

Sozialversicherungsrecht

KAPITEL

3

3.1 Grundlagen der Sozialversicherung

Die Sozialversicherung ist eine Ausprägung des sozialen **Rechtsstaatsprinzips** der Bundesrepublik Deutschland (Art. 20 GG). In der modernen Gesellschaft wird der Lebensunterhalt typischerweise durch berufliche Arbeit gesichert. Die Sicherung des Lebensunterhalts gerät in Gefahr, wenn die Arbeitsleistung z.B. wegen Krankheit, Unfall oder Alter nicht erbracht werden kann.

Diesem Risiko wirkt die gesetzliche **Sozialversicherungspflicht** entgegen. Sie dient sowohl dem Schutz der einzelnen Versicherten als auch dem Schutz der Allgemeinheit, die im Fall mangelnder Risikovorsorge über steuerlich finanzierte Maßnahmen eintreten müsste. Die gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung finden sich im **Sozialgesetzbuch** (SGB), Viertes Buch (IV): Darin sind die Grundsätze des Sozialrechts, Begriffsbestimmungen, Regelungen zu Leistungen und Beiträgen und Meldepflichten der Arbeitgebenden normiert.

3.1.1 Versicherungszweige

Entsprechend den bestehenden Risiken ruht die Sozialversicherung auf fünf Säulen: Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung.

3.1.2 Versicherungsträger

Die Wahrnehmung der Aufgaben der Sozialversicherung obliegt den **Sozialversicherungsträgern**. Die Versicherungsträger sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Träger der Krankenversicherung sind die im Folgenden genannten Krankenkassen (vgl. § 4 SGBV), bei denen auch jeweils die Pflegekassen eingerichtet sind: Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sowie 14 regionale Versicherungsträger. Für Selbstständige und ihre Angehörigen in den Bereichen Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau ist außerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) zuständig.

Träger der Arbeitslosenversicherung und der Arbeitsförderung ist die Bundesagentur für Arbeit. Sie gliedert sich in die Hauptstelle mit Sitz in Nürnberg, zehn Regionaldirektionen und über 150 Agenturen für Arbeit mit etwa 600 Dependancen. Dazu kommen gut 300 Jobcenter, die als gemeinsame Einrichtungen der örtlichen Arbeitsagenturen und der jeweiligen kommunalen Behörden geführt werden, und gut 100 zugelassene kommunale Träger, die die Aufgaben eines Jobcenters in alleiniger Verantwortung ausführen.

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind (§ 114 SGB VII) gewerbliche und landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften (BG) sowie Unfallkassen und Gemeindeunfallsicherungsverbände. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften gliedern sich nach den Gewerbebranchen (z.B. BG ETEM für Energie, Textil, Elektro und Medienerzeugnisse).



3.1.3 Finanzierung

Die Finanzierung der Versicherungen erfolgt zumeist durch Beitragszahlungen. Diese werden von den Arbeitgebenden und – mit Ausnahme der gesetzlichen Unfallversicherung – von den Arbeitnehmenden getragen. Dazu kommt v.a. bei der Arbeitslosenversicherung eine Finanzierung durch andere staatliche Mittel, v.a. Steuermittel.

■ Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V)

Die Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung beruht ganz überwiegend auf Beiträgen von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden. Beide Beiträge werden insgesamt von den Arbeitgebenden abgeführt. Seit 2015 gilt ein gesetzlicher Beitragssatz in Höhe von 14,6% des Bruttoeinkommens. Krankenkassen, die mit diesem Beitrag nicht auskommen, dürfen in ihrer Satzung einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag festlegen, der seit 2019 paritätisch je zur Hälfte von den Arbeitgebenden und den Arbeitnehmenden getragen wird. Die große Mehrzahl der Krankenkassen erhebt derzeit einen solchen Zusatzbeitrag. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag, an dem sich die Krankenkassen orientieren, beträgt für das Jahr 2023 1,6%.

Der Beitragssatz wird auf Einkommen bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze berechnet (2023: 59.850 € im Jahr), darüber hinausgehende Einkünfte bleiben beitragsfrei.

Die Beiträge werden von den Krankenkassen eingezogen und an den **Gesundheitsfonds** weitergeleitet, der zusätzlich auch durch Steuermittel gespeist wird. Den Krankenkassen werden nach einem bestimmten Verteilungsschlüssel, der sich aus einem Grundbetrag und aus der Mitgliederstruktur der einzelnen Kasse ergibt, Mittel zugewiesen.

Bei der **Pflegeversicherung** beträgt der Beitragssatz im Jahr 2023 3,05%. Kinderlose Mitglieder, die älter als 23 Jahre sind, zahlen bei der Pflegeversicherung einen Zuschlag von 0,35%, derzeit also statt ihres Anteils von 1,525% insgesamt 1,875%. In Sachsen ist die Aufteilung aufgrund einer Sonderregelung etwas anders (Arbeitgebende 1,025 % und Arbeitnehmende 2,025 %, ggf. zuzüglich des Kinderlosenzuschlags).

■ Rentenversicherung (SGB VI)

Die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt zu etwa zwei Dritteln über Beiträge der Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden. Der Beitragssatz für die Pflichtversicherten in der Rentenversicherung beträgt seit dem 01.01.2018 18,6 % des Bruttoarbeitsentgelts, soweit die Beitragsbemessungsgrenze (2023: 7.300 € monatlich für die alten, 7.100 € für die neuen Bundesländer) nicht überschritten wird.

■ Arbeitslosenversicherung (SGB III, SGB II)

Die Leistungen der Arbeitsförderung werden durch Beiträge der Versicherungspflichtigen und der Arbeitgebenden sowie durch Umlagen, durch Mittel des Bundes und durch sonstige Einnahmen finanziert. Der Beitragssatz beträgt derzeit 2,6% der beitragspflichtigen Einnahmen. Die **Beitragsbemessungsgrenzen** entsprechen denen der Rentenversicherung.

■ Unfallversicherung (SGB VII)

Im Gegensatz zur Kranken- und Pflegeversicherung wird die Unfallversicherung **allein vom Unternehmen** (Arbeitgebende) finanziert. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Finanzbedarf (Umlagesoll), den Arbeitsentgelten der Versicherten oder deren Zahl, den Gefahrenklassen und u. U. der Anzahl der angezeigten Versicherungsfälle.

3.1.4 Aufgaben der Selbstverwaltung und ihrer Organe

Die Selbstverwaltung der Versicherungsträger wird im Rahmen des Gesetzes und der jeweiligen Satzung durch die Versicherten und die Arbeitgebenden in eigener Verantwortung ausgeübt (§§ 29, 44 SGB IV). So sollen Versicherte, Arbeitgebende und Verwaltung möglichst eng miteinander verbunden werden. Die Satzung regelt u. a. die konkrete Zusammensetzung der Organe der Versicherungsträger.

■ Organe der Selbstverwaltung

Für die Mitwirkung der Versicherten und Arbeitgebenden in der Selbstverwaltung der Versicherungsträger gibt es zwei Organe: die **Vertreterversammlung** und den **Vorstand**, dem zudem eine **Geschäftsführerin oder ein Geschäftsführer** mit beratender Stimme angehört (§ 31 Abs. 1 SGB IV).



Sozialversicherungsrecht

Wahl der Vertreterversammlung und des Vorstands (§§ 43 ff. SGB IV)

Versicherte sowie Rentnerinnen und Rentner wählen die Vertretung der Versicherten. Die Arbeitgebenden wählen getrennt davon ihre Vertreter und Vertreterinnen über Vorschlagslisten. Die Sozialwahlen sind wie politische Wahlen **frei und geheim**; es gelten die Grundsätze der **Verhältniswahl**. Allerdings werden die Kandidierenden von Gewerkschaften und Vereinigungen der Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden nominiert. Einigen sich die Vereinigungen der Arbeitnehmenden oder Arbeitgebenden auf eine Vorschlagsliste, so gelten die in der Liste genannten Kandidierenden als gewählt (**fiktive Wahl bzw. Friedenswahl**). Wahlberechtigt sind Versicherte, die am 2. Januar des Wahljahres das 16. Lebensjahr vollendet haben, Rentnerinnen und Rentner sowie Arbeitgebende. Wählbar ist, wer das 18. Lebensjahr vollendet hat. Die Wahlen finden **alle sechs Jahre** statt. Die Vertreterversammlung wählt ihrerseits die Mitglieder des Vorstands.

Aufgaben der Organe

Die **Vertreterversammlung** hat u.a. die Aufgaben, den Haushalt festzustellen, die Jahresrechnung für das vergangene Jahr zu erteilen und die Geschäftsführung zu wählen.

Der **Vorstand** hat u.a. folgende Aufgaben: den Entwurf des Haushaltsplans aufzustellen, die Jahresrechnung zu

prüfen und sie der Vertreterversammlung vorzulegen, den jährlichen Geschäftsbericht zu erstatten und das Vermögen anzulegen.

3.2 Krankenversicherung

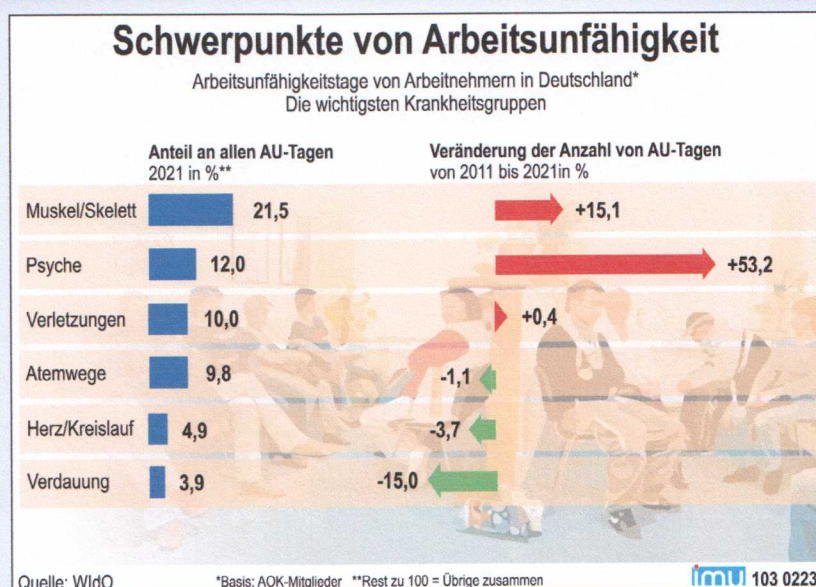
Ziele

Hauptziel der Krankenversicherung ist, die Versicherten gegenüber den durch Krankheit entstehenden Risiken abzusichern. Dies geschieht durch **Verhütung, Früherkennung und Behandlung** von Krankheiten. Daneben sichert die Krankenversicherung die Versicherten auch für den Fall der **Schwangerschaft** ab und sichert Rehabilitationsmaßnahmen.

Aufgaben

Gemäß § 1 SGB V hat die Krankenversicherung die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern. Die Versicherten sind für ihren Gesundheitszustand mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, Krankheit (vgl. dazu Abbildung 3.1) und Behinderung zu überwinden bzw. zu vermeiden.

Abb. 3.1: Schwerpunkte von Arbeitsunfähigkeit





Sozialversicherungsrecht

Gegenstand der Krankenversicherung ist die **Erbringung von Sach- und Dienstleistungen** bei Eintritt eines Versicherungsfalls. Unter einem **Versicherungsfall** versteht man ein bestimmtes Ereignis (Tatbestandsmerkmal), das einen Leistungsanspruch auslöst. Ein Leistungsanspruch entsteht gem. § 11 SGB V insbesondere in folgenden Fällen:

- Krankheit (Verhütung, Früherkennung und Behandlung)
- Mutterschaft (Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Empfängnisverhütung)
- Rehabilitation

Nach der Rechtsprechung ist **Krankheit** ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat. Dieser Begriff ist kein medizinischer, sondern ein juristischer, wobei im Rahmen der gesetzlichen Regelungen der Krankenversicherung die Gegebenheiten der einzelnen Lebensabschnitte zu berücksichtigen sind.

Rahmenbedingungen

Es besteht ein **Wahlrecht** zwischen den verschiedenen für den Beschäftigungs- oder Wohnort zuständigen Krankenkassen (Ausnahme: manche BKKs und IKKs). Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse i. d. R. 12 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 SGB V), es sei denn, die Krankenkasse erhöht die Beiträge; dann ist eine Kündigung früher möglich.

Versicherter Personenkreis: Es gibt drei Arten der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung: Pflichtversicherte, Familienversicherte und freiwillig Versicherte.

Pflichtversichert sind Arbeitnehmende, Angestellte und Auszubildende, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind. Daneben sind z. B. versicherungspflichtig die Empfänger/-innen von Arbeitslosengeld, Rentner/-innen, Künstler/-innen sowie Publizistinnen und Publizisten. Dazu gehören auch Personen, die an Jugendhilfemaßnahmen oder an Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit teilnehmen, in Behindertenwerkstätten beschäftigte behinderte Menschen und an staatlichen Hochschulen eingeschriebene Studierende (s. im Einzelnen § 5 Abs. 1 Nr. 1–13 SGB V).

Bestimmte Personengruppen sind **versicherungsfrei** (vgl. im Einzelnen § 6 Abs. 1 Nr. 1–8, Abs. 2 SGB V). Insbesondere sind Arbeitnehmende versicherungsfrei, deren regelmäßiges Jahreseinkommen die **Jahresarbeitsentgeltgrenze** übersteigt (2023: 66.600 €). Bestimmte Personen können auf Antrag eine Befreiung von der Versicherungspflicht erreichen (s. § 8 Abs. 1 Nr. 1–7 SGB V), z. B. Studierende und Personen, die aufgrund der Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenzen versicherungspflichtig werden.

Freiwillig versichert sind jene Personengruppen, die aus einem der o. g. Gründe versicherungsfrei sind und der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beitreten (vgl. § 9 Abs. 1 Nr. 1–8 SGB V).

Schließlich ist in § 10 SGB V die **Familienversicherung** des Ehegatten oder der -gattin, des Lebenspartners oder der -partnerin und der Kinder von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt. Diese sind unter bestimmten Voraussetzungen mitversichert, namentlich, wenn sie nicht selbst versicherungspflichtig oder freiwillig versichert sind und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße überschreitet (ab 2023 bundeseinheitlich monatlich 485 €). Für geringfügig beschäftigte Familienangehörige liegt die Einkommensgrenze bei monatlich 520 €. Kinder sind bis zum 18. Lebensjahr, wenn sie nicht erwerbstätig sind, bis zum 23., und wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, bis zum 25. Lebensjahr familienversichert.

Für eine Krankenversicherung im Niedriglohnssektor gelten die im Folgenden erläuterten Rahmenbedingungen.

● Geringfügige Beschäftigung

Die Grenze für die Höhe der Bruttoeinkünfte bei sog. **Minijobs** liegt bei 520 € (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV). Eine Beschränkung auf eine wöchentliche Stundenzahl gibt es nicht. Arbeitgebende zahlen pauschal 15% an die Renten- und 13% an die Krankenversicherung, 2% Steuern und je nach Situation kleinere Prozentsätze für Umlagen zur Absicherung der wirtschaftlichen Risiken der Arbeitgebenden in Fällen von Krankheit und Mutterschaft der Arbeitnehmenden bzw. für den Insolvenzfall.



Sozialversicherungsrecht

Der Gesetzgeber hat mit der Erhöhung der Entgeltgrenze für Minijobs ab Oktober 2022 eine **dynamische Geringfügigkeitsgrenze** eingeführt, die dazu führt, dass niemand wegen einer Erhöhung des Mindestlohns (Ende 2022 12€/Stunde) die Geringfügigkeitsgrenze überschreitet. Eine wöchentliche Arbeitszeit von zehn Stunden zum Mindestlohn wird danach immer im Geringfügigkeitsbereich liegen.

Die **Beiträge** werden von der Minijob-Zentrale eingezogen. Arbeitnehmende leisten 3,6% Beitrag zur Rentenversicherung, wenn sie sich von der Rentenversicherungspflicht nicht haben befreien lassen. Haushaltsnahe Tätigkeiten sind für Beschäftigte ohne Stundenbegrenzung bis zu einem Verdienst von 520€ monatlich steuer- und abgabenfrei, lediglich nicht von der Rentenversicherungspflicht befreite Arbeitnehmende zahlen einen Rentenversicherungsbeitrag von 13,6%. Arbeitgebende zahlen jeweils 5% an die Renten- und die Krankenversicherung, 2% Steuern, 1,6% Beitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung und in geringem Umfang Umlagen.

Eine geringfügige Beschäftigung wird nicht mehr mit einer nicht geringfügigen Beschäftigung zusammengerechnet. Wird bei der Zusammenrechnung mehrerer Beschäftigungsverhältnisse festgestellt, dass die Voraussetzungen einer geringfügigen Beschäftigung nicht mehr vorliegen, tritt die Versicherungspflicht erst mit dem Tag der Bekanntgabe der Feststellung durch die Einzugsstelle oder einen Träger der Rentenversicherung ein.

● Kurzfristige Beschäftigung

Ist die Arbeitszeit von vornherein auf drei Monate oder 70 Arbeitstage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt, so sind Arbeitnehmende unabhängig von der Höhe der Einkünfte steuer- und abgabenfrei (§8 Abs. 1 Nr.2 SGB IV). Arbeitgebende zahlen nur geringe Abgaben für die Umlagen, aber keine Beiträge zur Renten- oder Krankenversicherung. Die Versteuerung erfolgt nach dem individuellen Steuersatz oder pauschal mit 25 %.

● Übergangsbereich

Die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmenden für monatliche Einkünfte zwischen 520,01 € und 2.000 €

werden auf der Grundlage einer reduzierten Beitragsbemessungsgrundlage nach einer gesonderten Formel berechnet. Dies führt dazu, dass der volle Beitragssatz auf Arbeitnehmerseite erst ab einem Einkommen von monatlich 2.000,01 € gezahlt werden muss. Der Beitragsanteil der Arbeitgebenden richtet sich dagegen nach den tatsächlichen Einkünften. Nachteile bei der Rentenberechnung entstehen den Arbeitnehmenden durch die reduzierte Beitragszahlung nicht.

Leistungen

Bei freier Wahl der von den Krankenkassen zugelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie der sonstigen Vertragsbeteiligten umfasst der Versicherungsschutz u. a. folgende Leistungen:

- Leistungen zur **Verhütung** von Krankheiten
- Leistungen zur **Früherkennung** von Krankheiten (§§ 25 ff. SGB V)
- Leistungen zur **Behandlung** einer Krankheit (§§ 27 ff. SGB V)
- **Krankengeld** (§ 44 Abs. 1 SGB V). Anspruch auf Krankengeld entsteht, wenn die Krankheit die Versicherten arbeitsunfähig macht oder sie stationär behandelt werden. Höhe: 70 % des entgangenen Bruttoentgelts, höchstens 90 % des Nettolohns. Das Krankengeld ist wegen derselben Krankheit auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren begrenzt.
- Leistungen bei **Schwangerschaft und Mutterschaft** (§ 21 Abs. 1 Nr. 3 SGB I, §§ 24 c–24 i SGB V), bei Schwangerschaftsabbruch, bei Sterilisation

Kein Anspruch auf Leistungen gegenüber der Krankenkasse entsteht, wenn die Krankheit auf einem Arbeitsunfall beruht oder eine Berufskrankheit darstellt. In diesem Fall tritt die **gesetzliche Unfallversicherung** ein (§ 11 Abs. 5 SGB V).

3.3 Pflegeversicherung

Ziele

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung war das Risiko der Pflegebedürftigkeit als einziges großes gesellschaftstypisches Lebensrisiko nicht öffentlich-rechtlich abgesichert. Bei zunehmender Lebenserwartung und dem Zerfall der Großfamilie, in der die Generationen füreinander



Sozialversicherungsrecht

sorgen, steigt die Zahl der Fälle, in denen Menschen sich nicht mehr ohne fremde Hilfe versorgen können.

Die Leistungen der Pflegeversicherung (s. Abbildung 3.2) sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 SGB XI).

Aufgaben

Die im SGB XI geregelte Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Pflegebedürftig i.S.d. Pflegeversicherungsrechts sind gem. § 14 SGB XI Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Betroffene können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer bestehen, das bedeutet voraussichtlich für mindestens sechs Monate.

Leistungen der Pflegeversicherung

Folgende Leistungen können gewährt werden (vgl. ferner § 28 Abs. 1 SGB XI):


- Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder eine Kombination aus beidem (§§ 36–38 SGB XI)
- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40 SGB XI)
- teilstationäre Pflege, vollstationäre Pflege, vollstationäre Kurzzeitpflege (§§ 41–43 SGB XI)
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen, Pflegekurse (§ 44 SGB XI)

Die im eigenen Haushalt oder in einem anderen Haushalt gepflegten Pflegebedürftigen erhalten **Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung**. Die Sachleistungen werden durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die meist bei ambulanten Pflegeeinrichtungen angestellt sind, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag geschlossen hat.

Das **Pflegegeld** wird jenen gewährt, die mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellen können, z. B. durch Familienmitglieder, Nachbarn oder Nachbarinnen oder erwerbsmäßige Kräfte.

Abb. 3.2: Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung					
<p>▶ Seit Januar 2017 gelten statt der ehemaligen „Pflegestufen“ neue „Pflegegrade“</p> <p>▶ Bei der Einstufung in Pflegegrade werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen der Pflegebedürftigen gleichermaßen gemessen und berücksichtigt</p> <p>▶ Gemessen wird der Grad der Selbstständigkeit in sechs Lebensbereichen</p>					
Hauptleistungen in Euro pro Monat	Pflegegrad (PG)...				
	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Geldleistungen häusliche Pflege		316	545	728	901
Sachleistungen häusliche Pflege		724	1.363	1.693	2.095
Entlastungsbetrag häusliche Pflege*	125**	125**	125**	125**	125**
Leistungsbetrag vollstationär	125**	770	1.262	1.775	2.005

Quelle: BMG Stand: Juli 2022 *Zweckgebundene Kostenerstattung z.B. für pflegende Angehörige **bis zu  104 0123



Sozialversicherungsrecht

Werden Sach- und Geldleistungen kombiniert (**Kombinationsleistung**, § 38 SGB XI), wird das Pflegegeld prozentual um den Anteil der beanspruchten Sachleistungen gemindert. Ist die Pflegeperson z. B. wegen Urlaubs oder Krankheit an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege, wenn die Pflegeperson den Pflegebedürftigen oder die Pflegebedürftige mindestens sechs Monate in seiner bzw. ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat und der bzw. die Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist.

Rahmenbedingungen

Versicherter Personenkreis: Die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Kapitel 3.2) sind auch versicherungspflichtig in der Pflegeversicherung (§ 20 SGB XI). Auch die freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind grundsätzlich ebenfalls in der Pflegeversicherung pflichtversichert. Sie können jedoch auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit in gleichem Umfang versichert sind (§ 22 Abs. 1 SGB XI). Privat Krankenversicherte sind verpflichtet, private Pflegeversicherungen abzuschließen.

Leistungsberechtigter Personenkreis: Leistungen der Pflegeversicherung werden auf Antrag gewährt. Ein Anspruch auf Leistungen besteht, wenn Versicherte innerhalb der vergangenen zehn Jahre vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre als Mitglied versichert oder familienversichert waren und der Versicherungsfall eintritt, also Pflegebedürftigkeit der bzw. des Antragstellenden vorliegt.

Leistungsstufen: Tritt der Versicherungsfall ein, so wird die betroffene Person für die Leistungsgewährung einem der in § 15 Abs. 3 SGB XI näher umschriebenen fünf Pflegegrade zugeordnet:

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Exkurs: Familienpflegezeit



Mit dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)

werden die Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessert (§ 1 FPfZG). Bei Arbeitgebenden mit mindestens 25 Beschäftigten haben Arbeitnehmende einen Anspruch darauf, bis zu 24 Monate teilweise freigestellt zu werden, wenn sie einen nahen Angehörigen oder eine nahe Angehörige in häuslicher Umgebung pflegen. Die Wochenarbeitszeit muss dabei mindestens 15 Stunden betragen (§ 2 Abs. 1 FPfZG). Die Familienpflegezeit muss mindestens acht Wochen vorher schriftlich beantragt werden und erfordert eine schriftliche Vereinbarung zwischen den Arbeitsvertragsparteien (§ 2 a Abs. 1 und 2 FPfZG).

Arbeitnehmende bekommen in der Zeit der Arbeitszeitreduzierung die Hälfte ihres Verdienstaufschlags ausgeglichen, sie müssen dafür aber danach über den gleichen Zeitraum bei ebenfalls reduziertem Gehalt ihr Zeitkonto wieder ausgleichen.

3.4 Rentenversicherung

Ziele

Die Rentenversicherung ist der zentrale Bestandteil der Alterssicherung der Versicherten. Daneben schützt sie Versicherte bei Gefährdung oder Minderung ihrer Erwerbstätigkeit sowie bei Tod der Versicherten deren Hinterbliebene.

Die heutige gesetzliche Rentenversicherung geht zurück auf das Gesetz betreffend die **Invaliditäts- und Alterssicherung**, das am 01.01.1891 in Kraft getreten ist. 1957 wurde das heute praktizierte **Umlageverfahren** („Generationenvertrag“) eingeführt, d. h., die Ausgaben eines Kalenderjahres werden aus den Einnahmen desselben Kalenderjahres finanziert. Seit dem 01.01.1992 ist das Rentenversicherungsrecht im SGB VI geregelt.



Sozialversicherungsrecht

Aufgaben

Eine Aufgabe der Rentenversicherung liegt in der Gewährung von **Leistungen zur Teilhabe** (Rehabilitation), um die Erwerbsfähigkeit der Versicherten so lange wie möglich zu erhalten, zu bessern oder wiederherzustellen (§§ 9 ff. SGB VI).

Zur Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit der Versicherten erbringt die gesetzliche Rentenversicherung v. a. Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation.

Eine weitere Aufgabe der Rentenversicherung ist die Gewährung von Renten zum Schutz der Versicherten oder der Hinterbliebenen bei Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls (§§ 33 ff. SGB VI).

Schließlich ist die Zahlung von Zuschüssen zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner und Rentnerinnen, die Zahlung von Abfindungen für Witwen und Witwer sowie in besonderen Fällen die Beitragserstattung Aufgabe der Rentenversicherung (§§ 106 ff. SGB VI).

Versicherte Personen

Der Rentenversicherung kann man angehören als pflichtversicherte Person **kraft Gesetzes**, als pflichtversicherte Person **auf Antrag** oder als **freiwillig** versicherte Person. Die größte Gruppe der Versicherungspflichtigen stellen auch hier die Beschäftigten dar (§ 1 SGB VI). Ferner sind die in § 2 SGB VI genannten selbstständig Tätigen versicherungspflichtig. Sonstige Versicherungspflichtige sind Personen, die sich in besonderen, zeitlich befristeten Umständen befinden (Kindererziehung, nicht erwerbsmäßiger Pflegedienst, Bezug von Kranken- oder Verletzungsgeld).

Auf Antrag versicherungspflichtig sind gem. § 4 SGB VI u. a. Deutsche, die für eine bestimmte Zeit im Ausland beschäftigt sind.

Versicherungsfrei (§ 5 SGB VI) sind diejenigen Personengruppen, die bereits anderweitig gegen die mit der Rentenversicherung abgedeckten Risiken abgesichert sind, z. B. Beamtinnen und Beamte.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht erfolgt auf Antrag für bestimmte Berufsgruppen (§ 6 SGB VI), die aufgrund einer auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder in berufsständischen Versorgungseinrichtungen sind (z. B. Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, Rechtsanwälte/Rechtsanwältinnen). Ebenfalls befreit werden selbstständig tätige Handwerkerinnen und Handwerker, wenn für sie mindestens 18 Jahre lang Pflichtbeiträge gezahlt worden sind.

Versichert sind gem. § 8 SGB VI Personen, die nachversichert sind oder auf die aufgrund des **Versorgungsausgleichs** oder eines **Rentensplittings** (dazu § 120a SGB VI) unter Eheleuten Rentenanwartschaften übertragen worden sind.

Die **Möglichkeit der freiwilligen Versicherung** ergibt sich aus § 7 SGB VI: Nicht versicherungspflichtige Personen können sich für Zeiten von der Vollendung des 16. Lebensjahres an freiwillig versichern. Gleiches gilt für Deutsche, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

Rahmenbedingungen

Die gesetzliche Rentenversicherung kennt Renten wegen Alters, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und wegen Todes (§ 33 SGB VI). Leistungen werden auf Antrag der Anspruchsberechtigten erbracht.

Voraussetzungen der Rentengewährung und -arten: Auf die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung haben die Versicherten einen Anspruch, wenn die für die jeweilige Rente erforderliche **Mindestversicherungszeit** (Wartezeit) erfüllt ist und die jeweiligen besonderen versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen vorliegen.

So ist z. B. für die **Regelaltersrente** erforderlich, dass die antragstellende Person die Regelaltersgrenze erreicht hat, mindestens fünf Jahre versichert war und 60 Monate Beiträge gezahlt hat. Die Regelaltersgrenze wird gem. § 35 Satz 2 SGB VI grundsätzlich mit 67 Jahren erreicht. Für die Jahrgänge 1947 bis 1963 sieht § 235 SGB VI eine Staffelung für das Erreichen der Regelaltersgrenze zwischen dem 65. und 67. Lebensjahr vor. Die ab Juli 2014 eingeführte „Rente mit 63“ erlaubt es langjährig Versicherten,



Sozialversicherungsrecht

nach 45 Beitragsjahren vorzeitig in Rente zu gehen. Für die Jahrgänge von 1952 bis 1964 verschiebt sich das Mindestalter ähnlich wie bei der Regelaltersrente nach und nach auf 65 Jahre.

Für die **Altersrente wegen Arbeitslosigkeit** ist erforderlich, dass die antragstellende Person mindestens 60 Jahre alt ist, 15 Jahre Wartezeit erfüllt hat, bei Rentenbeginn arbeitslos war, nach Vollendung von 58,5 Lebensjahren mindestens 52 Wochen arbeitslos gewesen ist und innerhalb der letzten zehn Jahre acht Jahre Pflichtbeiträge gezahlt hat (§ 237 Abs. 1 SGB VI).

Für die zahlreichen Rentenarten gelten jeweils andere Voraussetzungen bez. Lebensalter, Wartezeiten und sonstigen Voraussetzungen. Neben den genannten Rentenarten gibt es z. B. die Renten wegen Erwerbsminderung, wegen Berufsunfähigkeit, die kleine oder große Witwen- oder Witwerrente und die Waisenrente.

Die **Höhe der Rente** hängt von vier Faktoren ab:

- Das in den einzelnen Kalenderjahren versicherte Arbeitseinkommen wird in **Entgeltpunkte** umgerechnet (§ 63 Abs. 2 SGB VI).
- Vor- und Nachteile einer unterschiedlichen Rentenbezugsdauer werden durch einen **Zugangsfaktor** vermieden. Hierdurch lassen sich die persönlichen Entgeltpunkte der Versicherten ermitteln.
- Das Sicherungsziel einer Rentenart im Verhältnis zu einer Altersrente wird durch den **Rentenartfaktor** bestimmt (§ 67 SGB VI).
- Schließlich wird der aktuelle **Rentenwert** durch Rechtsverordnung bestimmt (§§ 63 Abs. 7, 69 SGB VI). Die Senkung der Rentenanpassung im Vergleich zur Bruttolohnentwicklung erfolgt über die Berechnung des Rentenwerts.

Formel: Rentenwert



$$\begin{aligned} &\text{Monatsrente} \\ &= \text{Versicherungsjahre (Vj.)} \\ &\cdot \text{persönliche Entgeltpunkte (PEP)} \\ &\cdot \text{aktueller Rentenwert (ARW)} \\ &\cdot \text{Rentenartfaktor (RAF)} \end{aligned}$$

Beispiel: Berechnung des Rentenwerts



Die Versicherte V hat 25 Jahre gearbeitet. Ihre Beiträge entsprechen 90% des Durchschnittsentgelts aller Versicherten. Sie beantragt nach Erreichen der Altersgrenze im Juni 2023 Altersrente.
Ergebnis: $25 \cdot 0,9 \cdot 36,02 \cdot 1,0 = 810,45 \text{ € Monatsrente}$
Vj. PEP ARW RAF

In den östlichen Bundesländern beträgt der Rentenwert seit Juli 2022 35,52 €.

3.5 Arbeitslosenversicherung

Ziele

Das Risiko der Arbeitslosigkeit wurde in Deutschland erstmals nach dem Ende des Ersten Weltkriegs unter der Bezeichnung **Erwerbslosenfürsorge** erfasst. Nach einigen Neufassungen wurde das spätere Arbeitsförderungsgesetz schließlich 1997 durch das **Arbeitsförderungs-Reformgesetz** in das SGB III integriert.

Weitere Reformen sind das **Job-AQTIV-Gesetz** vom 10.12.2001 sowie die Gesetze zur Umsetzung des **Hartz-Konzepts** vom 23.12.2002, mit denen weitere Instrumente zur Beeinflussung des Arbeitsmarkts, z. B. die Einschaltung von externen Vermittlerinnen und Vermittlern oder die Einrichtung von Personal-Service-Agenturen, geschaffen wurden. Jüngere Maßnahmen umfassen u. a. eine Verlängerung der Bezugsdauer des Kurzarbeitergelds und eine weitergehende Entlastung der Arbeitgebenden von den Sozialversicherungsbeiträgen für die Kurzarbeit.

Die Arbeitslosenversicherung dient längst nicht mehr nur der finanziellen Absicherung derjenigen, die ihre Arbeit verloren haben, bis sie wieder Arbeit gefunden haben. Vielmehr soll die geforderte Eigeninitiative der Arbeitslosen durch ein **Dienstleistungs- und Förderangebot** gestützt und abgesichert werden. Durch das im November 2022 verabschiedete Bürgergeld-Gesetz werden im Bereich der Förderung Arbeitsloser die Anreize für die berufliche Weiterbildung noch einmal verstärkt, u. a. durch Einführung von Prämien für erfolgreich absolvierte Ausbildungen (§ 87 a SGB III).



Sozialversicherungsrecht

Aufgaben

Die Aufgaben der Arbeitslosenversicherung ergeben sich aus dem Ziel der Regelungen im Bereich der Arbeitslosenversicherung, nicht bloß gegen das Risiko Arbeitslosigkeit abzusichern, sondern auch einen hohen Beschäftigungsstand zu erreichen und die Beschäftigungsstruktur ständig zu verbessern. Die **aktive Arbeitsförderung** hat mittlerweile Vorrang vor dem **Ersatz des Arbeitsentgelts**. Das Entstehen der Arbeitslosigkeit soll vermieden und die Dauer der Arbeitslosigkeit verkürzt werden (§ 1 SGB III).

Versicherte Personen

Versicherungspflichtig sind die Personen, die gegen Arbeitsentgelt oder in der Berufsausbildung beschäftigt sind (**versicherungspflichtige Beschäftigung**). Daneben sind versicherungspflichtig u. a. Wehrdienstleistende (vgl. weiter §§ 25, 26 SGB III).

Versicherungsfrei sind u. a. Beamtinnen und Beamte, Berufs- und Zeitsoldatinnen und -soldaten, geringfügig Beschäftigte, Studierende, Personen, die das gesetzliche Rentenalter erreicht haben, und Personen, bei denen dauerhaft oder befristet eine volle Erwerbsminderung anerkannt wurde (§ 27 SGB III).

Leistungen

Jenseits der aktiven Arbeitsförderung (s. Kapitel 3.6) gehören das **Arbeitslosengeld** und **Teilarbeitslosengeld** sowie das **Insolvenzgeld** zu den Leistungen der Arbeitslosenversicherung für Arbeitslose. Arbeitgebende erhalten unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse zu Arbeitsentgelten, Ausbildungsvergütungen, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen u. a. (vgl. z. B. § 54a SGB III).

§ 138 Abs. 1 SGB III



Gemäß § 138 Abs. 1 SGB III ist ein Arbeitnehmer (oder eine Arbeitnehmerin) arbeitslos, der (bzw. die)

1. nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht (Beschäftigungslosigkeit),
2. sich bemüht, seine Beschäftigungslosigkeit zu beenden (Eigenbemühungen), und
3. den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung steht (Verfügbarkeit)."

Verfügbar sind Arbeitnehmende u. a. unter der Voraussetzung, dass sie eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Wochenstunden umfassende Beschäftigung unter den Bedingungen des für sie in Betracht kommenden Arbeitsmarkts ausüben können und dürfen.

Arbeitslosengeld: Anspruch auf Arbeitslosengeld haben Arbeitnehmende bis zur Vollendung des für die Regelaltersgrenze erforderlichen Lebensjahres, die arbeitslos sind, sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet und die **Anwartschaftszeit** erfüllt haben. Die Anwartschaftszeit hat erfüllt, wer innerhalb von zwei Jahren mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat.

Das Arbeitslosengeld beträgt 60% des pauschalierten Nettoentgelts (**Leistungsentgelt**) nach dem allgemeinen Leistungssatz und 67% für Arbeitslose, die mindestens ein Kind i. S. d. Einkommensteuergesetzes haben (**erhöhter Leistungssatz**, § 149 SGB III). Nebeneinkünfte aus einer Tätigkeit von weniger als 15 Stunden wöchentlich werden nach Abzug von Steuern, der Sozialversicherungsbeiträge und Werbungskosten sowie eines **Freibetrags** in Höhe von 165 € auf das Arbeitslosengeld angerechnet.

Unter bestimmten Umständen ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld (**Sperrzeit**) für regelmäßig zwölf Wochen, insbesondere wenn Arbeitnehmende das Beschäftigungsverhältnis selbst gelöst oder durch arbeitsvertragswidriges Verhalten Anlass für eine Kündigung gegeben haben, wenn sie eine angebotene Beschäftigung nicht annehmen oder an zugewiesenen Trainingsmaßnahmen nicht teilnehmen.

Die **Dauer des Anspruchs** auf Arbeitslosengeld richtet sich nach der Dauer des Versicherungsverhältnisses und dem Lebensalter, das die bzw. der Arbeitslose bei Entstehung des Anspruchs vollendet hat (s. Tabelle in § 147 SGB III). Nach **Ablauf der Anspruchsdauer** erhalten erwerbsfähige Arbeitslose ab 2023 statt des vorherigen Arbeitslosengelds II („Hartz IV“) das neue Bürgergeld. Die Höhe des Bürgergelds richtet sich nicht nach dem früheren Verdienst der Arbeitnehmenden, sondern es orientiert sich zur Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums **am Bedarf**.



Sozialversicherungsrecht

Förderung der ganzjährigen Beschäftigung in der Bauwirtschaft: Arbeitnehmende in der Bauwirtschaft haben gem. § 101 SGB III unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Saison-Kurzarbeitergeld und gem. § 102 SGB III auf Mehraufwands- oder Zuschuss-Wintergeld.

Das **Saison-Kurzarbeitergeld** wird in der Höhe des Arbeitslosengelds gezahlt. Das **Mehraufwands-Wintergeld** in Höhe von 1 € pro geleisteter Arbeitsstunde im Förderungszeitraum 15.12. bis Ende Februar dient dem Mehraufwand, der Arbeitnehmenden für Arbeiten in der witterungsabhängigen Winterzeit entsteht. Das **Zuschuss-Wintergeld** in Höhe von 2,50 € wird für Ausfallstunden gezahlt, für die kein Saison-Kurzarbeitergeld beansprucht wird. Stattdessen wird ein bestehendes Arbeitszeitguthaben aufgelöst.

Konjunkturelles Kurzarbeitergeld: Das konjunkturelle Kurzarbeitergeld gem. §§ 95 ff. SGB III wird gewährt, wenn in Betrieben oder Betriebsabteilungen die regelmäßige betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit infolge wirtschaftlicher Ursachen oder eines unabwendbaren Ereignisses vorübergehend erheblich verkürzt werden muss. Die Höhe des konjunkturellen Kurzarbeitergelds entspricht der Höhe des Saison-Kurzarbeitergelds.

Die Bezugsdauer für Kurzarbeitergeld beträgt zwölf Monate. Bei besonderen Verhältnissen auf dem Arbeitsmarkt kann das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) die Bezugsdauer durch Verordnung auf bis zu 24 Monate verlängern.

Insolvenzgeld: Anspruch auf Insolvenzgeld haben Arbeitnehmende bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen ihrer Arbeitgebenden, bei Abweisung des Antrags auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse oder vollständiger Beendigung der Betriebstätigkeit im Inland (§ 165 Abs. 1 SGB III). Das Insolvenzgeld wird bis zu drei Monate in Höhe des Nettoarbeitsentgelts gezahlt, soweit noch ein Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht (§§ 165 Abs. 3, 166 Abs. 1, 167 Abs. 1 SGB III).

3.6 Arbeitsförderung

Ziele und Aufgaben

Die Arbeitsförderung zielt insbesondere darauf, offene Stellen zügiger zu vermitteln, Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt besser und unter Berücksichtigung regionaler Arbeitsmarktstrukturen zu verbinden und die individuellen Kenntnisse und Fähigkeiten der Arbeitslosen zu fördern.

Maßnahmen der Arbeitsförderung

Die Maßnahmen der Arbeitsförderung sollen für eine **bessere Qualifizierung** der Arbeitslosen sorgen und sie fachlich und finanziell unterstützen, um ihnen die Rückkehr ins Berufsleben als Arbeitnehmende oder auch als Selbstständige zu ermöglichen. Leistungen der aktiven Arbeitsförderung sind z. B. (vgl. § 29 ff. SGB III):

- Berufsberatung, Arbeitsvermittlung
- Gründungszuschuss zur Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Maßnahmen der Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen
- Berufsausbildungsbeihilfen, Übernahme von Weiterbildungskosten

3.7 Unfallversicherung

Ziele

Mit der Industrialisierung im 19. Jahrhundert stieg auch die Zahl von Arbeitsunfällen an, was bereits im Jahr 1871 zur Verkündung des Reichshaftpflichtgesetzes führte. Die öffentlich-rechtliche Unfallversicherung wurde mit dem Unfallversicherungsgesetz von 1884 von Bismarck eingeführt. Seit dem 01.01.1997 wird die gesetzliche Unfallversicherung im Siebten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) geregelt.

Die gesetzliche Unfallversicherung hat vorrangig zum Ziel, mit allen geeigneten Mitteln **Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten**.

Sollte sich dennoch ein Arbeitsunfall ereignen bzw. eine Berufskrankheit auftreten, bezweckt die Unfallversiche-



Sozialversicherungsrecht

rung, die Folgen zu mindern oder zu beseitigen, die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen und die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen zu entschädigen.

Hinweis: Arbeitsrecht, Unfallversicherung und Arbeitsschutz

Verdeutlichen Sie sich, wie die verschiedenen Regelungen aus dem Arbeitsrecht (z.B. Überwachungsrecht des Betriebsrats, s. Kapitel 2), aus der sozialrechtlichen Unfallversicherung und die Bestimmungen zu Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit (s. Kapitel 4.2 und 4.7) miteinander zusammenhängen bzw. nebeneinander bestehen.

Aufgaben

Vorrangige Aufgabe der Unfallversicherung ist also die **Verhütung von Arbeitsunfällen**. Wichtigstes Mittel ist der Erlass von **Unfallverhütungsvorschriften** (§ 15 SGB VII), die von den Berufsgenossenschaften als autonomes Satzungsrecht erlassen werden und dazu beitragen konnten, die Zahl der Arbeitsunfälle in den vergangenen Jahrzehnten erheblich zu reduzieren. Die Unfallverhütung wird durch technische Aufsichtsbeamtinnen und -beamte überwacht (vgl. §§ 18 f. SGB VII).

Die Unternehmensführung ist verpflichtet, die im Unternehmen Beschäftigten über die Unfallverhütungsvorschriften zu unterrichten und auf deren Einhaltung zu achten. In Unternehmen mit regelmäßig mehr als 20 Beschäftigten hat die Unternehmensführung **Sicherheitsbeauftragte** zu bestellen. Verstöße gegen Unfallverhütungsvorschriften ziehen u.U. Bußgelder bis zu 10.000 € nach sich (§ 209 SGB VII).

Versicherte Personen

Der Katalog des versicherungspflichtigen Personenkreises (§ 2 SGB VII) ist im Fall der gesetzlichen Unfallversicherung größer als bei der Kranken- und Pflegeversicherung.

Neben den Beschäftigten sind u.a. versichert:

- Lernende während der beruflichen Aus- und Weiterbildung
- Personen, die sich beruflich veranlassten Untersuchungen unterziehen

- Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen, Schüler und Schülerinnen während des Besuchs der Schulen, Studierende während des Besuchs der Hochschulen
- ehrenamtlich Tätige im Gesundheitswesen

Freiwillig versichern können sich:

- Unternehmerinnen und Unternehmer und ihre mitarbeitenden Eheleute
- Personen, die in Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften (z.B. GmbH, KG, OHG) regelmäßig wie Unternehmerinnen und Unternehmer selbstständig tätig sind

Versicherungsfrei sind z.B. Personen, für die die beamtenrechtlichen Unfallfürsorgevorschriften gelten.

Arbeitsunfälle im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung

Es gibt zwei Versicherungsfälle (§ 7 SGB VII) in der gesetzlichen Unfallversicherung: Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Der Arbeitsunfall kann in verschiedenen Formen auftreten (s. Abbildung 3.3 auf der folgenden Seite):

- als **Arbeitsunfall im engeren Sinn**, d.h. am Arbeitsplatz, während der Arbeitszeit, in der Schule, im Kindergarten
- als **Arbeitsunfall im weiteren Sinn**, d.h. als Wegeunfall auf dem unmittelbaren Weg zum oder vom Arbeitsplatz usw.

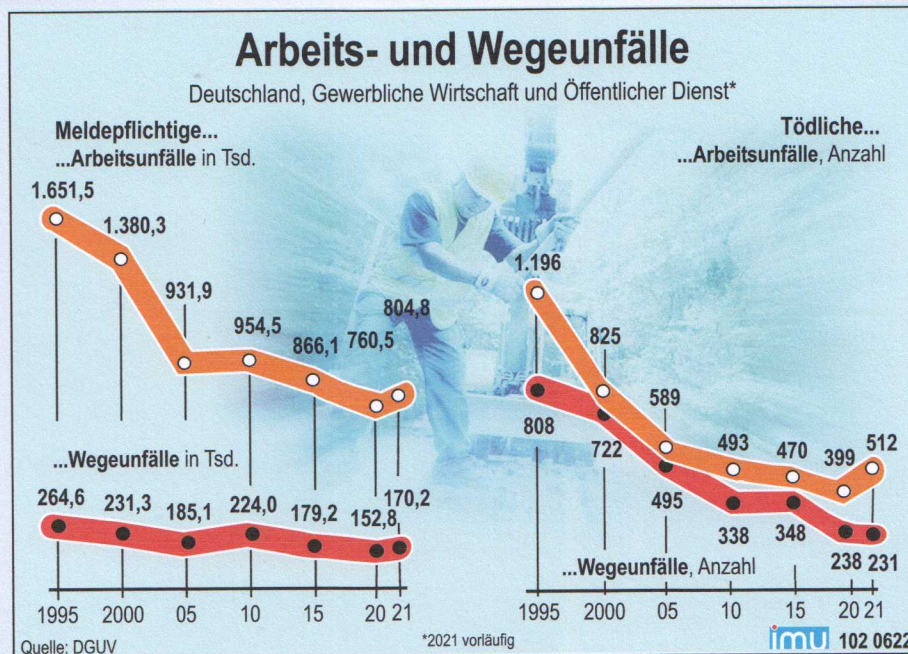
Beispiel: Arbeitsunfall

Die von einem Privathaushalt beauftragte Fensterputzerin F kocht sich während ihrer Arbeitszeit in der Küche einen Tee und verbrüht sich. Es handelt sich zwar um einen Unfall während der Arbeitszeit, jedoch gehört das Teekochen nicht zur versicherten Tätigkeit einer Fensterputzerin bzw. eines Fensterputzers. Der Unfall ist der F in privatem Zusammenhang zugestoßen. Daher entfällt der Versicherungsschutz.

Der Begriff des Arbeitsunfalls wird in § 8 SGB VII definiert als Unfall von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit), wobei Unfälle als zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse beschrieben werden,



Abb. 3.3: Arbeits- und Wegeunfälle



die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Zwischen der versicherten Tätigkeit, dem Unfall und dem eingetretenen Gesundheitsschaden muss jeweils ein ursächlicher Zusammenhang bestehen.

Für den **Wegeunfall** regelt §8 Abs.2 SGB VII im Detail, welche Wege als **versicherte Tätigkeiten** gelten. Versichert sind:

- der unmittelbare (nicht zwingend kürzeste) Weg zwischen dem Ort der versicherten Tätigkeit und dem häuslichen Wirkungskreis
- Wege, die im Rahmen der versicherten Tätigkeit zurückgelegt werden (Betriebswege)
- verschiedene Formen von abweichenden Wegen, bspw. wenn ein vom unmittelbaren Weg abweichender Weg dazu dient, Kinder auf dem Weg zur Arbeit im Kindergarten abzugeben, oder wenn er entsteht, weil Fahrgemeinschaften gebildet werden

Nicht geschützt sind danach:

- Abwege (der unmittelbare Weg zum Zielort wird in eine andere Richtung verlassen)
- Zeiten der Wegunterbrechung (spätestens zwei Stunden nach dem Ende der versicherten Tätigkeit, sog. Zwei-

Stunden-Grenze), es sei denn, sie werden im „Vorübergehen“ erledigt, ohne den öffentlichen Verkehrsraum zu verlassen, z. B. der Zeitungskauf am Kiosk (anders: Einkauf im Supermarkt)

Für das **Homeoffice** und **mobiles Arbeiten** regelt §8 Abs. 1 Satz 3 SGB VII mittlerweile, dass insoweit in gleichem Umfang Versicherungsschutz besteht wie für das Arbeiten am normalen Arbeitsplatz. In diesem Zusammenhang gelten die gleichen Grundsätze für das Bestehen von Versicherungsschutz, sodass alle Tätigkeiten, die auf betrieblichen Zwecken beruhen, versichert sind, private Tätigkeiten indes nicht. Dies gilt auch für häusliche Wege.

Beispiel: Weg in die Küche

Arbeitnehmer E arbeitet zu Hause und möchte sich mittags etwas zu Essen kochen. Auf dem Weg zur Küche stürzt er und verletzt sich. Es handelt sich um einen Unfall während einer versicherten Tätigkeit. Anders wäre es, wenn der Unfall während des Essens in der Küche passiert wäre.



Sozialversicherungsrecht

Als weiteres leistungsauslösendes Ereignis neben dem Arbeitsunfall ist kurz die **Berufskrankheit** zu erwähnen. Dabei geht es um durch Rechtsverordnung festgelegte Krankheiten (§9 SGB VII), die die Versicherten infolge einer versicherten Tätigkeit erleiden. Dies setzt voraus, dass bestimmte Personengruppen infolge ihrer Tätigkeit einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind und öfter unter der Krankheit leiden als die übrige Bevölkerung.

Leistungen

Nach Eintritt des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit werden die Leistungen der Unfallversicherung von Amts wegen festgestellt. Eines Antrags des oder der Versicherten oder der Hinterbliebenen bedarf es nicht. Die Unternehmensführung ist jedoch verpflichtet, den Arbeitsunfall zu melden, wenn ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin getötet oder so verletzt wird, dass er bzw. sie für mehr als drei Tage arbeitsunfähig ist.

Die Leistungen umfassen u. a.:

- Heilbehandlung und Rehabilitation
- berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation (z. B. Fort- bzw. Weiterbildung, Umschulung)
- Leistungen zur sozialen Rehabilitation (z. B. Wohnungshilfe, Haushaltshilfe)
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (Pflegegeld)
- Verletzengeld (Lohnersatz bei Arbeitsunfähigkeit)
- Übergangsgeld (Lohnersatz neben berufsfördernden Rehabilitationsmaßnahmen)
- Verletztenrente (bei Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20% über die 26. Woche hinaus)
- Leistungen an Hinterbliebene bei Tod des bzw. der Versicherten und Hinterbliebenenrente
- Witwen-, Witwer-, Waisenbeihilfe, wenn Anspruch auf Hinterbliebenenrente nicht besteht

Hinweis: Leistungen der Unfallversicherung

Details zu den verschiedenen Leistungen sind im SGB näher geregelt. Sie finden diese in Kapitel 3 des SGB VII (§§ 26–103).