gefahren der versicherten Tätigkeit ausgerichteten gesetzlichen Unfallversicherung liegen. Bei Anwendung der Äquivalenztheorie wäre praktisch jeder Unfall im weitesten Zusammenhang mit einer versicherten Tätigkeit als Arbeitsunfall zu qualifizieren.

Beispiele:

- Der Versicherte A verletzt sich um 6.30 Uhr, vor Antritt seines Arbeitsweges, beim häuslichen Frühstück an einem scharfen Messer.
- Die Versicherte B wird während der Arbeit von einer Kollegin aus Gründen persönlicher Eifersucht angegriffen und verletzt.
- Der Versicherte C kommt, stark alkoholisiert, nach einer betrieblichen Weihnachtsfeier mit seinem Pkw von der Fahrbahn ab und wird beim Aufprall an einen Baum verletzt.

In all diesen Fällen kann das Ereignis der versicherten Tätigkeit nicht hinweggedacht werden, ohne dass damit zugleich auch das Unfallereignis entfiel. Nach der Äquivalenztheorie bestünde somit jeweils eine haftungsbegründende Kausalität, die zur Annahme eines Arbeitsunfalls zwingen würde, zumal selbst verbotswidriges Handeln nach § 7 Abs. 2 SGB VII die Annahme eines Arbeitsunfalls nicht ausschließt.

Die Adäquanztheorie käme letztlich zum selben Ergebnis, weil in allen drei Fällen die Möglichkeit des Schadenseintritts jeweils nicht so entfernt ist, dass sie nach der Lebenserfahrung vernünftigerweise nicht in Betracht gezogen werden kann. Somit wären jeweils Gefahrenmomente versichert, die nach der sozialen Intention einer an den Gefahren der betriebsdienlichen Tätigkeit orientierten Unfallversicherung nicht versichert sein sollen und können.

Umgekehrt wären - bei Anwendung der Adäquanztheorie - häufig Fälle vom Versicherungsschutz auszunehmen, weil sich in sozialmedizinischen Gutachten Formulierungen finden, wonach „das angeschuldigte Unfallereignis generell nicht geeignet ist, einen Gesundheitsschaden wie den vorliegenden zu verursachen“. Wie aber vor allem Erlenkämper³ immer wieder betont, kommt es auf eine derart abstrahierende und generalisierende Betrachtung in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht an. Bei der Prüfung der diesbezüglichen Kausalität gilt es im Gegenteil festzustellen, ob der eingetretene Gesundheitsschaden im konkreten Einzelfall mit seinen individuellen Umständen durch den Unfall tatsächlich verursacht wurde, ob jener also eine *conditio sine qua non* für den Eintritt des Schadens gewesen ist. Anders als im Zivilrecht sind dabei nicht nur „geeignete Ursachen“, sondern auch anormale und außergewöhnliche Geschehensabläufe zu berücksichtigen.⁴ Im Zivilrecht geht es im Übrigen typischerweise um die kausale Zurechnung von Schäden, die der Geschädigte durch ein bestimmtes Verhalten des Schädigers erlitten hat. Damit knüpft die zivilrechtlich-deliktische Haftung grundsätzlich an das individuelle Verhalten des Schädigers an, so dass im Einzelfall eine Haftungsbegrenzung bzw. ein Haftungsausschluss durch das Merkmal der Voraussehbarkeit jener Verhaltensfolgen (Adäquanztheorie) als durchaus sinnvoll erscheint. Demgegenüber begründet das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung die Einstandspflicht öffentlich-rechtlicher Körperschaften für Schäden, die ein Versicherter im Zusammenhang mit bestimmten (versicherten) Tätigkeiten erleidet, wobei es grundsätzlich keine Rolle spielt, ob der Geschädigte vielleicht sogar aufgrund eigenen Verhaltens zum Entstehen des Schadens beigetragen hat (vgl. § 7 Abs. 2 SGB VII).⁵ Eine Schadenszurechnung unter dem Gesichtspunkt der generellen Voraussehbarkeit (Adäquanztheorie) wäre hier wenig sachgerecht.⁶

Weil sich somit sämtliche in der übrigen Rechtsordnung geltenden Kausalitätstheorien im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (ebenso wie im sozialen Entschädigungsrecht) als untauglich erwiesen haben⁷, waren Rechtspre-

3 Erlenkämper/Fichte, Sozialrecht, 3. Aufl. 1995, S. 77; Erlenkämper, in: Brennpunkte des Sozialrechts 1996 (Schriftenreihe des Deutschen Anwaltsinstituts), 1997, S. 1, 6.

4 Erlenkämper, a.a.O., S. 6; Gitter, BG 1996, S. 95, 97.

5 Etwas anderes gilt lediglich in den Fällen der sog. selbst geschaffenen Gefahr; vgl. dazu z.B. Kater/Leube, SGB VII, 1997, § 7 Rdnr. 17 f.

6 Wallerath, VSSR 1974, S. 233, 240 m.w.N.

7 Zur Ungeeignetheit der Äquivalenz- u. Adäquanztheorie vgl. auch Krasney, in: Schulien (Hrsg.), HS-UV, 1996, § 8 Rdnr. 321 ff.

chung und Lehre schon sehr früh gefordert, eine für diesen Bereich geltende spezifische Kausalitätslehre zu entwickeln. Das Ergebnis war und ist die „Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung“ als der heute für die gesetzliche Unfallversicherung geltenden Kausalitätsnorm.⁸ Sie besagt:

Von allen i.S. der Äquivalenztheorie gleichwertigen Ursachen eines Ereignisses haben im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung nur diejenigen rechtliche Bedeutung, die nach den Erfahrungen und Anschauungen des praktischen Lebens unter Berücksichtigung ihrer besonderen Beziehung zum eingetretenen Erfolg als wesentlich für dessen Eintritt zu werten sind.⁹

Damit baut die unfallversicherungsrechtliche Ursachenlehre auf dem naturwissenschaftlich-philosophischen Kausalitätsbegriff auf. Es findet allerdings eine rechtliche Bewertung der nach der Äquivalenztheorie vorgefundenen Kausalfaktoren statt. Auf den ersten Blick scheint diese Theorie, obgleich auf der Äquivalenztheorie aufbauend, mit letzterer im Widerspruch zu stehen, weil jene von der Gleichwertigkeit aller Bedingungen ausgeht. So gesehen ist es (naturwissenschaftlich-philosophisch) unlogisch, zwischen wesentlichen und unwesentlichen Bedingungen zu differenzieren. Es prägt doch geradezu den Begriff der Bedingung, dass beim Vorliegen mehrerer Bedingungen nur ihr Zusammenwirken zum Erfolg führen kann. Daraus folgt aber, dass es unlogisch ist, die Existenz auch nur einer jener Bedingungen als „unwesentlich“ zu qualifizieren.

Tatsächlich besteht aber ein solcher Widerspruch nicht, da das Urteil der Wesentlichkeit nicht etwa die grundsätzliche Relevanz einer Bedingung hinterfragt bzw. umschreibt (vor diesem Hintergrund ist jede rechtliche Kausalhaftungstheorie als eine Theorie rechtlich wesentlicher Bedingungen zu qualifizieren), sondern eine Bewertung der für den Eintritt des Erfolges nicht hinwegzudenkenden Bedingungen im Hinblick auf ihren inhaltsbestimmenden Einfluss für den Erfolg vornimmt und dadurch die „wesentlichen“ von den „unwesentlichen“ Bedingungen unterscheidet.

Wie das BSG bereits in einer seiner frühesten Entscheidungen festgestellt hat, steht es der Rechtsordnung frei, diejenigen Kausalfaktoren, die sie für das

8 Grundlegend: Wallerath, NJW 1971, S. 228 ff.; Barta, Kausalität im Sozialrecht, 1981, passim; Watermann, Die Ordnungsfunktion von Kausalität und Finalität im Recht, 1968, passim; aus dem neueren Schrifttum: z.B. Kater/Leube, SGB VII, Rdnr. 13 Vor §§ 7 - 13; Gitter, BG 1996, S. 95 ff.; Krasney, VSSR 1995, S. 95 ff.; Schulin, in: ders. (Hrsg.), HS-UV, § 30; zu den Rspr.-Nachw. vgl. Brackmann/Krasney, Hdb d. SozVers, Std. 12/1998, SGB VII § 8 Rdnr. 309.

9 Vgl. z.B. Kater/Leube, SGB VII, Vor §§ 7-13 Rdnr. 30 ff. ; std. Rspr.: BSGE 1, 72, 76; 6, 164, 169; 12, 242, 265; 38, 127 ff.; 42, 42 ff.

jeweilige Rechtsgebiet für unwesentlich erachtet, im Rahmen einer wertenden Betrachtungsweise als für ihren Bereich nicht kausal außer Betracht zu lassen.¹⁰ Das darf aber in der praktischen Rechtsanwendung der gesetzlichen Unfallversicherung nicht dazu führen, die Äquivalenztheorie von vornherein zu ignorieren. Auch bei Anwendung der hier geltenden Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung muss die versicherte Tätigkeit stets eine *conditio sine qua non* für den Unfall bzw. die schädigende berufliche Einwirkung bilden, ebenso wie Unfall bzw. berufsbedingt schädigende Einwirkung *conditio sine qua non* für den festgestellten Körperschaden bzw. Tod des Versicherten sein müssen. Ist eine festgestellte schädigende berufliche Einwirkungen nicht einmal als Ursache i.S. der Äquivalenztheorie zu erachten, d.h., kann sie hinweggedacht werden, ohne dass damit zugleich die streitige Erkrankung entfällt, erübrigen sich alle weiteren Überlegungen nach der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung. Die Erkrankung würde nach Art und Ausprägung auch ohne die berufsbedingt schädigende Einwirkung existieren. Sie kann somit logisch nicht kausal auf jene Einwirkung zurückgeführt werden.

Sprichwörtliches Hauptanliegen der hier zu erörternden Kausalitätstheorie der rechtlich wesentlichen Bedingung ist es, angesichts der realistischen Existenz mehrerer einen Erfolg bedingender Ursachen, die „Spreu vom Weizen zu trennen“. Rechtlich formuliert: Die Lehre von der wesentlichen Bedingung will beim Vorhandensein mehrerer Bedingungen i.S. des Äquivalenztheorie diejenigen ausklammern, die mit dem Eintritt des Erfolges (Unfall bzw. Körperschaden) nur in loser und entfernter Verbindung stehen. Dabei bedient sie sich des Wertungskriteriums, der „besonderen Beziehung zum Erfolg“¹¹. Das gleiche Ziel verfolgt zwar auch die im zivilen Haftungsrecht herrschende Adäquanztheorie; jene entscheidet allerdings *ex tunc*, ob die Bedingung in *abstracto* geeignet ist, die Haftung zu begründen, während die Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung *ex nunc* in rückschauender Sicht prüft und damit gegenüber dem Merkmal der Adäquanz auch einen außergewöhnlichen Umstand als wesentliche Bedingung zu bewerten vermag.¹² Für die von der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung geforderte besondere Beziehung zwischen der haftungsauslösenden bzw. -begründenden Ursache und dem unfallversicherungsrechtlich relevanten Ereignis (Unfall bzw. Körperschaden) ist die zeitliche Nähe der Bedingung zum Erfolg nicht ausschlaggebend. Eine Bedingung ist nicht schon deshalb als wesentlich zu

10 BSGE 1, 150, 157; vgl. dazu auch Wallerath, NJW 1971, S. 228 und Watermann, Ordnungsfunktion, S. 98 f.

11 BSGE 1, 150, 157; 13, 175, 176.

12 Krasney, VSSR 1993, S. 81, 108.

12 BSGE 38, 127; 25, 49; 13, 40, 42.

erachten, weil sie als letzte innerhalb einer Ursachenkette eingetreten ist und den Eintritt des Erfolges sichtbar gemacht hat.¹³

Es ist nicht zu bestreiten, dass diese letztlich auf eine Wertungsentscheidung¹⁴ hinauslaufende, abstrahierende Formel in der praktischen Fallbearbeitung zunächst viele Fragen offen lässt und deshalb nicht gerade als „griffig“ bezeichnet werden kann. Eine insoweit umfassende und alle Einzelaspekte einbeziehende Formel, die es zweifelsfrei gestatten würde, die wesentlichen von den unwesentlichen Tatsachen und Ereignissen zu trennen, gibt es nicht, und wird es angesichts der unüberschaubaren Vielfalt denkbarer Schädigungssachverhalte auch niemals geben.¹⁵ Die Rechtsprechung jedenfalls hat den Versuch, eine solche Formel zu entwickeln, bewusst vermieden. Das ist auch gut so, weil die UV-Träger somit gezwungen sind, jeden Sachverhalt individuell zu beurteilen. Die damit zwangsläufig einhergehende, unvermeidbare und umfangreiche Kasuistik zur Problematik der Wesentlichkeit einer Bedingung wird von der Praxis nicht als störend oder einschränkend, sondern eher als hilfreich empfunden. Den durch Ausbildung und Studium insoweit vorbereiteten Sachbearbeitern der gesetzlichen Unfallversicherung fällt es nicht schwer, den ihnen zur Entscheidung vorgelegten Einzelfall anhand jener gelehrten und gelernten Kasuistik einzuordnen und unter Berücksichtigung der jeweiligen Einzelfallumstände einer rechtlich begründeten Lösung zuzuführen.

II. Die herkömmliche Unterscheidung zwischen haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung

1. Struktur der UV-Versicherungsfälle

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind gem. § 7 Abs. 1 SGB VII der Arbeitsunfall und die Berufskrankheit (BK). Arbeitsunfälle sind nach der Legaldefinition des § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit. BKn sind gem. § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

13 Vgl. BSG SozR 2200 § 548 Nr. 15, 17, 77, 84; Ricke, in: KassKomm, SGB VII § 8 Rdnr. 15.; Brackmann/Krasney, a.a.O., SGB VII § 8 Rdnr. 311 m.w.N.; Gitter, BG 1996, S. 95, 97; zum Problem der Wertungsentscheidung vgl. Köhler, Kausalität, Finalität und Beweis, 2001, S. 142 ff.

14 So auch Kunst, Der Kausalitätsnachweis im Arbeitsunfallversicherungsrecht, 1994, S. 21.

15 Vgl. dazu BSG, Urt. v. 26.10.2004 - B 2 U 24/03 R -, SGB 2005, S. 653 mit Anm. v. Köhler, sowie Köhler, SGB 2006, S. 9 ff.

als BKn bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2,3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden.

Stellt man die Strukturen der jeweiligen Versicherungsfälle systematisch vereinfacht dar, so ergeben sich folgende tatbestandliche Anforderungen für den Arbeitsunfall:

- Eine versicherte Tätigkeit einer grundsätzlich¹⁶ versicherten Person
 - führt zu einem Unfallereignis,
 - das einen Körperschaden oder den Tod zur Folge hat.

für die Berufskrankheit:

- Eine versicherte Tätigkeit einer grundsätzlich versicherten Person
- bringt eine schädliche Einwirkung¹⁷ mit sich,
- die zu einer Erkrankung i.S. der BKVO¹⁸ führt.

Der somit jeweils geforderte ursächliche Zusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit und Unfallereignis bzw. schädlicher Einwirkung einerseits wird - in Anlehnung an die zivilrechtliche Terminologie zum Schadensersatzrecht bei unerlaubten Handlungen (§§ 823 ff. BGB) - als haftungsbegründende, der jeweils geforderte Zusammenhang zwischen Unfallereignis bzw. schädlicher Einwirkung und Körperschaden andererseits als haftungsausfüllende Kausalität bezeichnet.¹⁹ Die Grenzziehung zwischen beiden Begriffen ist nicht immer eindeutig, was sich darin zeigt, dass der für einen Entschädigungsanspruch erforderliche Körperschaden als Begriffsmerkmal des Unfalls²⁰ z.T. der haf-

16 Zum Einwirkungsbegriff im BK-Recht vgl. z.B. Mummenhoff, NZA 1985, S. 441 ff.

17 Zur Abgrenzung zwischen Krankheit und Berufskrankheit vgl. Leichsenring/Petermann, BG 1989, S.517 f.

18 Vgl. zu diesem kausalitätsrechtlichen Begriffspaar BSGE 48, 224, 226; BGH, NJW 1976, S. 1143; BAG, AP Nr. 2 zu § 252 BGB m. Anm. Schneider; Gitter, Schadensausgleich im Arbeitsunfallrecht, 1969, S. 99 sowie die Polemik von Ricke, BG 1996, S. 770 ff.

19 Vgl. den Gesetzeswortlaut des § 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII.

20 Vgl. die ausführl. Nachw. bei Ricke, BG 1996, S. 770, 771. Schulin, FS für Gitter, 1995, S. 911 ff., hält das Begriffspaar der „haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden“ Kausalität für eine irreführende Unterscheidung, worauf noch einzugehen sein wird.

tungsbegründenden, z.T. aber auch der haftungsausfüllenden Kausalität zugeordnet wird.²¹

Zumindest entspricht es der bis heute ganz h.M., beim Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung zwischen haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität zu unterscheiden.²² Ganz und gar in diesem Sinne hat erst kürzlich das Bayerische LSG auf eine Berufung hin entschieden: „Voraussetzung dafür, dass die Gesundheitsstörung ... als Folge eines Arbeitsunfalls anerkannt werden kann, ist ..., dass zwischen der unfallbringenden versicherten Tätigkeit und dem Unfall sowie dem Unfall und der Gesundheitsstörung ein ursächlicher Zusammenhang besteht (haftungsbegründende bzw. -ausfüllende Kausalität).“²³

Unter Einbeziehung des zuletzt genannten Begriffspaares ist ein Unfall somit nur dann ein Arbeitsunfall, wenn

- die zum Unfall führende Verrichtung mit der versicherten Kerntätigkeit sachlich verknüpft ist (innerer Zusammenhang),
- der Unfall ursächlich auf der versicherten Tätigkeit beruht (haftungsbegründende Kausalität, weil die Haftung des Unfallversicherungsträgers dem Grunde nach begründet wird) und
- der Unfall ursächlich einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten bewirkt hat (haftungsausfüllende Kausalität, weil dieser Ursachenzusammenhang den zunächst leeren Haftungsrahmen der haftungsbegründenden Kausalität ausfüllt).²⁴

Das BSG belegt neuerdings, wie nachstehend noch zu zeigen sein wird, die Begriffe der haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Kausalität mit einem anderen als dem vorstehend dargestellten Inhalt. Dennoch hält es sich, wie aus einer jüngsten Entscheidung vom 15.02.2005 ersichtlich wird, auch weiterhin an das für die Praxis durchaus bedeutsame und vorstehend skizzierte Prüfungsraster. In dem Urteil heißt es:

21 Exemplarisch: Schmitt, SGB VII, 2. Aufl. 2004, § 8 Rdnrn. 85 und 116; Lauterbach-Watermann, Unfallversicherung, 4. Aufl. 1997, SGB VII § 8 Rdnrn. 9, 31, 54; Keller, in: Hauck/Noftz, SGB VII (25. Lfg. I/05), § 8 Rdnrn. 271 ff., 291 ff.; Kater/Leube, SGB VII, 1997, § 8 Rdnrn. 8 ff., 57 ff.; Schulin / Igl, Sozialrecht, 7. Aufl. 2002, S. 229 (Rdnr. 471).

22 Bayerisches LSG, Urte. v. 10.05.2005 - L 17 U 198/03 - BLB-Rdschr. 022/2006 v. 10.02.2006

23 Mehrtens / Valentin / Schönberger, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Aufl. 1998, S. 65.

24 BSG, Urte. v. 15.02.2005, - B 2 U 1/04 R -, HVBG-INFO 006/2005, S. 514 ff.

„Die rechtliche Prüfung des Vorliegens eines Arbeitsunfalls setzt im ersten Prüfungsschritt voraus, dass der Verletzte im Unfallzeitpunkt einer unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehenden Verrichtung nachging. Dieser sog. innere oder sachliche Zusammenhang ist ausschließlich wertend zu ermitteln. In einem zweiten Prüfungsschritt ist zu untersuchen, ob die - versicherte - Verrichtung den fraglichen Unfall wesentlich (mit)ursächlich herbeigeführt hat, ob der Verletzte den Unfall „infolge“ seiner versicherten Tätigkeit erlitten hat (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Schließlich ist im dritten Prüfungsschritt zu untersuchen, ob und welche Folgen der Unfall wesentlich (mit)ursächlich hervorgerufen hat.“²⁵

2. Unterscheidung zwischen haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität

Normativ können die beiden vorstehend als „haftungsbegründend“ und „haftungsausfüllend“ bezeichneten Kausalitäten dem Wortlaut des § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII entnommen werden, wonach ein Arbeitsunfall der Unfall eines Versicherten „infolge“ einer versicherten Tätigkeit ist. Damit ist nach bislang h.M. der Ursachenzusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall(ereignis) gemeint, was als „haftungsbegründende Kausalität“ bezeichnet wird. Wenn es hingegen in § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII heißt, dass ein Unfall i.S.d. SGB VII ein zeitlich begrenztes, von außen einwirkendes Ereignis ist, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod des Versicherten „führt“, dann ist damit eine weitere, nämlich nach bislang h.M. die sog. haftungsausfüllende Kausalität angesprochen.

Als geradezu typisch, also die h.M. repräsentierend, kann daher die nachstehende, dem Schrifttum entnommene Definition des Begriffs „Arbeitsunfall“ bezeichnet werden: „Ein Arbeitsunfall liegt vor, wenn Versicherte infolge einer versicherten Tätigkeit ein Unfallgeschehen mit Körperschaden erleiden. Zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfallgeschehen (haftungsbegründende Kausalität) sowie zwischen dem Unfallgeschehen und dem Körperschaden (haftungsausfüllende Kausalität) muss jeweils ein ursächlicher Zusammenhang bestehen. Dieser doppelte Kausalzusammenhang ist Voraussetzung für die Annahme eines Arbeitsunfalls.“²⁶

25 Schmidt, in: Haufe, SGB Office (elektronischer Kommentar) SGB VII § 8 Rdnr. 6, Stand 01/2006.

26 Gotzen / Doetsch, Kommentar zur Unfallversicherung, 1963, RVO § 548, S. 35.

Schon relativ früh finden sich in der Literatur Aussagen, wonach sich diese beiden Erfordernisse nicht in jedem Fall klar abgrenzen lassen, sie aber für eine sachgerechte Beurteilung unentbehrlich sind.²⁷

Steht also fest, dass ein Unfall infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2,3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherten Tätigkeit)²⁸ eingetreten ist, so geht mit jener Feststellung - nach herkömmlicher Betrachtungsweise - die Anerkennung der von § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII tatbestandlich geforderten haftungsbegründenden Kausalität einher, womit gleichsam auch die Entschädigungspflicht des zuständigen Unfallversicherungsträgers dem Grunde nach feststehen sollte.

Damit ist bzw. war allerdings - weiterhin nach herkömmlicher Betrachtungsweise im Rahmen der bislang h.M. - noch nicht geklärt, für welche Schäden und in welchem Umfang Leistungen zu erbringen sind. Mit anderen Worten: Im Rahmen der unfallversicherungsrechtlichen Sachbearbeitung bleibt nach Feststellung der „haftungsbegründenden“ Kausalität (im herkömmlichen Sinne) in vielen Fällen zunächst noch die Frage offen, ob wirklich alle im Rahmen einer eingehenden ärztlichen Untersuchung nach einem (Arbeits)Unfall diagnostizierten Gesundheitsschäden des Versicherten als Folge des Versicherungsfalles anzuerkennen sind.

Für die dogmatische, aber auch praktisch durchaus relevante Unterscheidung zwischen „haftungsbegründender“ und „haftungsausfüllender“ Kausalität (i.S. der vorstehend zitierten h.M.) ist dieser Befund von erheblicher Bedeutung, denn Gegenstand der Entschädigung ist nicht etwa der den Unfalltatbestand des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII begründende Gesundheitsschaden (sog. Erst- oder Primärschaden, z.B. in Form einer Unterschenkeltrümmerfraktur), sondern es sind dies die Folgen, die jener Erstschaden hinterlassen hat (z.B., Verlust des Unterschenkels durch Amputation, Bluthochdruck nach Amputation bleibende Phantom-Schmerzen u.s.w.). Die Parallelität zum haftungsrechtlichen Grundtatbestand der unerlaubten Handlungen (§ 823 Abs. 1 BGB) ist dabei evident: Im Rahmen der zuletzt genannten Norm wird tatbestandlich - haftungsbegründend - zunächst eine Rechtsgutverletzung (Leben, Gesundheit, Freiheit, Eigentum) gefordert, die nur dann einen Schadenersatzanspruch begründet, wenn daraus zugleich auch - haftungsausfüllend - ein Schaden entstanden ist. Im Rahmen des § 8 SGB VII soll es sich angeblich ebenso verhalten, wobei die Meinungen auseinander gehen.

27 Vgl. dazu Köhler, Die versicherte Tätigkeit der „grundsätzlich“ versicherten Person als haftungsbegründende Ursache im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung, SGB 2006, S. 9 ff.

28 Kunze, VSSR 2005, S. 299, 304.

Die einen behaupten: Die in § 823 Abs. 1 BGB geforderte Rechtsgutverletzung heiße im UV-Recht „Gesundheitsschaden oder Tod“. Nur wenn daraus vermeintliche Kosten für den Unfallversicherungsträger entstnden, habe jener über das Tatbestandsmerkmal der haftungsausfüllenden Kausalität zu entscheiden. Demgegenüber vertreten andere die Meinung, die tatbestandlich von § 823 Abs. 1 BGB geforderte Rechtsgutverletzung entspreche im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung dem „Versicherungsfall“ insgesamt (vgl. §§ 7-9 SGB VII), so dass beide zur Anerkennung eines Arbeitsunfalls erforderlichen Kausalitäten als haftungsbegründend zu bezeichnen seien.²⁹

Zugegebenermaßen stellt sich in der Praxis der gesetzlichen Unfallversicherung zuweilen konkret die Frage, ob der Unfall eines Versicherten tatsächlich auf die Gefahren seiner versicherten Tätigkeit oder nicht vielmehr auf eine sog. selbst geschaffene Gefahr, eine innere Ursache oder gar auf eine Drogen- oder Alkoholeinwirkung zurückzuführen ist. In diesem Stadium wird herkömmlicherweise geprüft, ob ein Unfall dem Grunde nach, d.h. ohne Rücksicht auf ggf. zu erbringende Sozialleistungen, als Arbeitsunfall anzuerkennen ist. Dabei spielen medizinische Gesichtspunkte und Fragestellungen zunächst keine oder nur eine untergeordnete Rolle,³⁰ zumal sie erst dann geprüft werden, wenn eine grundsätzlich versicherte Tätigkeit bzw. eine dieser wertungsmäßig zurechenbare, d.h. mit ihr in einem inneren Zusammenhang stehende, Tätigkeit anerkannt worden ist.

Erfolgt eine diesbezügliche Anerkennung, so kann es sich zuletzt gleichwohl noch zum Nachteil des Verletzten erweisen, dass sein unzweifelhaft vorhandener Gesundheitsschaden nach medizinisch-gutachterlicher Einschätzung nicht oder nicht rechtlich wesentlich auf dem Unfall, sondern z.B. einer Krankheitsanlage, einer degenerativen Verschleierscheinung einer inneren oder einer sog. Gelegenheitsursache³¹ beruht. Bei diesem Teil der Kausalitätsprüfung dominiert die Medizin. Nach außen hin entscheidet über beide Bereiche der Kausalität weiterhin der Jurist bzw. der sozialrechtlich ausgebildete Sachbearbeiter des Unfallversicherungsträgers. Tatsächlich entscheidet er i.d.R. nur im Bereich derjenigen Kausalität, die bislang als haftungsbegründend bezeichnet wurde.

Allein diese wenigen Beispiele und Ausführungen belegen bereits, dass es prüfungs- bzw. ermittlungstechnisch durchaus einen Sinn macht, den von § 8 Abs. 1 SGB VII tatbestandlich geforderten Komplex der Kausalität in einen ersten und zweiten Teil zu untergliedern, zumal der zuletzt genannte Teil häufig

29 Barta, Kausalität im Sozialrecht, 1983, Bd. 1, S. 561.

30 Vgl. dazu z.B. Köhler, Kausalität, Finalität und Beweis, 2001, S. 116 ff.

31 Vgl. Spieler / Leuftink / Japtok, Arzt & BG, 2. Aufl. 2001, S. 55.

erst durch medizinische Sachverständigengutachten zu klären ist, während der Bereich der bislang als „haftungsbegründend“ bezeichneten Kausalität sozusagen mit den ermittlungstechnischen Bordmitteln der Berufsgenossenschaft aufzuklären ist.

Mit anderen Worten: Die bislang als „haftungsausfüllend“ bezeichnete Kausalität kümmert sich, anders als die „haftungsbegründende“, nicht um den die Haftung dem Grunde nach auslösenden primären Gesundheitsschaden oder Tod (sog. Erstschaden), sondern allein um die Folgen, die jener Erstschaden hinterlassen hat, wengleich auch Erst- und Folgeschäden (z.B. bei Gliedmaßenverlust) häufig identisch sein werden. Wenn folglich in der Praxis von „Unfallfolgen“ die Rede ist, so müssen das - streng genommen - medizinisch erwiesene Tatsachen sein, die sich aus einem ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Erstschaden und seiner weiteren (möglichen) medizinischen Entwicklung ergeben haben.³²

III. Die bisherige Rechtsprechung des BSG zur (doppelten) Kausalität in der gesetzlichen Unfallversicherung

1. Typische Entscheidungen

Mit der Begründung seines Beschlusses vom 16.03.1995 hat der 2. BSG-Senat einen Meilenstein auf dem Weg zur fortan künftigen Dogmatik der gesetzlichen Unfallversicherung gesetzt. Unter kausalitätsrechtlichen Vorzeichen erscheint der Beschluss als geradezu bahnbrechend, werden hier doch - soweit ersichtlich - erstmal die Begriffe der haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Kausalität, der Handlungstendenz und schließlich der des sog. inneren Zusammenhangs gemeinsam angesprochen und in schlüssiger Reihenfolge erklärt. In dem Beschluss heißt es:

„In der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Handlungstendenz, mit der der Versicherte eine Verrichtung ausführt, völlig unabhängig von der Frage des Kausalzusammenhanges zwischen dieser Verrichtung und einem Unfall zu beurteilen. Das Merkmal der Handlungstendenz bestimmt zu einem wesentlichen Teil den inneren Zusammenhang, d.h. vom einheitlichen Sachgebiet her die sachliche Verknüpfung einer unfallbringenden Handlung mit der versicherten Tätigkeit, der es rechtfertigt, auch die konkrete unfallbringende Handlung wertend der versicherten Tätigkeit zuzurechnen. Bei der Feststellung dieser sachlichen Verknüpfung zwischen dem zum Unfall führenden Verhalten und der versicherten Tätigkeit geht es um die Ermittlung der Grenze, bis zu welcher der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung reicht, und nicht um die Frage der

32 BSG, Beschl. v. 16.03.1995, - 2 BU 222/94 -.

Kausalität, auch nicht im Sinne der wesentlichen Bedingung. Vorfrage vor der Prüfung der haftungsbegründenden Kausalität zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall ist also die Wertentscheidung, ob das Handeln des Verletzten der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist. Erst wenn insofern der innere Zusammenhang zwischen der unfallbringenden Handlung und der versicherten Tätigkeit zu bejahen ist, schließt sich daran die Prüfung der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität an.“³³

Völlig unzweifelhaft i.S. der h.M. differenzierte das BSG auch noch im Jahr 2000 beim UV-Versicherungsfall „Berufskrankheit“ in herkömmlicher Weise zwischen der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität:

„Nach wohl einhelliger Ansicht (stellvertretend Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, 11. Aufl., S. 490 m II m.w.N.) gilt der Beweismaßstab der Wahrscheinlichkeit jedenfalls für den konkret-individuellen Kausalzusammenhang zwischen der mit der versicherten Tätigkeit in innerem Zusammenhang stehenden Verrichtung und der schädigenden Einwirkung (>haftungsbegründende Kausalität<) und zwischen dieser und dem Eintritt der Erkrankung (>haftungsausfüllende Kausalität<).“³⁴

Schließlich entschied das Gericht - an Aussageklarheit und Eindeutigkeit unübertrefflich -, dass „für das Vorliegen des Tatbestands der Berufskrankheit ... ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich (sei).“³⁵

Selbst noch mit Urteil vom 15.02.2005, d.h. ca. zwei Monate vor einer nachstehend zu beschreibenden Änderung der höchstrichterlichen Rechtsprechung, entschied das BSG nach wie vor konsequent i.S. der h.M. dahingehend, dass „der Bereich der haftungsbegründenden Kausalität...betroffen (ist), wenn es... um die Frage geht, ob der Unfall...wesentlich durch die...versicherte Tätigkeit oder (etwa) durch eine sog. innere Ursache hervorgerufen worden ist.“³⁶

33 BSG, Urt. v. 27.06.2000, - B 2 U 29/99 R -.

34 BSG, 2. Senat, Urt. v. 22.08.2000, - B 2 U 34/99 R -.

35 BSG, 2. Senat, Urt. v. 15.02.2005, - B 2 U 1/04 R -.

36 Benz, SGB 2000, S. 346; ders. WzS 2000, S. 178, 179; ders. BG 1992, S. 430, 436.

2. Zusammenfassende Würdigung

Zusammenfassend ist zunächst festzuhalten, dass die Begriffe der haftungsbe gründenden und haftungsausfüllenden Kausalität zum zwischenzeitlich festen Tatbestandsrepertoire der gesetzlich Unfallversicherung gehören. Literatur und Rechtsprechung haben zu Beginn des neuen Jahrtausends ihre bisher schon vertretenen klaren und grundsätzlich übereinstimmenden Vorstellungen vom Inhalt der genannten Begriffe bestätigt. Die berufsgenossenschaftliche Praxis hat die vorstehend dargestellte begriffliche Unterscheidung seit Jahrzehnten akzeptiert und in ihre Ablauforganisation bzw. ihr ermittlungstechnisches Prüfschema aufgenommen, so dass kein Auftrag zur sog. Zusammenhan gsbegutachtung (haftungsausfüllende Kausalität) mehr erteilt wird, bevor nicht geklärt und bewiesen ist, dass eine haftungsbegründende Kausalität, d.h. ein i.S. der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung gegebener Ursachenzusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit und Unfallereignis, besteht.

IV. Literarische Kritik an der bisherigen Unterscheidung zwischen haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität

1. Die terminologische Kritik Schulins

Entgegen der vorstehend dargestellten h.M. erachtete Benz die für den UV-Versicherungsfall relevante Kausalität schon vor einigen Jahren als einen einheitlichen tatsächlichen Vorgang, der bisher nur aus Gründen der Übersichtlichkeit in eine haftungsbegründende und eine haftungsausfüllende Kausalität untergliedert worden sei.³⁷ Bereits vor ihm hatte Schulin die Sinnhaftigkeit der o.g. begrifflichen Unterscheidung in Frage gestellt bzw. bestritten³⁸, sich damit allerdings lange Zeit nicht durchsetzen können, denn die führenden UV-Kommentatoren unterscheiden bis zum heutigen Tage weiterhin sehr streng zwischen der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden, also den beiden - seit jeher auch vom BSG anerkannten³⁹ - Arten bzw. Kriterien der Kausalität. Gleichwohl ist es in der unfallversicherungsrechtlichen Diskussion inzwischen üblich geworden, immer dann, wenn die Sinnhaftigkeit der Unterscheidung zwischen haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität zur Sprache kommt, auf die insoweit angebe-

37 FS für Gitter, 1995, S. 911 ff. sowie HS-Unfallversicherung, § 27 Rdnr. 109 ff.

38 Vgl. dazu vorstehend unter III.

39 So z.B. Keller, in: Hauck/Noftz, SGB VII, § 8 Rdnr. 270 (Std. Jan. 06); Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII § 8 Anm. 8 und 8.1 (Std. Okt. 05) oder Krasney / Brackmann, Hdb. der Soz.Vers. Gesetzliche Unfallversicherung § 8 Rdnr. 20.

lich „kritische“ Untersuchung Schulins in der Festschrift für Gitter (1995) bzw. in HS-Unfallversicherung (1996) zu verweisen.⁴⁰ Bei sorgfältiger Lektüre jener Untersuchung fällt allerdings auf, dass Schulin weit davon entfernt ist, für die Struktur des UV-Versicherungsfalles einen ganzheitlichen, also ungeteilten Kausalitätsbegriff zu fordern. Schulins Aufsatz ist im Grunde genommen lediglich darauf angelegt, das Begriffspaar der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität als „irreführend“, weil dem Zivilrecht zu Unrecht entnommen, anzuprangern. Schulin stört sich letztlich allein an der Terminologie, nicht aber an der begrifflichen Unterscheidung als solcher. Ohne hier auf Einzelheiten eingehen zu können, sei zum Beleg der vorstehenden These lediglich kurz aus dem Schlusskapitel der o.g. Arbeit zitiert:

„... die bisherige Praxis (zeigt), ... dass ein Bedürfnis dafür besteht, zwischen den Kausalbeziehungen, die bei einem Arbeitsunfall von Bedeutung sind, auch terminologisch zu unterscheiden. Dabei geht es vor allem um das Anliegen, darauf hinzuweisen, dass bei den Kausalzusammenhängen, die üblicherweise zur „Haftungsausfüllung“ gerechnet werden, medizinische Kausalanalysen in Rede stehen, ferner, dass die haftungsausfüllende Kausalität selbstständig neben der haftungsbegründenden zu prüfen ist. Ob diese Gründe wirklich die Bildung unterschiedlicher Begriffe erfordern, mag hier dahinstehen. Soweit man diese Frage bejahen möchte, bietet es sich an, von Unfallkausalität (Kausalität zwischen unfallbringendem Verhalten und Unfallereignis) einerseits und Schadenskausalität (zwischen Unfallereignis und Körperschaden bzw. Tod sowie zwischen Körperverletzung bzw. Tod und Folgeschaden) andererseits zu sprechen“.⁴¹

Diese (terminologische) Kritik wird von vielen geteilt,⁴² so dass Schulin - bei allem Respekt - nicht wirklich als Ur-Verfechter einer Monokausalität im Hinblick auf die Struktur des UV-Versicherungsfalles bezeichnet werden kann.

2. Die materielle Kritik Kellers

In Literatur und Rechtsprechung besteht vollkommene Einigkeit darüber, dass der ursächliche Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis zur haftungsbegründenden Kausalität gehört.

40 Schulin, FS für Gitter, 1995, S. 911, S. 923 f.; i.E. auch HS-Unfallversicherung, § 27 Rdnr. 109 ff.

41 Kater, in: Kater / Leube, Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII, 1997, § 8 Rdnr. 59.; Ricke, BG 1996, S. 770, 771.

42 Keller, a.a.O., Rdnr. 270.

Dagegen ist der von § 8 Abs. 1 SGB VII geforderte Kausalzusammenhang zwischen der äußeren schädigenden Einwirkung und dem Gesundheits(erst)schaden im Hinblick auf seine tatbestandliche Zuordnung zur haftungsbegründenden oder aber zur haftungsausfüllenden Kausalität umstritten. Während in den meisten (insoweit mehr oder weniger unkritischen) Darstellungen jener Kausalzusammenhang zwischen dem äußeren Unfallereignis und dem Erstschaden problemlos der haftungsausfüllenden Kausalität zugerechnet wird, mehren sich zwischenzeitlich die Stimmen derer, die jenen Kausalzusammenhang bereits im Bereich der haftungsbegründenden Kausalität angesiedelt haben wollen.

So vertritt beispielsweise Keller die Auffassung, dass der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheits(erst)schaden - entgegen der h.M. - bereits der haftungsbegründenden, und nicht erst der haftungsausfüllenden Kausalität zugerechnet werden müsse. Keller begründet dies damit, dass ohne den Gesundheits(erst)schaden kein „Unfall“ i.S. des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung vorliegen könne.⁴³ In der Tat definiert § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII den Begriff des Unfalls als ein von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden führt, so dass der Gesundheits(erst)schaden als Teil des Unfallbegriffs⁴⁴ „infolge“ der versicherten Tätigkeit haftungsbegründend, und nicht erst als haftungsauslösend zu qualifizieren ist. Dies hat oder hätte zur Folge, dass für den Begriff der haftungsausfüllenden Kausalität nur noch der Bereich der Folgeschäden übrig bleibt.⁴⁵

3. Die konstruktive Kritik Kunzes

Kunze hat bezüglich der traditionellen Begriffsbesetzung und Unterscheidung zwischen haftungsbegründender und -ausfüllender Kausalität jüngst einen Aufsatz geschrieben, der die Kausalitätsdogmatik innerhalb der Sozialversicherung, insbesondere der gesetzlichen Unfallversicherung, ein weiteres Mal ins Wanken bringt, weil sowohl die bislang herrschende Terminologie als auch die materiellen Inhalte der dualen Kausalitätslehre kritisiert und mit alternativen Vorschlägen konfrontiert werden.⁴⁶

Wie vorstehend beschriebenen, geht die h.M. in Literatur und Rechtsprechung von einer dreigliedrigen Kausalkette („versicherte Tätigkeit“ > „Unfallereignis“ > „Gesundheitsschaden“) aus, wobei die ersten beiden Kettenglieder durch

43 So bereits BSG, Urt. v. 24.06.1981, SozR 2200 § 548 Nr. 56.

44 Keller, a.a.O.; kritisch dazu Benz, BG 1992, S. 430, 434, 437.

45 Kunze, Kausalität in der gesetzlichen Unfallversicherung, VSSR 2005, S. 299 ff.

46 Kunze, a.a.O., S. 323.

die „haftungsbegründende“ und die beiden letzten Kettenglieder durch die „haftungsausfüllende“ Kausalität verbunden sein sollen.

Entgegen dieser h.M. vertritt Kunze die Auffassung, es sei geboten, die eigentliche Primärschädigung von den Unfallfolgen zu trennen und sie als eigenständiges Element der Kausalkette, also als Kettenglied Nr. 3, zu behandeln, nachdem bereits durch § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII die schädigende Einwirkung (Nr. 2) vom Schadenseintritt abgeschichtet und auf die Einwirkung von außen ohne Einbeziehung gesundheitlicher Konsequenzen begrenzt worden ist. Im Ergebnis führt das bei Kunze zu einem 4. Kettenglied („versicherte Tätigkeit“ > „schädigende Einwirkung“ > „Primärschädigung“ > „Unfallfolgen“)⁴⁷, wobei normativ der „Gesundheitsschaden“ i.S. des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII als Primärschädigung erachtet wird. Dieses Auslegungsergebnis, wonach mit dem „Gesundheitsschaden“ i.S. des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII nur der Primärschaden als Vorbedingung der Leistungsansprüche, nicht aber der Leistungstatbestand als solcher gemeint ist, ergibt sich - nach Auffassung Kunzes - zwingend aus der Systematik des SGB VII.

4. Stellungnahme

In der Tat regelt § 8 SGB VII schon nach seiner Überschrift den „Arbeitsunfall“ und bezeichnet in seinem Wortlaut die einzelnen Tatbestandsmerkmale. Sind diese erfüllt, liegt ein Arbeitsunfall und somit, wie in § 7 Abs. 1 SGB VII eindeutig festgelegt, ein Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung vor. Beide Bestimmungen stehen im „Versicherungsfall“ genannten „Dritten Abschnitt“ des SGB VII, der zum „Ersten Kapitel“ des Gesetzes gehört, das insgesamt Definitionen, aber keine Anspruchsgrundlagen für Leistungen an Versicherte usw. enthält. Diese sind vielmehr ausweislich der Überschrift dem Dritten Kapitel „Leistungen nach Eintritt eines Versicherungsfalles“ vorbehalten und setzen tatbestandlich stets mehr als nur den Versicherungsfall voraus, nämlich z.B. unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit beim Verletztengeld oder Minderung der Erwerbsfähigkeit von bestimmter Höhe und Dauer bei der Rente u.s.w.⁴⁸

Das rechtfertigt es, die Unfallfolgen sowohl vom Unfallereignis als auch vom dadurch ausgelösten Primärschaden zu unterscheiden, was dann dogmatisch tatsächlich eine dritte Kausalität erforderlich macht:

1. Kausalität zwischen „versicherter Tätigkeit“ und „schädigender Einwirkung“

47 Kunze, a.a.O., S. 314 f.

48 B 2 U 11/04 R und B 2 U 27/04 R.

2. Kausalität zwischen „schädigender Einwirkung“ und „Primärschädigung“
3. Kausalität zwischen „Primärschädigung“ und „Unfallfolgen“.

Es erscheint terminologisch durchaus sinnvoll, nur die 3. Kausalität als „haftungsausfüllend“ zu bezeichnen, weil die die Unternehmerhaftung ablösende Einstandspflicht des zuständigen Unfallversicherungsträgers bereits allein schon durch einen kausalen Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit einer grundsätzlich versicherten Person und einer von außen kommenden schädigenden Einwirkung sowie zwischen jener und der Primärschädigung des Versicherten „begründet“ wird.

Ein Arbeitsunfall als Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung liegt nach der Legaldefinition der §§ 7 Abs. 1, 8 Abs. 1 SGB VII bereits dann vor, wenn das dritte Glied bei der Knüpfung der Kausalkette ermittlungstechnisch als gegeben zu erachten ist.

Davon zu unterscheiden ist der Leistungsfall. Dieser setzt die „haftungsausfüllende“ Kausalität zwischen Primärschädigung und Unfallfolgen voraus.

V. Die neueste Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Kausalität in der gesetzlichen Unfallversicherung

1. Die Urteile des 2. BSG-Senats vom 12.04.2005

Nicht zuletzt die Urteile des 2. BSG-Senats vom 12.04.2005⁴⁹ geben Anlass, abermals über die Sinnhaftigkeit bzw. Reformbedürftigkeit der herkömmlichen begrifflichen Unterscheidung zwischen einer haftungsbegründenden und einer haftungsausfüllenden Kausalität nachzudenken. In den genannten Entscheidungen werden jene Begriffe - abweichend von der bisherigen höchstrichterlichen Rechtsprechung und h.M. in der Lehre - völlig neu definiert, wobei das Gericht leider keine Begründung für seine geänderte Rechtsauffassung liefert. So heißt es beispielsweise in der Revisionsentscheidung B 2 U 27/04 R vom 12.04.2005⁵⁰:

„Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls ist ... (es) in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang, vgl.

49 HVBG-INFO 007/2005 v. 04.10.2005, S. 638 ff. = BLB-Rdschr. Nr. 085/2005 v. 18.11.2005 sowie Kurzwiedergaben in ZfS 2005, S. 174; SGB 2005, S. 340 und MEDSACH 2005, S. 175. Vgl. auch BSG, Urt. v. 12.04.2005, B 2 U 11/04 R, HVBG-INFO 007/2005 v. 04.10.2005, S. 630 ff.

50 Vgl. vorstehend unter IV.3.

BSGE 63, 273, 274 = SozR 2200 § 548 Nr. 92 S. 257; BSG SozR 3-2200 § 548 Nr. 19), dass die Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat und letzteres einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls.“ In demselben Urteil heißt es an späterer Stelle: „Für die *haftungsbegründende Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden* (sic !) gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung“.

2. Stellungnahme

Ebenso wie Kunze⁵¹ geht nunmehr auch das BSG davon aus, dass die Begriffe der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität in der gesetzlichen Unfallversicherung inhaltlich neu zu besetzen sind.

- Als „haftungsbegründende Kausalität“ bezeichnet das BSG nunmehr den doppelten ursächlichen Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit (bzw. der ihr wertend zuzurechnenden konkreten Verrichtung) und dem Unfallereignis eines grundsätzlich Versicherten einerseits sowie jenem Unfallereignis und dem Gesundheits(-erst-)schaden⁵² andererseits,
- während als „haftungsausfüllende Kausalität“ lediglich noch der Ursachenzusammenhang zwischen Gesundheits(-erst-)schaden und ggf. länger andauernden Unfallfolgen angesehen wird.

Die haftungsausfüllende Kausalität wird künftig das Bindeglied zwischen Versicherungsfall und Leistungsfall sein. Tatbestandliche Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls wird sie nach neuester BSG-Rechtsprechung nicht länger bleiben.

Die Praxis wird sich wohl an diese neue Begrifflichkeit erst noch gewöhnen müssen, zumal damit keine wirklich ernsthaften rechtlichen Veränderungen einhergehen, weil bereits heute die Unterscheidung zwischen haftungsbegründender und haftungsausfüllender Kausalität keine durchschlagenden und

51 Ausdrücklich: BSG, HVBG-INFO 007/2005 v. 04.10.2005, S. 638 ff., S. 642 = BLB-Rdschr. Nr. 085/2005 v. 18.11.2005, Anlage S. 4 f.

52 Keller, a.a.O.; Schulin, HS-Unfallversicherung, § 27 Rdnr. 110.

gravierenden rechtlichen Konsequenzen zeitigt.⁵³ Zum besseren Verständnis künftiger BSG-Entscheidungen zu den §§ 7 - 9 SGB VII erschien es allerdings sinnvoll, auf die letztlich inhaltliche, und nicht nur terminologische Änderung hinzuweisen.

Verfasser:

Karl-Friedrich Köhler
Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung
- Fachbereich Landwirtschaftliche Sozialversicherung -
Weißensteinstraße 72
34131 Kassel-Wilhelmshöhe

⁵³ Keller, a.a.O.;Schulin, HS-Unfallversicherung, § 27 Rdnr. 110.

Mag. Elisabeth Hitzginger
Mag. Irene Seyringer-Rasch
Dr. Harald Jilke

Die bäuerliche Unfallversicherung in Österreich

Vorbemerkung:

Dieser Beitrag schildert als dritten Zweig der österreichischen Sozialversicherung die bäuerliche Unfallversicherung. Frühere Beiträge in dieser Zeitschrift waren der österreichischen Kranken- und Pensionsversicherung gewidmet. Unter „Pensionsversicherung“ versteht man in Österreich Geldleistungen aus den Versicherungsfällen des Alters, der Erwerbsunfähigkeit und des Todes. Der Ausdruck „Renten“ ist in der österreichischen Sozialversicherung nur für bestimmte Geldleistungen der Unfallversicherung gebräuchlich.

Zur Abrundung unserer kleinen Serie haben wir als letzten Punkt unseres Beitrages einige wichtige Ausführungen zum Regressrecht aufgenommen.

Da sehr viele Schadensfälle Arbeitsunfälle sind, erscheint die Zuordnung zum Teil Unfallversicherung sinnvoll.

Inhalt:

1. Wozu Unfallversicherung?
2. Wer ist geschützt?
3. Was ist ein Arbeitsunfall?
4. Was ist eine Berufskrankheit?
5. Unfallmeldung
6. Leistungen der Unfallversicherung
7. Das Regressrecht

1. Wozu Unfallversicherung?

Erste Aufgabe der bäuerlichen Unfallversicherung in Österreich ist die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Ganz kann dies aber leider nie gelingen. Nächste Aufgabe der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) ist es daher, die Versehrten so rasch und gut wie möglich auszuheilen und in Beruf und Gesellschaft wieder einzugliedern.

2. Wer ist geschützt?

Die bäuerliche Unfallversicherung ist eine „Betriebsversicherung“. Das bedeutet, dass der Unfallversicherungsbeitrag nur einmal pro Betrieb zu bezahlen ist, und zwar vom Betriebsführer. Geschützt sind damit aber – neben dem

Betriebsführer selbst - nicht ausschließlich die hauptberuflich im Betrieb arbeitenden Angehörigen, sondern auch jene, die „nur“ mittätig sind.

Pflichtversicherte Personen in der bäuerlichen Unfallversicherung

- **Betriebsführer:**

Betriebsführer sind ab einem Einheitswert von EUR 150,- unfallversichert. Bei einem niedrigeren Einheitswert entsteht die Unfallversicherung nur dann, wenn der Lebensunterhalt überwiegend aus dem Ertrag des Betriebes bestritten wird. Zudem gelten als Betriebsführer auch Jagd- und Fischereipächter.

- **Im Betrieb mittätige Angehörige:**

- Ehegatte,
- Kinder, Wahl-, Stief-, Schwieger- und Enkelkinder,
- Eltern, Wahl-, Stief-, Schwieger- und Großeltern des Betriebsführers.

Diese sind schon dann unfallversichert, sobald sie im Betrieb tätig sind. Eine hauptberufliche Beschäftigung ist nicht erforderlich.

- Geschwister:

Mittätige Geschwister sind nur dann nach dem BSVG unfallversichert, wenn sie nicht ohnehin aufgrund einer Beschäftigung im Betrieb einer anderen Pflichtversicherung unterliegen.

- **Jagd- und Fischereipächter:**

Diese gelten als selbstständig Erwerbstätige in der Land- und Forstwirtschaft und sind bei allen mit der Jagdausübung bzw. Fischereipacht in Zusammenhang stehenden Tätigkeiten in den Unfallversicherungsschutz eingebunden.

- **Weitere versicherte Personen:**

- Funktionäre der Landwirtschaftskammern und der kollektivvertragsfähigen landwirtschaftlichen Berufsvereinigungen (bei Ausübung dieser Funktion),
- Versichertenvertreter in den Verwaltungskörpern der SVB (bei Ausübung dieser Funktion),
- Angehörige von Orden und Kongregationen der Katholischen Kirche sowie der Anstalten der Evangelischen Diakonie, in ihrer Tätigkeit in einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ihres Ordens, ihrer Kongregation oder ihrer Anstalt,
- Öffentliche Verwalter von land(forst)wirtschaftlichen Betrieben.

3. Was ist ein Arbeitsunfall?

Ein Unfall ist ein plötzliches, unerwartetes und unvorhersehbares Ereignis, das zeitlich und örtlich begrenzt und unabhängig vom Willen des Betroffenen eine Gesundheitsschädigung oder den Tod verursacht.

Nicht jeder Unfall ist auch ein Arbeitsunfall. Dieser ist im Gesetz so definiert, dass er sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der die Versicherung begründenden Tätigkeit ereignen muss.

Für Bauern bedeutet das, dass sich der Unfall bei einer Tätigkeit ereignet, die zum bäuerlichen Berufsfeld gehört. Erfasst sind alle Tätigkeiten zur Gewinnung land(forst)wirtschaftlicher Produkte, gleich ob die Gewinnung für die Vermarktung oder für den eigenen Bedarf erfolgt. Kommunale Gemeinschaftsarbeiten (z.B. im Zusammenhang mit Kommassierungen, Kanalbauten, Dorfgestaltung) stehen nur dann unter Versicherungsschutz, wenn sie eine räumliche und sachliche Beziehung zum eigenen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb haben. Auch „Geschäftsführungstätigkeiten“ im Zusammenhang mit dem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb sind geschützt, also z.B. Bankwege oder das Aufsuchen eines Sprechtages in versicherungs- und beitragsrechtlichen Angelegenheiten.

In anderen Fällen ist der „ursächliche Zusammenhang“ zwischen der Tätigkeit und dem Betrieb nicht gegeben.

Keine Arbeitsunfälle sind daher z. B.:

- Unfälle bei eigenwirtschaftlichen Tätigkeiten: dazu gehören alltägliche, rein persönliche Bedürfnisse, wie Essen, Körperpflege, An- und Auskleiden, Aufsuchen des WCs,
- Spiel-, Sport- und Freizeitunfälle,
- Unfälle nach einer „Lösung vom Betrieb“: durch Umwege oder Unterbrechungen des Betriebsweges, z.B. Verwandtenbesuch,
- Unfälle durch Alkoholisierung,
- Körperschädigungen, die auf innere Ursachen zurückzuführen sind, wenn also die Veranlagung dazu schon vorhanden war, z.B. Bandscheibenvorfall, Herzinfarkt, Netzhautablösung.

Unfälle bei bestimmten anderen – geschützten - Tätigkeiten

Bestimmte Unfälle, die sich zwar nicht unmittelbar bei einer Betriebsarbeit ereignen, aber doch in unmittelbarem Zusammenhang mit dieser, stehen ebenfalls unter Versicherungsschutz:

- Unfälle zwischen der Wohnstätte und der Arbeitsstätte,
- Umwege, um ein Kind, für das eine Aufsichtspflicht besteht, in den Kindergarten oder in die Schule zu bringen bzw. abzuholen,

- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wenn der Haushalt dem Betrieb wesentlich dient,
- Errichtung, Umbau, Reparatur von Gebäuden, die dem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb dienen,
- Arbeiten im Zusammenhang mit dem betrieblichen und überbetrieblichen Wegebau zur Erschließung land(forst)wirtschaftlicher Grundstücke (Interessentenwege),
- bei der Erfüllung der üblichen Ausgedingeverpflichtungen,
- bei der Nachbarschaftshilfe zwischen Landwirten,
- bei der Ausübung von land(forst)wirtschaftlichen Nebentätigkeiten,
- bei Tätigkeiten in einer Agrargemeinschaft oder in einer Erwerbs- oder Wirtschaftsgenossenschaft,
- bei der Sicherung land(forst)wirtschaftlicher Erzeugung oder Betriebseinrichtungen, wenn dies vorübergehend aufgrund gesetzlicher Verpflichtung oder im Auftrag der Verwaltungsbehörde erfolgt,
- Hand- und Zugdienste (Robot), die im öffentlich-rechtlichen Interesse liegen,
- bei der Inanspruchnahme einer gesetzlichen Interessenvertretung oder einer Berufsvereinigung (Bauernbund, Arbeitsbauernbund),
- Besuch beruflicher Fortbildungskurse,
- Teilnahme als Prüfer an land(forst)wirtschaftlichen Prüfungen,
- Unfälle bei der Ausübung des Wahlrechts zu einer gesetzlichen beruflichen Interessenvertretung (Landwirtschaftskammer) oder zu einer privaten bäuerlichen Berufsvereinigung.

Unfälle beim Dienst am Nächsten

Auch für folgende Unfälle beim Dienst am Nächsten ist ein Unfallversicherungsschutz gegeben:

- Rettung eines Menschen aus Lebensgefahr, Suche nach Vermissten, Herbeiholen eines Arztes zu dringender Hilfeleistung oder eines Geistlichen bei Lebensgefahr,
- Blutspenden,
- als Mitglied der freiwilligen Feuerwehr oder sonstiger Hilfsorganisationen (Wasserwehr, Rotes Kreuz, Bergrettungsdienst, usw.) bei Einsatz, Übung, Ausbildung. Auch freiwillige Helfer stehen im Einzelfall unter Versicherungsschutz.

Eintritt des Versicherungsfalles

Der Versicherungsfall gilt bei einem Arbeitsunfall mit dem Zeitpunkt des Unfallereignisses als eingetreten.

4. Was ist eine Berufskrankheit?

Berufskrankheiten sind ganz bestimmte Krankheiten, die nachweisbar durch die versicherte Tätigkeit hervorgerufen wurden.

Die Berufskrankheiten sind in der „Berufskrankheitenliste“ genau aufgezählt. Derzeit enthält die Liste 52 Positionen. Sie ist eine Anlage des für Arbeiter und Angestellte, Gewerbetreibende, Schüler und Studenten geltenden Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, aber auch für die Bauern anzuwenden.

Bei den meisten Krankheiten davon ist es gleichgültig, in welchem Unternehmen die krankheitsauslösende Tätigkeit ausgeübt wurde („Alle Unternehmen“). Einige Krankheiten sind aber zur Anerkennung als Berufskrankheit auf bestimmte Unternehmen beschränkt; und bei einigen Krankheiten müssen für die Anerkennung als Berufskrankheit bestimmte medizinische oder rechtliche Voraussetzungen erfüllt sein.

In der Land- und Forstwirtschaft kommen insbesondere Krankheiten vor, die von Tieren auf Menschen übertragen (Nr. 39) oder durch schädliche Stoffe (Dünge-, Spritzmittel) verursacht werden. Zudem kommen auch bestimmte Atemwegs- und Lungenerkrankungen (Farmerlunge, Bronchialasthma – Nr. 30) sowie durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit (Nr. 33) in Betracht. Auch die FSME ist - trotz langjähriger Impfkationen der SVB – noch relativ häufig, ebenso die Borreliose (Nr. 46).

Nr.	Berufskrankheiten	Unternehmen
1	Erkrankungen durch Blei, seine Legierungen oder Verbindungen	Alle Unternehmen
2	Erkrankungen durch Phosphor und seine Verbindungen	Alle Unternehmen
3	Erkrankungen durch Quecksilber, seine Legierungen oder Verbindungen	Alle Unternehmen
4	Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen	Alle Unternehmen
5	Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen	Alle Unternehmen
6	Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen	Alle Unternehmen
7	Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen	Alle Unternehmen
8	Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen	Alle Unternehmen
9	Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologe oder durch Styrol	Alle Unternehmen
10	Erkrankungen durch Nitro- und Aminoverbindungen des Benzols oder seiner Homologe und deren Abkömmlinge	Alle Unternehmen

11	Erkrankungen durch Halogen-Kohlenwasserstoffe	Alle Unternehmen
12	Erkrankungen durch Salpetersäureester	Alle Unternehmen
13	Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff	Alle Unternehmen
14	Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff	Alle Unternehmen
15	Erkrankungen durch Kohlenmonoxid	Alle Unternehmen
16	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen	Alle Unternehmen
17	Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Dunkelöle, Teer, Antharazen, Pech, Mineralöle, Erdpech und ähnliche Stoffe	Alle Unternehmen
18	Krebs oder andere Neubildungen sowie Schleimhautveränderungen der Harnwege durch aromatische Amine	Alle Unternehmen
19	Hauterkrankungen	Alle Unternehmen
20	Erkrankungen durch Erschütterung bei der Arbeit mit Pressluftwerkzeugen und gleichartig wirkenden Werkzeugen und Maschinen (wie zB Motorsägen) sowie durch Arbeit an Anklopfmaschinen	Alle Unternehmen
21	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft	Alle Unternehmen
22	Drucklähmungen der Nerven	Alle Unternehmen
23	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel der Knie- oder Ellbogengelenke durch ständigen Druck oder ständige Erschütterung	Alle Unternehmen
24	Abrissbrüche der Wirbeldornfortsätze	Alle Unternehmen
25	Meniskusschäden bei Bergleuten nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit unter Tag und bei anderen Personen nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit in kniender oder hockender Stellung	Alle Unternehmen
26	a) Staublungenerkrankungen (Silikose oder Silikatose) mit objektiv feststellbarer Leistungsminderung von Atmung oder Kreislauf b) Staublungenerkrankungen in Verbindung mit aktiv fortschreitender Lungentuberkulose	Alle Unternehmen
27	a) Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) mit objektiv feststellbarer Leistungsminderung von Atmung oder Kreislauf b) Bösartige Neubildung des Kehlkopfes, der Lunge, des Rippenfelles und des Bauchfelles durch Asbest	Alle Unternehmen
28	Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Aluminium oder seine Verbindungen	Alle Unternehmen
29	Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Thomasschlackemehl	Abteilung: Thomasschlackemehl, Düngemittelmischereien und Betriebe, die Thomasschlackemehl lagern, befördern oder verwenden
30	Durch allergisierende Stoffe verursachte Erkrankungen an Asthma bronchiale, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender Tätigkeiten zwingen	Alle Unternehmen
31	Erkrankungen der Knochen, Gelenke und Bänder durch Fluorverbindungen (Fluorose)	Alle Unternehmen

32	Erkrankungen der Zähne durch Säuren	Alle Unternehmen
33	Durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit	Alle Unternehmen
34	Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon	Chemische Industrie
35	Grauer Star	Herstellung, Bearbeitung und Verarbeitung von Glas, Eisenhütten, Metallschmelzereien
36	Wurmkrankheit der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Stroglyoides stercoralis	Unternehmen des Bergbaues, Stollen- oder Tunnelbau
37	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	Alle Unternehmen
38	Infektionskrankheiten	Krankenhäuser, Heil- und Pflegeanstalten, Entbindungsheime und sonstige Anstalten, die Personen zur Kur und Pflege aufnehmen, Beschäftigungen in der öffentlichen und privaten Fürsorge, in Schulen, Kindergärten und Säuglingskrippen und im Gesundheitsdienst sowie in Laboratorien für wissenschaftliche und medizinische Untersuchungen und Versuche sowie in Justizanstalten und Hafträumen der Verwaltungsbehörden bzw. in Unternehmen, in denen eine vergleichbare Gefährdung besteht
39	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	Tätigkeiten, die durch Umgang oder Berührung mit Tieren, tierischen Teilen, Erzeugnissen, Abgängen und mit kontaminiertem Material zur Erkrankung Anlass geben, bzw. Tätigkeiten, bei denen eine vergleichbare Gefährdung besteht
40	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Hartmetallstaub	Herstellung und Bearbeitung von Hartmetallen
41	Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkenden Stoffe verursachte Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lunge mit objektiven Nachweis einer Leistungsminderung von Atmung oder Kreislauf	Alle Unternehmen
42	Erkrankungen durch Dimethylformamid	Alle Unternehmen
43	Exogen-allergische Alveolitis mit objektiv nachweisbarem Funktionsverlust der Lunge, sofern das als ursächlich festgestellte Antigen tierischer oder pflanzlicher Abkunft bei der Erwerbstätigkeit von einem objektiv feststellbar bestimmenden Einfluss gewesen ist	Alle Unternehmen
44	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lunge durch Rohbaumwolle- oder Flachsstaub	Alle Unternehmen
45	Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Staub von Buchen- oder Eichenholz	Holzbearbeitende und holzverarbeitende Industrie

46	Durch Zeckenbiß übertragene Krankheiten (z.B. Frühsommermeningoencephalitis oder Borreliose)	Unternehmen der Land- (Forst)wirtschaft sowie auf Tätigkeiten in Unternehmen, bei denen eine ähnliche Gefährdung besteht
47	Erkrankungen durch Butyl-, Methyl- und Isopropylalkohol	Alle Unternehmen
48	Erkrankungen durch Phenole und Katechole	Alle Unternehmen
49	Erkrankungen durch Nickel oder seine Verbindungen	Alle Unternehmen
50	Erkrankungen durch Vanadium oder seine Verbindungen	Alle Unternehmen
51	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Akryl- oder Alkylaryloxide	Alle Unternehmen
52	Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische, wenn eine regelmäßige Exposition bestanden hat, die im Hinblick auf Dauer und Ausmaß erheblich war	Alle Unternehmen

Im Einzelfall kann auch eine Krankheit als Berufskrankheit anerkannt werden, die nicht in dieser Liste aufgezählt ist. Voraussetzung dafür ist, dass sie durch die berufliche Verwendung schädigender Stoffe oder Strahlen entstanden ist.

Eintritt des Versicherungsfalles

Das ist bei Berufskrankheiten entweder der Beginn der Krankheit, also der Behandlungsbedürftigkeit, oder, wenn es für den Versicherten günstiger ist, der Beginn der Minderung der Erwerbsfähigkeit in einem berentungsfähigen Ausmaß – also zumindest 20 %.

5. Unfallmeldung

Ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit muss innerhalb von fünf Tagen der SVB gemeldet werden. Notwendig und wichtig ist diese Verpflichtung deshalb, weil die SVB ihre Aufgabe nur dann wirksam erfüllen kann, wenn sie möglichst rasch davon erfährt.

Die notwendigen Formulare und Vordrucke sind in den Regionalbüros der SVB, in allen Gemeindeämtern oder auch über das Internet (www.svb.at) erhältlich.

Meldung eines Arbeitsunfalls

Der Betriebsführer muss jeden Arbeitsunfall melden, durch den eine unfallversicherte Person getötet oder mehr als drei Tage ganz oder teilweise arbeitsunfähig geworden ist.

Meldung einer Berufskrankheit

Auch jede Berufskrankheit, durch die eine unfallversicherte Person getötet oder mehr als drei Tage ganz oder teilweise arbeitsunfähig geworden ist, hat der Betriebsführer der SVB anzuzeigen. Zusätzlich ist auch der behandelnde Arzt zu einer Meldung an die SVB verpflichtet – selbst wenn nur der Verdacht auf eine Berufskrankheit besteht.

Wenn die Meldung nicht innerhalb von zwei Jahren erfolgt, fallen die Leistungen der Unfallversicherung erst mit dem Tag der späteren Antragstellung an.

6. Leistungen der Unfallversicherung**Unfallverhütung / Sicherheitsberatung**

Sehr viele Unfälle könnten vermieden werden. Die Sicherheitsberatung zur Unfallverhütung ist daher eine besonders wichtige Aufgabe der SVB. Über die Medien, durch Vorträge, Merkblätter, Broschüren usw. soll die bäuerliche Bevölkerung immer wieder an die Sicherheit und Unfallverhütung bei der Arbeit erinnert werden.

Die Sicherheitsberater der SVB kommen in den bäuerlichen Betrieb und helfen, Gefahren zu erkennen und zu vermeiden. Sie halten aber auch praxisnahe Seminare in den landwirtschaftlichen Fachschulen und geben wichtige Tipps für das Arbeiten und Leben am Bauernhof.

Um bei Arbeitsunfällen wirksame Erste Hilfe leisten zu können, sind spezielle Kenntnisse des Helfers notwendig. Diese können in Erste-Hilfe-Kursen bei Rettungsorganisationen erworben werden. Die SVB bezahlt den bäuerlichen Versicherten den Besuch solcher Kurse.

Um den Gefahren, die am Hof lauern, wirksam begegnen zu können, muss die Ursache von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten erkannt werden. Ihre Erforschung und Auswertung ist daher ebenfalls ein wichtiger Aufgabenbereich der SVB.

Unfallheilbehandlung

Die Unfallheilbehandlung soll mit allen geeigneten Mitteln die durch den Arbeitsunfall oder durch die Berufskrankheit verursachte Körperschädigung beseitigen oder zumindest bessern.

Medizinische Leistungen

Dazu gehören vor allem

- Ärztliche Hilfe
- Medikamente

- Heilbehelfe
- Pflege in einer Kranken-, Kur- oder sonstigen Anstalt.

Spitalsaufenthalte und notwendige Hilfsmittel sind kostenlos!

Für die stationäre Behandlung bei anerkannten Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten braucht der Versicherte keinen Kostenanteil zu übernehmen.

Bei Dauerfolgen infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit (z.B. Verlust eines Beines, Querschnittlähmung) sorgt die Unfallversicherung kostenlos für alle notwendigen Hilfsmittel. Das sind beispielsweise Prothesen, orthopädische Behelfe oder Rollstühle. Einen Kostenanteil für den Versicherten gibt es nicht.

Betriebshilfe: Einsatz von Ersatzarbeitskräften

Fällt der Betriebsführer oder ein hauptberuflich im Betrieb beschäftigter Angehöriger aus, leistet die SVB in folgenden Fällen einen Zuschuss zu den Kosten für Betriebshelfer:

- bei einem Spitalsaufenthalt ab zwei Tagen,
- bei mehr als zweiwöchiger Arbeitsunfähigkeit,
- bei jedem bewilligten Heilverfahren,
- bei Begleitung eines schwerkranken bzw. behinderten Kindes ins Spital,
- bei Tod eines Anspruchsberechtigten,
- bei einer Behinderung, die eine Hilfe zur Fortsetzung der Erwerbstätigkeit erfordert (z.B. Bandscheibenoperation, Herzinfarkt, Farmerlunge).

Ziel ist es, damit den Heilerfolg zu sichern und wirtschaftlich nachteilige Folgen für den Betrieb zu verhindern.

Für den Einsatz von Betriebshelfern hat die SVB einen Vertrag mit dem Bundesverband der Maschinen- und Betriebshilferinge. Diese organisieren den Einsatz und erledigen die Abrechnung. Dafür erhalten sie einen Vermittlungsbeitrag, der vom SVB-Zuschuss abgezogen wird.

Der Zuschuss der SVB beträgt EUR 31,- pro Tag, maximal aber 75 % der anerkannten Gesamtkosten. Die Leistung wird grundsätzlich für längstens sechs Monate gewährt, sofern die Arbeitsunfähigkeit ärztlich bestätigt ist. Bei beruflicher Rehabilitation wird im vorhinein ein Leistungsrahmen vorgegeben. Im Todesfall hingegen ist eine Leistung für zwei Jahre möglich, und zwar pro Jahr jeweils maximal 140 Tage.

Rehabilitation

Rehabilitation soll, nach dem Wortlaut des Gesetzes, „Versehrte bis zu einem solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit wiederherstellen, der sie in die Lage

versetzt, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gesellschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen zu können“.

Umfasst sind medizinische Maßnahmen, berufliche Maßnahmen und soziale Maßnahmen.

Rehabilitationsmaßnahmen gibt es auf entsprechenden Antrag des Versicherten, sie können aber auch von der SVB selbst veranlasst werden.

- **Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation:**

Diese bestehen grundsätzlich aus der Unfallheilbehandlung, insbesondere in Rehabilitationszentren.

Bei einem Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum oder einer Kuranstalt ist eine Zuzahlung des Versicherten pro Verpflegungstag vorgesehen; und zwar je nach Einheitswert bzw. Einkommen in der Höhe von entweder EUR 6,52, EUR 11,53 oder EUR 16,59. Bei sozialer Schutzbedürftigkeit ist man davon befreit.

- **Berufliche Maßnahmen der Rehabilitation:**

Die berufliche Rehabilitation soll es dem Versehrten ermöglichen, seinen früheren Beruf oder, wenn dies nicht möglich ist, einen neuen Beruf auszuüben.

Vorgesehen ist insbesondere:

- ◆ Berufliche Aus- und Weiterbildung bzw. Umschulung, damit die Arbeitsfähigkeit wiedergewonnen oder erhöht wird. Während dieser Zeit gebührt ein so genanntes Übergangsgeld.
- ◆ Kostenübernahme für Ersatzarbeitskräfte, wenn sich der Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit auf das sonst aus dem Betrieb erzielbare Erwerbseinkommen nachteilig auswirkt.
- ◆ Zuschüsse, Darlehen und sonstige Hilfen, damit die Fortsetzung der betrieblichen Erwerbstätigkeit möglich ist. Z.B. zum Ankauf oder zur behindertengerechten Adaptierung von Maschinen und Arbeitsgeräten sowie für notwendige Umbaumaßnahmen im Betrieb.
- ◆ Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle oder einer anderen Erwerbsmöglichkeit. Die SVB versucht immer so zu helfen, dass der Bauer Bauer bleiben kann.

- **Soziale Maßnahmen der Rehabilitation:**

Um das Rehabilitationsziel zu erreichen, werden ergänzend zur medizinischen Behandlung und zu den beruflichen Maßnahmen auch „soziale Maßnahmen“ der Rehabilitation gewährt. Das sind etwa Zuschüsse oder Darlehen zur be-

hindertengerechten Adaptierung der Wohnung, zum Kauf oder Adaptierung eines PKW oder Zuschüsse zu den Führerscheinkosten.

Finanzielle Unterstützung durch Übergangsgeld

Ein Übergangsgeld wird während der Dauer medizinischer Maßnahmen der Rehabilitation gewährt, und zwar ab Beginn der neunten Woche. Auch während eventueller Ausbildungs- und Umschulungsmaßnahmen erhält man ein Übergangsgeld.

Das Übergangsgeld beträgt 40 % der Bemessungsgrundlage (siehe weiter unten!), somit EUR 6.420,22 im Jahr. Es wird für Ehegatten um 10 % erhöht, für jeden sonstigen Angehörigen um 5 %. Bestimmte Einkünfte sind allerdings auf das Übergangsgeld anzurechnen, und zwar Geldleistungen aus der Unfallversicherung, ein etwaiges Erwerbseinkommen, ein Arbeitslosengeld oder eine Beihilfe des Arbeitsmarktservice, sowie eine Erwerbsunfähigkeitspension.

Rehabilitationsberatung

Die SVB hat eigene Rehabilitationsberater, die den Verunfallten schon während der Heilbehandlung beraten und unterstützen. Vor allem bei schweren Unfällen mit möglichen Dauerfolgen ist eine möglichst frühe Beratung von großer Bedeutung, um Rehabilitationsmaßnahmen rechtzeitig einleiten zu können.

Die Berater kommen daher zu den bäuerlichen Patienten ins Krankenhaus, stehen ihnen dann aber auch daheim zur Seite.

Geldleistungen für Versehrte

Zusätzlich zur medizinischen Versorgung gibt es aus der Unfallversicherung auch Geldleistungen, wenn die Erwerbsfähigkeit durch Unfallfolgen oder eine Berufskrankheit gemindert wurde. Schmerzen können damit zwar nicht gelindert werden, eine Rente erleichtert aber immerhin die finanzielle Lage des Versehrten und seiner Familie.

Betriebsrente

Die Betriebsrente soll die Weiterführung des Betriebes erleichtern und Ersatz für einen länger dauernden Verlust an Betriebseinkommen bieten. Daher können grundsätzlich nur aktive Bäuerinnen und Bauern sowie deren mittätige Angehörige eine Betriebsrente erhalten.

Voraussetzung für eine Betriebsrente ist, dass der Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit nach einem Jahr noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 % hinterlässt. Ob dies der Fall ist, wird aufgrund einer Untersuchung durch den Ärztlichen Dienst der SVB beurteilt.

Die Betriebsrente fällt ein Jahr nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an. Jugendliche erhalten die Rente allerdings frühestens ab Vollendung des 15. Lebensjahres.

Um den einjährigen Zeitraum bis zum Anfall der Betriebsrente zu überbrücken, wird in schwerwiegenden Fällen zum Ausgleich des Einkommensausfalles ein Versehrtengehalt gewährt.

Höhe der Betriebsrente:

Die Höhe der Betriebsrente ist abhängig von der Minderung der Erwerbsfähigkeit und von der Bemessungsgrundlage.

Die Bemessungsgrundlage in der bäuerlichen Unfallversicherung ist - gesetzlich festgelegt - ein einheitlicher fester Betrag, der jährlich angepasst wird. Im Jahr 2006 beträgt die Bemessungsgrundlage EUR 16.050,54. Das entspricht dem durchschnittlichen erzielbaren Jahreseinkommen für Landwirte unter Einschluss des Neben- und Zuerwerbs.

Für einen Nebenerwerbslandwirt (mit unselbstständiger Beschäftigung nach dem ASVG), der einen Arbeitsunfall als Bauer erleidet, gilt die Günstigkeitsklausel. Dabei wird die Bemessungsgrundlage nach dem BSVG der Bemessungsgrundlage nach dem ASVG gegenübergestellt. Für die Berechnung der Unfallrente wird dann diejenige Bemessungsgrundlage herangezogen, die höher – also günstiger – für den Versehrten ist.

Je schwerer die Folgen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit sind, desto höher ist die Betriebsrente. Wer völlig erwerbsunfähig wurde – die Minderung der Erwerbsfähigkeit beträgt also 100 % - erhält eine „Vollrente“. Diese beträgt 2/3 der Bemessungsgrundlage pro Jahr; monatlich wird je 1/14 davon ausbezahlt (in den Monaten April und September erhält man Sonderzahlungen in der Höhe einer Monatsrente).

Ist die Erwerbsfähigkeit hingegen nur teilweise gemindert, gebührt eine „Teilrente“. Der Höhe nach entspricht sie dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Beispiel:

Bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 60 % gebührt eine Teilrente in der Höhe von 60 % der Vollrente.

Schwerversehrte: Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 % „Schwerversehrte“ sind Versehrte, die Anspruch auf eine Betriebsrente von mindestens 50 % haben oder auf mehrere Betriebs- bzw. Versehrtenrenten, deren Prozentsätze zusammen mindestens 50 % erreichen.

Wer schwerversehrt ist, erhält eine Zusatzrente, zusätzlich zur Betriebsrente. Ab einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 % beträgt die Zusatzrente 20 % der Betriebsrente. Ab einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 70 % gebührt eine Zusatzrente in der Höhe von 50 % der Betriebsrente.

Pflegegeld:

Versehrte mit einer Vollrente – also bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 100 % - haben Anspruch auf Pflegegeld aus der Unfallversicherung, wenn sie wegen des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit ständig Betreuung und Hilfe brauchen.

Vorläufige Betriebsrente – Dauerrente:

Während der ersten zwei Jahre wird eine „vorläufige Betriebsrente“ gewährt, wenn die Folgen des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit noch nicht abschließend beurteilt werden können. Wenn sich die Gesundheitsfolgen ändern, kann eine vorläufige Betriebsrente jederzeit herabgesetzt, erhöht, aber auch entzogen werden.

Spätestens nach zwei Jahren wird dann die Rente als „Dauerrente“ festgestellt. Sie kann nun nur mehr in Jahresabständen herabgesetzt, erhöht oder entzogen werden. Voraussetzung ist aber auch hier, dass sich die Verletzungsfolgen wesentlich geändert haben: Darunter versteht man in der Regel eine Änderung in der Minderung der Erwerbsfähigkeit von zumindest 10 %.

Wenn sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 10 % geändert hat, hat die SVB die Betriebsrente neu festzustellen. Und zwar entweder auf Antrag des Versehrten, oder auch von Amts wegen (d.h. die SVB wird von sich aus tätig). Eine Neufeststellung erfolgt ebenso, wenn die Änderung zwar weniger als 10 % ausmacht, aber dadurch ein Rentenanspruch entsteht oder wegfällt oder die Grenze der Schwerversehrtheit berührt wird. Eine Dauerrente kann aber immer nur in Abständen von mindestens einem Jahr neu festgestellt werden. Eine vorläufige Rente hingegen kann jederzeit abgeändert werden.

Gesamtrente bei mehreren Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten:

Bei mehreren Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten wird spätestens nach zwei Jahren eine „Gesamtrente“ festgestellt. Diese berücksichtigt die Minderung der Erwerbsfähigkeit insgesamt.

Freiwillige Rentenabfindung:

Anstelle der monatlichen Rentenzahlung kann die SVB einen einmaligen Betrag leisten – allerdings nur in Höhe von 50 % des der Betriebsrente entsprechenden Kapitals - und damit die halbe Betriebsrente abfinden. Die andere Hälfte der Betriebsrente wird weitergewährt. Für eine derartige Rentenabfindung ist

auf jeden Fall die Zustimmung des Versehrten notwendig. Bei Renten über 25 % ist zusätzlich der zuständige Sozialhilfeträger anzuhören.

Die übrigen Ansprüche aus der Unfallversicherung, wie z.B. Unfallheilbehandlung und Versorgung mit Hilfsmitteln, bestehen natürlich weiterhin.

Wenn sich die Folgen des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit nachträglich wesentlich verschlechtern, kann es nach Antragstellung zu einer Neubemessung der Rente kommen, allerdings unter Berücksichtigung des bereits abgefundenen Teils der Rente.

Wegfall der Betriebsrente bei Pensionsbezug?

Mit Pensionsantritt oder bei Aufgabe des land(forst)wirtschaftlichen Betriebes fällt die Betriebsrente grundsätzlich weg. An deren Stelle erhält der Versehrte eine verpflichtende Abfindung.

Der Hintergrund dieser Regelung besteht darin, dass die Betriebsrente einen teilweisen Ersatz des Erwerbseinkommens darstellt. Mit Übergang in die Pension übernimmt diese aber die Einkommensersatzfunktion vollständig.

Eine Ausnahme gibt es für Versehrte, die das Regelpensionsalter (60/65) noch nicht erreicht haben. Diesen wird die Betriebsrente trotz Pension/Betriebsaufgabe weitergewährt, wenn

- die Pension/Betriebsaufgabe durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht wurde und
- das verbleibende Einkommen/Pension nicht eine bestimmte Grenze überschreitet.

Spätestens mit Erreichen des Regelpensionsalters – auf Antrag eventuell schon früher – fällt diese weitergewährte Betriebsrente jedenfalls weg. Stattdessen gebührt eine verpflichtende Abfindung.

Versehrtengeld

In dem einjährigen Zeitraum bis zum Beginn der Betriebsrente gebührt ein Versehrtengeld – als fallbezogene Überbrückungshilfe. Voraussetzung ist, dass nach einem Jahr noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 30 % zu erwarten ist.

Abhängig vom Ausmaß der erwarteten Minderung der Erwerbsfähigkeit gebührt ein „kleines“ oder ein „großes“ Versehrtengeld.

- *Das kleine Versehrtengeld:*

Das kleine Versehrtengeld gibt es für Versicherte nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, wenn eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von zumindest 30 % zu erwarten ist. Der Betriebsführer einer Land(Forst)wirtschaft

hat Anspruch auf ein kleines Versehrtengeld unter der zusätzlichen Voraussetzung, dass der Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit einen erheblichen Einkommensentfall zur Folge hat, der durch die Leistungen der Unfallversicherung (z.B. Betriebshilfe) nicht kompensiert werden kann. Andere im Betrieb mittätige Angehörige, die einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit erleiden, erhalten ein kleines Versehrtengeld, solange sie weder Anspruch auf Arbeitsverdienst oder Krankengeld noch Einkünfte aus der die Versicherung begründenden Erwerbstätigkeit haben.

Das kleine Versehrtengeld beträgt im Jahr 2006 täglich EUR 9,47 und wird maximal für ein Jahr, nämlich bis zum Anfall der Betriebsrente, gewährt. Allerdings wird ein noch zur Verfügung stehendes anderes Einkommen angerechnet.

- *Das große Versehrtengeld:*

Das große Versehrtengeld gebührt Versicherten, wenn zu erwarten ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit ein Jahr nach dem Eintritt des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit noch zumindest 50 % betragen wird. Das große Versehrtengeld ist eine Einmalzahlung; im Jahr 2006 beträgt es EUR 9.630,32. Es gebührt stets in voller Höhe, ein eventuelles weiteres Einkommen wird nicht angerechnet.

Das Verfahren für das Versehrtengeld wird von der SVB amtswegig eingeleitet. Eine Antragstellung durch den Versehrten ist nicht erforderlich.

Leistungen bei Todesfall

Wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit tödlich verläuft, gewährt die SVB an die Hinterbliebenen verschiedene Leistungen, um zumindest wirtschaftliche Einschnitte zu mildern.

Soforthilfe

Der Witwe / dem Witwer kann als Soforthilfe eine einmalige Unterstützung in Höhe von EUR 364,- und für jedes Kind EUR 146,- gewährt werden.

Bestattungskosten – Teilersatz

Als Zuschuss zu den Bestattungskosten wird ein Betrag in Höhe von 1/15 der Bemessungsgrundlage gewährt, das sind im Jahr 2006 einheitlich EUR 1.070,04. Diesen Zuschuss erhält jene Person, die die Bestattungskosten tatsächlich getragen hat.

Witwen-/ Witwerrente

Eine Witwen-/Witwerrente gebührt, wenn der Tod des Versicherten infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit eingetreten ist. Sie beträgt 20 % der Bemessungsgrundlage, im Jahr 2006 sind das monatlich EUR 229,29.

Kein Anspruch auf Witwenrente besteht, wenn die Ehe erst nach Eintritt des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit geschlossen wurde und der Tod innerhalb des ersten Ehejahres eingetreten ist. Wenn allerdings in dieser Ehe ein Kind geboren oder durch diese Ehe legitimiert wurde oder die Witwe im Todeszeitpunkt des Versicherten erwiesenermaßen schwanger war, besteht ein Anspruch auf Witwenrente.

Auch der geschiedene Ehepartner kann Anspruch auf Hinterbliebenenrente haben, vor allem wenn eine Unterhaltsverpflichtung bestanden hat.

Heiratet die Witwe/der Witwer wieder, fällt die Rente weg. Es gebührt eine einmalige Abfertigung in Höhe der 35-fachen Monatsrente. Wird nun auch diese Ehe aufgelöst, kann die Rente auf Antrag wieder aufleben. Aufgrund der Abfertigung ist dies aber erst frühestens zweieinhalb Jahre nach dem ursprünglichen Wegfall möglich.

Waisenrente

Eheliche, legitimierte und uneheliche Kinder sowie Wahl- und Stiefkinder erhalten eine Waisenrente. Und zwar grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres; darüber hinaus nur auf Antrag, und zwar während einer Schul- oder Berufsausbildung bis längstens zum vollendeten 27. Lebensjahr oder bei Erwerbsunfähigkeit des Kindes.

Für ein einfach verwaistes Kind beträgt die Waisenrente 20 % der Bemessungsgrundlage, somit monatlich EUR 229,29 im Jahr 2006. Doppelt verwaiste Kinder erhalten 30 % der Bemessungsgrundlage, das sind monatlich EUR 343,94 im Jahr 2006.

Alle Hinterbliebenenrenten zusammen – also Witwen-/Witwerrente und Waisenrenten – dürfen 80 % der Bemessungsgrundlage nicht überschreiten. Andernfalls werden sie verhältnismäßig gekürzt.

7. Das Regressrecht der Sozialversicherung

Zusammentreffen Haftpflicht/Sozialversicherung:

Das Ereignis, welches einen Schaden verursacht, meist ein Unfall, kann gleichzeitig die Leistungspflicht der gesetzlichen Sozialversicherung und die zivilrechtliche Schadenersatzpflicht eines Dritten (des Schädigers) auslösen.

Vielfach entsprechen die dem Schadensausgleich dienenden Leistungen der Sozialversicherung der zivilrechtlichen Schadenersatzleistung des

Haftpflichtigen. Es kommt dabei zu Überschneidungen der beiden Ausgleichssysteme.

Beispiel:

Eine Körperverletzung löst einerseits Anspruch auf Unfallheilbehandlung aus (gesetzliche Unfallversicherung), andererseits Anspruch auf Ersatz der Heilungskosten durch den Schädiger. Die Körperverletzung löst Ansprüche auf Barleistungen (z.B. Versehrtengeld, Betriebsrente, Erwerbsunfähigkeitspension) sowie Anspruch auf Verdienstentgang aus.

Erhielte der Geschädigte Schadensausgleich aus der Sozialversicherung und der Haftpflicht, käme es zu einer Doppelentschädigung für denselben Schaden und somit zu einer Bereicherung des Geschädigten.

Wäre jedoch die Sozialversicherungsleistung auf den Schadenersatzanspruch des Geschädigten gegenüber dem Verursacher anzurechnen, käme es zu einer – nicht wünschenswerten - Entlastung des Schädigers auf Kosten der Gefahrengemeinschaft der Sozialversicherung.

Die Regressbestimmungen in den Sozialversicherungsgesetzen sollen also sowohl eine Bereicherung des Geschädigten als auch eine ungerechtfertigte Entlastung des Haftpflichtigen verhindern.

Abgeleitete Regressansprüche der Sozialversicherungsträger:

In den österreichischen Sozialversicherungsgesetzen wird eine Legalzession der Schadenersatzansprüche der Versicherten und ihrer Hinterbliebenen auf die Sozialversicherungsträger angeordnet. Unter Zession versteht man die Abtretung einer Forderung an eine andere Person, es tritt ein Gläubigerwechsel ein.

Eine Legalzession ist eine Zession, die vom Gesetz angeordnet wird und somit nicht vom Willen der Parteien abhängig ist.

Die Legalzession in den Sozialversicherungsgesetzen bewirkt, dass die Schadenersatzansprüche der Versicherten bzw. Hinterbliebenen insoweit auf den Sozialversicherungsträger übergehen, als dieser Leistungen zu erbringen hat, die mit dem Schadenersatz nach der Haftpflichtordnung übereinstimmen.

Voraussetzungen der Legalzession:

- Identität eines Ereignisses, das einen Haftpflichtanspruch auslöst, mit einem Versicherungsfall in der Sozialversicherung
- Schädiger und Geschädigter sind Fremde oder Arbeitskollegen. Ist der Haftpflichtige entweder Arbeitgeber oder Betriebsaufseher des Geschädigten, ist eine Legalzession ausgeschlossen.

Diese Bestimmung aus dem Bereich der unselbstständig Erwerbstätigen ist z. B. auch wichtig für Bauern im Nebenerwerb, wenn durch einen Arbeitsunfall als Arbeiter eine Gesundheitsbeeinträchtigung entsteht, die zu einer Bauernpension führt.

Auf die Sozialversicherungsträger gehen nur jene Schadenersatzansprüche über, die dem Ausgleichszweck der zustehenden Sozialversicherungsleistung entsprechen (Kongruenzprinzip - persönlich, zeitlich und sachlich).

Deckungsfonds (Umfang des Regressrechtes):

Die sozialversicherungsrechtlichen Leistungen können nur insoweit im Wege der Legalzession auf den Ersatzpflichtigen überwält werden, als dem Versicherten entsprechende Schadenersatzansprüche zustehen. Diese Schadenersatzansprüche bilden den Deckungsfonds für die Regressforderungen der Sozialversicherungsträger.

Ist dem Versicherten ein Mitverschulden an dem Vorfall anzurechnen, geht der Regressanspruch nur in dem um den Mitverschuldensanteil gekürzten Betrag über.

Nach herrschender Lehre und Rechtsprechung hat der Sozialversicherungsträger einen bevorrechteten Zugriff auf den Deckungsfonds.

Entstehen des Regressrechtes:

Der Forderungsübergang auf den Sozialversicherungsträger findet prinzipiell im Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles (Haftpflichtereignis) statt. Daher ist bereits ab diesem Zeitpunkt dem Geschädigten jede Verfügungsmöglichkeit über den Ersatzanspruch betreffend die kongruenten Leistungen genommen.

Verjährung der Regressansprüche:

Grundsätzlich gilt eine 3-jährige Verjährungszeit. Jedoch sind abweichende Verjährungsbestimmungen in speziellen Haftpflichtgesetzen zu beachten.

In der Regel ist davon auszugehen, dass die Verjährungsfrist für den Sozialversicherungsträger mit dem Schadensereignis zu laufen beginnt. Nur wenn unverschuldet keine Kenntnis von Schaden und/oder Schädiger vorliegt, verschiebt sich der Beginn der Verjährungsfrist.

Beschränkung des Regressrechtes bei Legalzession:

- gegen Arbeitskollegen: Der Sozialversicherungsträger kann einen auf ihn übergegangenen Anspruch gegen eine Person, die als Dienstnehmer im Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses in demselben Betrieb wie der Geschädigte beschäftigt war, nur geltend machen, wenn der Schädiger

den Vorfall grob fahrlässig oder vorsätzlich verursacht hat oder der Vorfall durch ein Verkehrsmittel verursacht wurde, für dessen Betrieb eine erhöhte Haftpflicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften besteht (Kfz, Eisenbahn, Flugzeug) – hier ist die Haftung, außer bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Schadensverursachung, auf die Haftpflichtversicherungssumme beschränkt.

Bei leichter Fahrlässigkeit ergibt sich dadurch eine Haftungsbefreiung des gleichgestellten Schädigers. Dem Schädiger verbleibt lediglich die Ersatzpflicht für das Schmerzensgeld.

Voraussetzung für die Haftungsbeschränkung ist allerdings immer, dass das Schadensereignis mit der betrieblichen Tätigkeit in Zusammenhang steht.

Pauschalierte Regressansprüche für Kranken- und Unfallheilbehandlung:

Die Kosten einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankenbehandlung oder Unfallheilbehandlung (außer stationäre Behandlung) sind mit einem Betrag abzugelten, der für jeden Tag im Ausmaß des halben Krankengeldes zu leisten ist. Es handelt sich um eine Pauschalierung im Sinne von Kostenökonomie.

Mäßigung von Regressforderungen:

Die Bestimmungen über die durch Legalzession abgeleiteten Regressansprüche enthalten keine „Ermächtigung“ des Sozialversicherungsträgers zur Mäßigung dieser. Es ist allerdings gängige Verwaltungspraxis, dass auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Haftpflichtigen Bedacht genommen wird. Die Ausübung des Mäßigungsrechtes obliegt der Genehmigung durch die Selbstverwaltungskörper der Sozialversicherungsträger. Die Eintrittspflicht einer Haftpflichtversicherung schließt innerhalb der Versicherungssumme die Ausübung des Mäßigungsrechtes regelmäßig aus.

Teilungsabkommen:

Es handelt sich dabei um eine privatrechtliche Vereinbarung zwischen Sozialversicherungsträgern und Kfz-Haftpflichtversicherern, die für den großen Bereich der Verkehrsunfälle eine arbeits- und kostenökonomische Liquidierung von Regressansprüchen gewährleisten sollen. Dies wird erreicht, indem unter Verzicht auf die Prüfung haftungsrechtlich relevanter Umstände, z.B. Verschulden, der Haftpflichtversicherer 65% des Sozialversicherungsaufwandes (Obergrenze € 10.000) erstattet. Nach der großen Anzahl dieser Fälle wird angenommen, dass eine pauschale Regulierung – insgesamt gesehen – zu einem gerechten Ausgleich führt.

Neben den bereits erwähnten Krankenbehandlungs- und Unfallheilbehandlungskosten können selbstverständlich auch Betriebsrenten, Pensionsleis-

tungen oder Pflegegeldansprüche Gegenstand des Regressrechtes des Sozialversicherungsträgers sein.

Verfasser:

Mag. Elisabeth Hitzinger

Mag. Irene Seyringer-Rasch

Dr. Harald Jilke

Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Ghegastraße 1

1031 Wien

DOKUMENTATION

AOK-Bundesverband, Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Bundesknappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

31. Oktober 2001

Überwachung des Melde- und Beitragsverfahrens zur Kranken- und Pflegeversicherung für Empfänger von Versorgungsbezügen (Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren)

I. Allgemeines

1. Rechtsgrundlagen

Nach § 256 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V/§ 50 Abs. 2 KVLG 1989 i.V.m. § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI ist die Entrichtung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus Versorgungsbezügen durch die zuständigen Krankenkassen zu überwachen. Sind für eine Zahlstelle von Versorgungsbezügen mehrere Krankenkassen zuständig, so haben sie zu vereinbaren, dass eine dieser Krankenkassen die Überwachung für alle beteiligten Krankenkassen übernimmt.

2. Prüfraumen

Im Rahmen der Überwachung des Beitragsverfahrens sind die Zahlstellen der Versorgungsbezüge verpflichtet, den Krankenkassen die Geschäftsbücher, Listen oder andere Unterlagen vorzulegen, aus denen die für die Beitragserhebung zur Kranken- und Pflegeversicherung relevanten Daten hervorgehen. Die Vorlage kann nur während der Geschäftszeit der Zahlstelle verlangt werden, nach deren Wahl entweder in den eigenen oder in den Geschäftsräumen der Krankenkasse. Sofern bei einer Zahlstelle die Geschäftsräume zugleich die private Wohnung sind, kommt eine Vorlage der entsprechenden Unterlagen nur in den Geschäftsräumen der Krankenkasse in Betracht.

3. Auskunfts- und Vorlagepflicht der Zahlstellen

Die Rechtsgrundlage für die Auskunfts- und Vorlagepflicht der Zahlstelle ergibt sich für die Krankenversicherung aus § 256 Abs. 3 Satz 3 SGB V und § 50 Abs. 2 KVLG 1989, die § 98 Abs. 1 Satz 2 SGB X für entsprechend anwendbar erklären. Für die Pflegeversicherung gilt nach § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Vorschrift des § 256 Abs. 3 SGB V und des § 50 Abs. 2 KVLG 1989 entsprechend.

II. Prüfrecht

Ein Prüfrecht ist nur gegeben, soweit Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, die von der jeweiligen Zahlstelle rentenvergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) erhalten.

Das Prüfrecht erstreckt sich auf alle Zahlstellen,

- die Beiträge zur Kranken- und/oder Pflegeversicherung von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die Krankenkassen abzuführen haben,
- die nicht zum Einbehalt und zur Abführung der Beiträge, jedoch zur Abgabe der nach § 202 SGB V/§ 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI erforderlichen Meldungen über Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der Versorgungsbezüge verpflichtet sind.

III. Zuständige Krankenkasse

Die Prüfung der Zahlstellen von Versorgungsbezügen ist eine gemeinsame Aufgabe aller Krankenkassen. Dabei erweist sich die Prüfung der Zahlstellen grundsätzlich als Stellvertreterprüfung. Dies macht eine Koordinierung dahingehend erforderlich, dass eine Krankenkasse stellvertretend für alle beteiligten Krankenkassen die Beitragsüberwachung durchführt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben hierzu folgende Verfahrensregelung abgesprochen:

1. Besondere Zuständigkeitsregelung

Die Beitragsüberwachung führen durch

- bei Zahlstellen, die zum Krankenkassenbereich von Betriebskrankenkassen (Satzungsbetriebe) gehören, die Betriebskrankenkassen,
- bei den Trägern der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- bei knappschaftlichen Versorgungseinrichtungen, die Bundesknappschaft,
- bei seemännischen Versorgungseinrichtungen (z.B. See-Berufsgenossenschaft, Seemannskasse, Versorgungseinrichtungen der Reedereien), die See-Krankenkasse.

2.4 Gemeinsame Beitragsüberwachung

Bei großen Zahlstellen (Größenklasse 4 der Zahlstellendatei) mit einer Vielzahl von Versorgungsempfängern (z.B. überregionale Versorgungskassen) ist ggf. eine gemeinsame Zahlstellenprüfung aller beteiligten Krankenkassen angezeigt.

Die für die Prüfung zuständige Krankenkasse setzt sich mit den anderen örtlichen Krankenkassen in Verbindung.

IV. Prüfumfang und Beitragsüberwachungsbericht

Die Prüfung erstreckt sich auf die Ermittlung der zuständigen Krankenkasse/Pflegekasse, die Feststellung der Höhe der Versorgungsbezüge und der hierauf entfallenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, auf deren ordnungsgemäße Einbehaltung und Abführung sowie auf die Abgabe der erforderlichen Meldungen über Beginn, Höhe, Veränderungen und das Ende der Versorgungsbezüge. Die Prüfung kann auf Stichproben beschränkt werden. Es ist ebenfalls zulässig, die Prüfung auf eine Systemprüfung zu beschränken.

Über die Prüfung ist ein Beitragsüberwachungsbericht (Muster siehe Anlage) zu erstellen, aus dem sich die zu prüfenden Sachverhalte ergeben. Sind einzelne Sachverhalte des Beitragsüberwachungsberichtes aus den von der jeweiligen Krankenkasse geprüften Fällen nicht zu beurteilen, so sind die Prüffeststellungen vom Grundsatz her zu treffen. Entsprechendes gilt auch für eine Systemprüfung.

V. Austausch der Beitragsüberwachungsberichte

Die prüfende Krankenkasse leitet je eine Mehrausfertigung des zu erstellenden Beitragsüberwachungsberichts

- an die örtlich zuständige AOK, wenn diese in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten ist,
- an den BKK-Bundesverband in Essen, wenn Betriebskrankenkassen in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten sind,
- an den IKK-Bundesverband in Bergisch Gladbach, wenn Innungskrankenkassen in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten sind,
- an den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen in Kassel, wenn landwirtschaftliche Krankenkassen in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten sind,
- an die Bundesknappschaft in Bochum, wenn Mitglieder der Bundesknappschaft als beitragspflichtige Versorgungsempfänger in der betreffenden Zahlstelle geführt werden,

- an die See-Krankenkasse in Hamburg, wenn in der Zahlstelle beitragspflichtige Versorgungsempfänger der See-Krankenkasse geführt werden und
- an den Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. in Siegburg, wenn Angestellten-Ersatzkassen oder Arbeiter-Ersatzkassen in der Zahlstelle mit beitragspflichtigen Versorgungsempfängern vertreten sind,

wenn im Beitragsüberwachungsbericht die Frage 5 mit "ja" beantwortet wurde oder die Prüfung sonstige erhebliche Beanstandungen ergeben hat.

Eine gezielte Information der beteiligten Krankenkassen ist nur gewährleistet, wenn den vorstehend genannten Weiterleitungsstellen Name und Anschrift der beteiligten Krankenkassen bekannt gegeben werden. Im Prüfbericht sind deshalb die beteiligten Krankenkassen aufzuführen. Anstelle der Auflistung kann dem Beitragsüberwachungsbericht auch ein Ausdruck der Zahlstellen beigefügt werden, aus dem die beteiligten Krankenkassen ersichtlich sind.

Werden im Prüfbericht erhebliche Mängel aufgezeigt, so sind weitere Prüfungen durch die anderen beteiligten Krankenkassen notwendig.

VI. Prüfrhythmus

Grundsätzlich sollte eine Zahlstelle im Rahmen der Verjährungsvorschriften nach § 25 SGB IV nur einmal geprüft werden. In begründeten Fällen können Prüfungen auch in kürzeren Zeitabständen oder von mehreren beteiligten Krankenkassen durchgeführt werden.

Es gilt ein vierjähriger Prüfrhythmus.

VII. Bestandsabgleich

Neben der Prüfung des Beitragsverfahrens kann in regelmäßigen Zeitabständen ein Bestandsabgleich von jeder beteiligten Krankenkasse in eigener Zuständigkeit durchgeführt werden. Zu diesem Zweck stellt die Zahlstelle der Krankenkasse einmal jährlich - nach Absprache - eine Beitragsliste zur Verfügung.

Vorhandene Unstimmigkeiten sind von den beteiligten Krankenkassen unmittelbar mit der betreffenden Zahlstelle zu bereinigen.

VIII. Anwendung

Die Verfahrensregelung gilt vom 1.1.2002 an. Die gemeinsame Verlautbarung zum Zahlstellen-Beitragsüberwachungsverfahren vom 13.10.1994 wird damit gegenstandslos.

**Verfahrensbeschreibung der Beitragsabführung zur Kranken- und Pflegeversicherung
durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen (Zahlstellenverfahren) vom 12. Januar 2006;
gültig ab 1. Februar 2006**

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
1.	Ermittlung der für den Versorgungsempfänger zuständigen Krankenkasse (§ 202 Satz 1 bis 3 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	Anfrage an den Versorgungsempfänger, bei welcher Krankenkasse dieser versichert ist. Meldepflicht des Versorgungsempfängers gegenüber der Zahlstelle	Bei Beantragung bzw. vor Gewährung eines Versorgungsbezuges oder bei Beendigung der Mitgliedschaft ist die zuständige Krankenkasse immer durch die Zahlstelle zu ermitteln. Der Versorgungsempfänger hat der Zahlstelle seine Krankenkasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen.
2.	Meldung der Krankenkasse über die grundsätzliche Beitragspflicht (Gilt nur für die Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes)	Die Krankenkasse füllt Teil 2 der Anlage zum Rentenantrag aus und gibt den ausgefüllten Vordruck an den Versicherten zurück.	---	Durch diese Meldung erübrigt sich eine Meldung der Krankenkasse nach Nr. 5. Treten nach Rentenantragstellung Änderungen ein, erfolgt eine Meldung der Krankenkasse nach Nr. 14.

Dokumentation

Lfd. Nr.		Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
3.	Mitteilung der Zahlstelle an die Krankenkasse über Beginn und Höhe der Versorgungsbezüge (§ 202 Satz 1 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	<p>Die Mitteilung enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahlstellenummer - Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versorgungsempfängers - Aktenzeichen/ Personalkennziffer der Zahlstelle - Betriebsnummer der Krankenkasse (wenn bekannt) - Krankenversicherturnummer (wenn bekannt) - Grund der Meldung: Beginn = 1 - Beginn des Versorgungsbezuges - Höhe des monatlichen Versorgungsbezuges (wenn bekannt) <ul style="list-style-type: none"> - bei einer Kapitaleistung oder Kapitalisierung des Versorgungsbezuges deren Höhe, Zeitpunkt der Auszahlung und ggf. der Zeitraum der Kapitalisierung 	<p>Ohne unfallbedingte Erhöhungsbeträge</p> <p>Ist die Höhe der Versorgungsbezüge noch nicht bekannt, ist diese mit einer späteren Veränderungsmeldung (lfd. Nr. 12) zu melden.</p> <p>Bei einer Kapitaleistung oder Kapitalisierung des Versorgungsbezuges ist auch der privat finanzierte Anteil zu melden. Bei Ratenzahlungen ist der Gesamtbetrag anzugeben.</p>

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
noch 3			Es ist anzugeben, ob der Versorgungsempfänger nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat (wenn bekannt).	Die Höhe der monatlichen Versorgungsbezüge ist auch anzugeben, wenn die Versorgungsbezüge in größeren Zeitabständen als monatlich ausbezahlt werden.
4.	Prüfung der Beitragspflicht durch die Krankenkasse (§ 202 Satz 4 SGB V)	Feststellung, ob, ab wann und bis zu welcher Höhe Versorgungsbezüge beitragspflichtig sind.	---	---
5.	Meldung der Krankenkasse an die Zahlstelle über die Beitragsabführungspflicht (§ 202 Satz 4 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	Die Mitteilung enthält: <ul style="list-style-type: none"> - Zahlstellennummer - Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten - Aktenzeichen/ Personalkennziffer der Zahlstelle - Betriebsnummer der Krankenkasse - Krankenversicherungsnummer - Grund der Meldung: Beginn = 1 - Beitragsabführungspflicht ab..... 		Nach Eingang der Mitteilung der Zahlstelle (s. Nr. 3) gibt die Krankenkasse ihre Meldung unverzüglich an die Zahlstelle ab.

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
noch 5		nein (KV + PV) = 1		<p>Beitragsabführungspflicht wird verneint, wenn die monatliche Beitragsbemessungsgrenze (BBG) der Kranken- und Pflegeversicherung bereits durch andere Einnahmen erreicht wird.</p> <p>Bei Überschreiten der BBG und gleichzeitigem Mehrfachbezug kann die Krankenkasse im Interesse aller Beteiligten die Beiträge direkt vom Versicherten erheben; in diesen Fällen wird Beitragsabführungspflicht verneint.</p> <p>Wenn die Beitragsabführungspflicht mit „1“ gekennzeichnet ist, entfallen die nachfolgenden Angaben zum Beitragssatz, zum Mehrfachbezug, zum maximal beitragspflichtigen Versorgungsbezug (VB-max) und zur Anpassung des VB-max.</p>

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
noch 5:		– Beitragssatz KV	Die Zahlstelle hat die Feststellung der Elterneigenschaft vorzunehmen.	<p>Es wird der beim Versicherten jeweils anzuwendende Beitragssatz in der KV angegeben, der sich aus der Addition des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse und des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a SGB V ergibt. Dies gilt auch für Renten der Alterssicherung der Landwirte (§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) mit der Maßgabe, dass hier anstelle des allgemeinen Beitragssatzes lediglich die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes berücksichtigt wird.</p> <p>In der PV gilt einheitlich für alle Pflegekassen der gesetzlich festgelegte Beitragssatz; eine Angabe erübrigt sich somit. Bei Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigten ist in der PV der halbe Beitragssatz zugrunde zu legen (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).</p> <p>Für Kinderlose ist der Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte zu erhöhen (§ 55 Abs. 3 SGB XI).</p>

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
noch 5.		<p>– Anpassung des VB-max durch Zahlstelle möglich nein = 1 ja = 2</p>		<p>Sofern Renten der Alterssicherung der Landwirte (§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) zusammen mit anderen Versorgungsbezügen die BBG überschreiten, ist auf Antrag des Versicherten oder einer Zahlstelle von der Krankenkasse eine Verhältnisrechnung in entsprechender Anwendung des § 22 SGB IV vorzunehmen.</p> <p>Rentenerhöhungen (Anpassungen zum 01.07. jeden Jahres) und Erhöhungen der BBG (zum 01.01. jeden Jahres) entnehmen die Zahlstellen den einschlägigen Veröffentlichungen.</p> <p>Bei Bezug von Arbeitsentgelt oder bei mehrfachem Versorgungsbezug ist beispielsweise eine Anpassung eines angegebenen VB-max durch die Zahlstellen nicht möglich.</p> <p>Bei Rentenerhöhungen ist der VB-max von den Zahlstellen entsprechend zu vermindern.</p> <p>Bei Erhöhungen der BBG ist der VB-max von den Zahlstellen entsprechend zu erhöhen.</p>

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
noch 5		<ul style="list-style-type: none"> - Veränderungsmeldungen der Zahlstelle hinsichtlich der Höhe des Versorgungsbezuges erforderlich nein = 1 ja = 2 	Rücklaufüberwachung hinsichtlich der Meldung der Krankenkassen	Veränderungsmeldungen sind z.B. erforderlich, wenn die Krankenkasse die Beiträge selbst einzieht oder Mehrfachbezug vorliegt.
6.	Mitteilung an den Versicherten (§ 202 Satz 4 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	Mitteilung über Beginn der Beitragspflicht und Höhe des Beitragssatzes in der KV und PV	---	Der Versorgungsempfänger wird darüber unterrichtet, dass die Krankenkasse die Zahlstelle veranlasst hat, den Beitrag zur KV und/oder PV einzubehalten und bei Veränderung des beitragspflichtigen Versorgungsbezuges auf der Grundlage des jeweils maßgebenden Beitragssatzes anzupassen, oder ob er die Beiträge selbst zu zahlen hat.
7.	Mitteilung der Krankenkasse an die Zahlstelle (§ 202 Satz 4 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	Bekanntgabe der Beitragssätze	Speicherung der Beitragssätze	Zur Unterstützung der maschinellen Beitragsberechnung wird den Zahlstellen die Nutzung einer Beitragssatzdatei der Krankenkassen angeboten.

Dokumentation

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
8.	Beitragsabzug durch die Zahlstelle (§ 256 Abs. 1 und 2 SGB V; § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	Berechnung (Bemessungsgrundlage x Beitragssatz; auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet), Einbehalt und Abführung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von den Versorgungsbezügen, bei rückständigen Beiträgen Einbehalt aus dem weiterhin zu zahlenden Versorgungsbezug unter Berücksichtigung der Vorschriften zur Aufrechnung nach § 51 Abs. 2 SGB I und zur Verjährung nach § 25 SGB IV.	Bemessungsgrundlage ist die Summe der in einem Abrechnungszeitraum (z.B. Kalendermonat) anfallenden laufenden und einmalig gezahlten Versorgungsbezüge bis zur BBG unter Berücksichtigung der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung oder des Arbeitsentgelts aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (VB-max). Bei der Beitragsberechnung zur Krankenversicherung ist der zusätzliche Beitragssatz nach § 241a SGB V und zur Pflegeversicherung der Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 SGB XI zu berücksichtigen. Der Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung ist nicht zu zahlen, wenn der Versorgungsempfänger der Zahlstelle die Elterneigenschaft in geeigneter Form nachweist. Die Zahlstelle hat die Feststellung der Elterneigenschaft vorzunehmen (vgl. auch Ausführungen zu Nr. 5).

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
noch 8.				<p>Es ist eine zeitgenaue Beitragsberechnung vorzunehmen. Aus Vereinfachungsgründen kann die Beitragsberechnung aber auch nach dem Zuflussprinzip erfolgen. In diesen Fällen gelten der Beitragssatz und die BBG des Berechnungsmonats. Dieses Verfahren ist allerdings nicht bei Nachberechnungen anzuwenden, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - der laufende Versorgungsbezug und die Nachzahlung zusammen den VB-max des Auszahlungszeitraumes für die Nachzahlung überschreitet oder - die Nachzahlungen Zeiten bis zum 31.12.2003 betreffen. <p>In diesen Fällen ist eine zeitgenaue Beitragsberechnung für den Nachzahlungszeitraum vorzunehmen.</p> <p>Beiträge sind auch aus nachgezahlten Versorgungsbezügen mit folgender Maßgabe zu berechnen und abzuführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Überschreiten die laufenden Versorgungsbezüge in dem Monat, in dem die Nachzahlung ausgezahlt wird, 1/20 der monatlichen Bezugsgröße nicht, unterbleibt der Beitragsabzug aus der Nachzahlung.

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
noch 8				<ul style="list-style-type: none"> - Überschreiten die laufenden Versorgungsbezüge in dem Monat, in dem die Nachzahlung ausgezahlt wird, 1/20 der monatlichen Bezugsgröße, sind Beiträge auch aus der Nachzahlung zu erheben. <p>Sofern aus Nachzahlungen Beiträge zu erheben sind, bleibt bei der Anwendung des Zuflussprinzips der VB-max dann unberücksichtigt, wenn der erhöhte laufende Versorgungsbezug den VB-max nicht übersteigt.</p> <p>Evtl. zu viel einbehaltene Beiträge zur KV und PV werden von der Krankenkasse erstattet, sofern die Zahlstelle nicht von sich aus (durch Verrechnung) eine Erstattung vornimmt.</p>

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
9.	Beitragsnachweis an die Krankenkasse (§ 256 Abs. 1 SGB V; § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	Beitragsnachweis je Krankenkasse bzw. Geschäftsstelle und Abrechnungszeitraum <ul style="list-style-type: none"> - Name und Betriebsnummer der Krankenkasse - Abrechnungszeitraum - Beitragssatz zur KV - Beitrag in EUR zur KV - Beitragssatz zur PV - Beitrag in EUR zur PV - Name und Anschrift der Zahlstelle - Zahlstellenummer Evtl. ist ein Summenblatt für die Inkassostelle zu erstellen.	Die Beifügung von Einzelaufstellungen mit Namen, Höhe des Versorgungsbezugs oder sonstiger Angaben einzelner Versorgungsempfänger ist nicht erforderlich.
10.	Beitragsliste/Bestandsliste bei der Zahlstelle (§ 256 Abs. 1 SGB V; § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	Beitragsliste/Bestandsliste je Krankenkasse bzw. Geschäftsstelle <ul style="list-style-type: none"> - Zahlstellenummer - Name und Betriebsnummer der Krankenkasse - Abrechnungszeitraum - Name, Vorname und Geburtsdatum des Versorgungsempfängers - je Versorgungsempfänger - lfd. Nummer 	Die Beitragsliste/Bestandsliste wird den Krankenkassen einmal jährlich, nach Absprache mit der Zahlstelle, zur Verfügung gestellt.

Dokumentation

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
noch 10.			<ul style="list-style-type: none"> - Krankenversicherтенnummer - Aktenzeichen - Bruttobezüge - Beitrag in EUR zur KV - Beitrag in EUR zur PV - Gesamtsumme Evtl. ist ein Summenblatt für die Inkassostelle zu erstellen.	
11.	Beitragsentrichtung (§ 256 Abs. 1 SGB V; § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	Überweisungen sind an die jeweilige Krankenkasse bzw. Geschäftsstelle zu tätigen. Evtl. ist an die Inkassostelle unter Angabe der Zahlstellennummer und des Bezugsmonats zu überweisen.	Die Beiträge werden fällig mit der Auszahlung der Versorgungsbezüge, von denen sie einzubehalten sind. Die Beiträge zur KV und zur PV können in einer Summe an die zuständige Krankenkasse überwiesen werden. Auf der Überweisung ist die Zahlstellennummer anzugeben.

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
12.	Mitteilung der Zahlstelle an die Krankenkasse über Veränderungen der Versorgungsbezüge (§ 202 Satz 1 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	<p>Die Mitteilung enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahlstellennummer - Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versorgungsempfängers - Aktenzeichen/ Personalkennziffer der Zahlstelle - Betriebsnummer der Krankenkasse - Krankenversicherungsnummer - Grund der Meldung: Änderung = 2 - Zeitpunkt der Änderung - Höhe des monatlichen Versorgungsbezuges 	<p>Veränderungsmeldungen sind erforderlich, wenn die Krankenkasse die Beiträge zur KV und/oder PV selbst einzieht oder der Versorgungsempfänger als Mehrfachbezieher gekennzeichnet ist. In diesen Fällen sind Änderungsmeldungen auch dann zu erstatten, wenn sich der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge durch Gewährung einer Einmalzahlung (z.B. Weihnachtsgeld) erhöht. Es ist einmal für den Monat, in dem die Einmalzahlung gewährt wird, eine Meldung abzugeben; darüber hinaus muss für die anschließende Zeit wiederum der laufende Versorgungsbezug gemeldet werden. Wenn möglich, sollten beide Meldungen zusammen abgegeben werden.</p> <p>Soweit der Zahlstelle eine Zuordnung von Meldungen oder Beantwortungen von Rückfragen nur über das aktuell gültige Aktenzeichen möglich ist, sind der Krankenkasse geänderte Aktenzeichen zu melden.</p>

Dokumentation

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
13.	Mitteilung der Zahlstelle an die Krankenkasse über eine Insolvenz oder eine Fusion	---	Die jeweiligen An- und Abmeldungen können in Form einer Liste (Sammelmeldung) der zuständigen Krankenkasse erstattet werden.	<p>Bei Fusionen von Zahlstellen hat die bisher zuständige Zahlstelle eine Abmeldung und die neu zuständige Zahlstelle eine Anmeldung an die zuständige Krankenkasse abzugeben.</p> <p>Bei Insolvenzen ist die Abmeldung der Versorgungsbezieher von der Zahlstelle oder dem Insolvenzverwalter zum letzten Tag des Monats, für den die Versorgungsbezüge gezahlt werden, vorzunehmen. Sofern der Versorgungsbezug über den Pensionssicherungsverein weiter gezahlt wird, ist die Krankenkasse mit der Abmeldung darauf hinzuweisen.</p>
14.	Mitteilung der Krankenkasse an die Zahlstelle über Veränderungen und das Ende der Beitragsabführungspflicht (§ 202 Satz 4 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	Die Mitteilung enthält: <ul style="list-style-type: none"> - Zahlstellenummer - Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten 		

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
noch 14.		<ul style="list-style-type: none"> - Aktenzeichen/ Personalkennziffer der Zahlstelle - Betriebsnummer der Krankenkasse - Krankenversicherthenummer - Grund der Meldung: Änderung= 2 Abmeldung wegen Ende der Beitragsabführungspflicht - Krankenkassenwechsel = 6 - Ende der Rente = 7 - Ende der Mit- gliedschaft = 8 - Ende wegen Tod = 9 - Zeitpunkt der Änderung - Beitragsabführungspflicht nein (KV + PV) = 1 ja (KV + PV) = 2 ja (nur KV) = 3 ja (KV + PV) Beihilfe-/Heilfürsorge- berechtigter = 4 ab..... - Beitragssatz KV 	<p>Das Ende des Abzugsverfahrens und ggf. Ermittlung der für den Versorgungsempfänger zustän- digen neuen Krankenkasse/ Pflegekasse ist zu melden.</p>	<p>Bei den Meldegründen 6 bis 9 sind Angaben zur Beitragsabführung spflicht, zum Beitragssatz, zum Mehrfachbezug, zur Anpassung und Höhe des VB-max nicht erforderlich.</p> <p>Bei einem Krankenkassenwechsel ist - wenn bekannt - die neue Krankenkasse und deren Betriebsnummer anzugeben.</p>

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
noch 14		<ul style="list-style-type: none"> - Mehrfachbezug nein = 1 ja = 2 ja, Geringbezieher = 3 - Anpassung des VB-max durch Zahlstelle möglich nein = 1 ja = 2 - ggf. VB-max - Veränderungsmeldungen der Zahlstelle hin- sichtlich der Höhe des Versorgungsbezuges erforder- lich nein = 1 ja = 2 		

Lfd. Nr.	Vorgang	Krankenkasse	Zahlstelle	Bemerkungen
15.	Mitteilung der Zahlstelle an die Krankenkasse über das Ende des Versorgungsbezuges, sofern keine Mitteilung nach lfd. Nr. 14 vorliegt (§ 202 Satz 1 SGB V; § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	<p>Die Mitteilung enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahlstellenummer - Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versorgungsempfängers - Aktenzeichen/ Personalkennziffer der Zahlstelle - Betriebsnummer der Krankenkasse - Krankenversicherturnummer - Grund der Meldung: Ende = 3 - Ende des Versorgungsbezuges <p>Bei einer Kapitalisierung laufender Versorgungsbezüge ist deren Höhe, Zeitpunkt der Auszahlung und ggf. Zeitraum anzugeben.</p>	<p>Wird ein bisher laufender Versorgungsbezug kapitalisiert, sind hier die Angaben zum kapitalisierten Betrag erforderlich. Dabei ist auch der privat finanzierte Anteil zu melden. Bei Ratenzahlungen ist der Gesamtbetrag anzugeben.</p>
16.	Überwachung der Beitragsentrichtung durch die Krankenkasse (§ 256 Abs. 3 SGB V; § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)	---	<p>Die Zahlstelle wird durch die Krankenkassen hinsichtlich des Meldeverfahrens und der Beitragsentrichtung geprüft.</p>	<p>Die Zahlstellenprüfung wird nach der Maßgabe der Beschreibung zum Zahlstellenüberwachungsverfahren in der jeweils geltenden Fassung durchgeführt.</p>

Dokumentation

PERSÖNLICHES

**Landwirtschaftliche Sozialversicherung
Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben**

Direktor Dagobert Peschkes in den Ruhestand verabschiedet



Zum 1. Juni 2006 wurde Direktor Dagobert Peschkes in den einstweiligen Ruhestand verabschiedet. Fast 32 Jahre hat sich Dagobert Peschkes bei der LSV für die soziale Sicherheit der Landwirtschaftlichen Familien und derer, die in der Landwirtschaft beschäftigt sind, engagiert. Peschkes kam 1974, nach dem Studium der Rechtswissenschaft und dem Ablegen der Juristischen Staatsprüfungen, zur LSV Schwaben nach Augsburg. Seine Tätigkeiten waren: Beteiligung beim Aufbau der Zusatzversorgung der Arbeitnehmer, Referent von Datenverarbeitung und Organisation, Referent der Personalabteilung und Referent im Regress. Mitte 1982 hat ihn die Vertreterversammlung zum stellvertretenden Geschäftsführer und dann Anfang 2000 zum Geschäftsführer gewählt. Seit Januar 2003 bildete er zusammen mit Direktor Alois Brandlmeier das Direktorium der LSV Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben.

Ein deutscher Philosoph sagte einmal: „Abschied ist die Tür zur Zukunft.“ In diesem Sinne dankt die Land- und forstwirtschaftliche Sozialversicherung Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben Direktor Dagobert Peschkes für seinen sehr persönlichen Einsatz für die Landwirtschaftlichen Familien und denen, die in der Landwirtschaft beschäftigt sind.

BÜCHER

Handbuch Kooperationen im Gesundheitswesen, Dr. Bernd Halbe, Rechtsanwalt, Horst D. Schirmer, Rechtsanwalt (Hrsg.), Economica, Heidelberg, CD-ROM mit Booklet, 118,00 €, ISBN 3-87081-378-4, CD-ROM mit Booklet, Erstlieferung 118,00 €, Update 64,00 €, Dezember 2005

Verstärkte Vernetzung und partnerschaftliche Kooperationen zwischen Kliniken, Ärzten, Apotheken, Krankenkassen sowie Industrie- und Handelsunternehmen sind notwendig, um die Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen zu verbessern. Auch die Fortschritte in Medizin, Wissenschaft und Technik sind untrennbar mit der Entwicklung zur Arbeitsteilung und zur Spezialisierung verbunden. Mit der Vielzahl medizinischer Spezialgebiete vermehrte sich auch die Anzahl der Fachberufe im Gesundheitswesen, die jedoch angesichts des umfangreichen Leistungsspektrums wieder auf ein effizientes Zusammenwirken angewiesen sind.

Vor diesem Hintergrund soll das Handbuch dem Juristen und dem Mediziner eine praktische Arbeitshilfe sein und aufkommende Fragen zum Berufs- und Vertragsarztrecht, zu den unterschiedlichen Gestaltungsformen der Kooperationen, zum Gesellschaftsrecht beantworten. Für den Krankenkassenbereich sind vor allem die Ausführungen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen und dem ambulanten Operieren im Krankenhaus von Interesse, weniger dagegen die über vertragsärztliche Kooperationen (Organisations- und Berufsausübungsgemeinschaften, z. B. Praxismgemeinschaft). Ausführungen zur Integrierten Versorgung fehlen bisher, ebenso wie solche zu Kooperationen im Bereich der Pharmaindustrie/Apotheken. Fast ein Drittel des Buches macht zudem eine Materialsammlung der einschlägigen Gesetze aus, was bedauerlich ist: Derjenige, der sich vertieft mit dieser Materie beschäftigt, wird bereits über die hier abgedruckten Gesetze verfügen, zumal es sich um keine seltenen oder nicht im Internet auffindbaren handelt. Der Bereich der strukturierten Behandlungsprogramme ist von Grüne, dem Justiziar des G-BA, gut kommentiert, auch wenn hier im Wesentlichen die Begründung des Leitfadens des Bundesversicherungsamtes für die Antragsstellung zur Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme wiedergegeben ist. Auch das Kapitel "Ambulantes Operieren im Krankenhaus", Autoren hier Nösser/Korthus, ist detailliert und übersichtlich dargestellt. Die ebenfalls im Lieferumfang enthaltene CD-ROM verfügt über eine verständliche Benutzerführung. Verschiedene Suchmöglichkeiten bieten den schnellen Zugriff auf die gewünschten Informationen. Insgesamt ist das Handbuch ein hilfreiches und verlässliches Arbeitsmittel, weitere Aktualisierungen sollten jedoch abgewartet werden.

Musterverträge im Gesundheitswesen, Dr. Thomas Schlegel, Carsten Faller (Hrsg.), C.F. Müller/MedizinRecht.de, Heidelberg/Frankfurt am Main, 2006, ca. 800 Seiten, Loseblattwerk im Ordner mit CD-ROM zur Fortsetzung, Reihe: Gesundheitsrecht in der Praxis, 198,00 € ISBN 3-8114-3254-0.

Die Komplexität der Regelungen und Vertragswerke im Gesundheitswesen steigt unaufhörlich. Musterverträge sind daher zeit- und arbeitssparend, auch wenn sie – wie schon ihr Name nahe legt - nur ein Muster und damit eine erste Orientierungshilfe sein können. Nahezu jeder Vertrag beinhaltet eine besondere tatsächliche Konstellation, die einer maßgeschneiderten rechtlichen Lösung bedarf. Je stärker die Wirklichkeit von der des Mustervertrages abweicht, desto weniger brauchbar wird Letzterer sein. Dies im Auge behalten, ist das Buch vor allem für diejenigen, der sich in diese Materien einfinden wollen, hilfreich, da die einzelnen Klauseln der Verträge auch erläutert werden.

Die in dem Loseblattwerk enthaltenen Musterverträge wurden teilweise schon in der bewährten Reihe "Frankfurter Musterverträge" in Buchform veröffentlicht. Bestandteil der Loseblattsammlung sind z. B. ein Gemeinschaftspraxisvertrag, ein Mietvertrag für eine Arztpraxis, eine Wahlleistungsvereinbarung, ein Behandlungsvertrag, der Vertrag zur Gründung einer Privatklinik, ein Heimvertrag, ein Forschungs- und Entwicklungsvertrag für die klinische Forschung. Für Mitarbeiter der Krankenkassen ist das Buch in der jetzigen Fassung dagegen noch nicht interessant, da bis auf die Integrierte Versorgung kein Vertragsformular aus dem Alltagsgeschäft der Abteilung Vertragsrecht betroffen sein dürfte. Als Mustervertrag ist hier ein Hüft- und Knie-Tep-Integrationsvertrag abgedruckt, der in seinem Inhalt ohnehin dem zuständigen Krankenkassen-Justitiar bekannt sein dürfte. Die Erläuterungen zu diesem Vertrag umfassen 13 Seiten.

Dem Loseblattwerk liegt außerdem eine CD-ROM bei, die RTF-Dateien aller Vertragsmuster zur Übernahme in eine Textverarbeitung bereitstellt. Zusammenfassend ist dies vor allem eine Arbeitshilfe für den auf das Medizinrecht spezialisierten Juristen, da dessen breites Leistungsspektrum sich hier gut wiederfindet. Durch den Kauf des Gesamtwerkes erhält man zudem gegenüber dem Erwerb aller Einzelwerke einen Kostenvorteil. Geplant ist allerdings auch die Veröffentlichung von Musterverträgen nur in dem Sammelwerk, was ein weiterer Erwerbsvorteil wäre.

Übersicht über das Sozialrecht – Ausgabe 2006. Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und BW Bildung und Wissen Verlag, 983 Seiten, gebunden, mit CD-Rom, ISBN: 3-8214-7242 -1, 28,- EUR. Das Buch erscheint jährlich in aktualisierter Fassung. www.bwverlag.de

Wer könnte das aktuelle deutsche Sozialrecht besser erklären als jene Juristen, die an der Gesetzgebung mitgearbeitet haben? Auf ca. 1.000 Seiten beschreiben Fachleute aus den Bundesbehörden, wie die Rechtsnormen angewendet werden. Dabei bedienen sie sich einer klaren Sprache, die auch Laien die komplexe Materie näher bringt. Das detaillierte Inhaltsverzeichnis und das Stichwortregister erleichtern die Informationssuche; typische Fallbeispiele zeigen, wie die Gesetze in der Praxis angewendet werden.

Berater im sozialen Bereich, Juristen, Beschäftigte in Verwaltung, Verbänden und dem Versicherungswesen finden hier Sachinformationen und Verständnishilfen. Neben den zwölf Sozialgesetzbüchern interpretieren sie alle weiteren Gesetze, Verordnungen und Regelungen rund um die soziale Absicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Erläutert werden u.a. die Soziale Sicherung der freien Berufe, der Familienleistungsausgleich und das Wohngeld, Hilfen für Spätaussiedler, die Sozialgerichtsbarkeit und mehr.

Alle Texte des Buches befinden sich auch auf der beiliegenden CD-Rom. Wer bis zum Erscheinen der „Übersicht über das Sozialrecht - Ausgabe 2007“ auf dem Laufenden bleiben will: Auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (www.bmas.de) wird das Buch kontinuierlich aktualisiert.