

## Rüfner: Das System der sozialen Sicherheit II, #17

14.04.2005

### § 7 Einführung in das Recht der Sozialversicherung – Allgemeines (SGB IV)

#### I. Grundsätzliches (Sozialversicherung als Versicherung mit Zwang und sozialem Ausgleich)

- SV ist eine Vers. mit **Sozialausgleich** (Versicherung **unabhängig vom Risiko**, alle Kinder sind mitversichert), das nur mit **Zwang** funktioniert

#### II. Mitgliedschaft und Beitragszahlung

- SV sind immer schon **Arbeitnehmer-Versicherungen** gewesen;  
Selbständige sind fast nicht pflichtversichert
- Wenn AG nicht anmeldet, ist AN trotzdem **qua Gesetz versichert**. Wenn AG Beiträge nicht einbehält, kann er sie nur kurze Zeit nachfordern.  
beachte: **§ 8 SGB IV**<sup>1</sup>
- **Freiwilliger Beitritt** problematisch: es kämen nur die, die es privat teurer hätten, ergo krank sind usw., sodaß sich die **schlechten Risiken** bei der gesetzl. Vers. **sammelten**
- Den **Beitrag teilen** sich AG u. AN hälftig

#### III. Organisation und Selbstverwaltung (§§ 29ff. SGB IV)

- Die Soz.vers.träger (Kassen [AOK, ...], BfA, LVA, ...) sind **Körperschaften öffentlichen Rechts** mit dem Recht auf **Selbstverwaltung** (unter Rechtskontrolle); allerdings gibt es nur **geringe Gestaltungsspielräume**.  
→ **KK** haben hauptamtl. **Vorstand** und einen **Verwaltungsrat**, der paritätisch besetzt ist: hälftig AG und AN

---

<sup>1</sup> SGB 4

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit

(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht übersteigt,  
2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, daß die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 400 Euro im Monat übersteigt.

(2) Bei der Anwendung des Absatzes 1 sind mehrere geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 sowie geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 mit Ausnahme einer geringfügigen Beschäftigung nach Nummer 1 und nicht geringfügige Beschäftigungen zusammenzurechnen. Eine geringfügige Beschäftigung liegt nicht mehr vor, sobald die Voraussetzungen des Absatzes 1 entfallen. Wird bei der Zusammenrechnung nach Satz 1 festgestellt, dass die Voraussetzungen einer geringfügigen Beschäftigung nicht mehr vorliegen, tritt die Versicherungspflicht erst mit dem Tage der Bekanntgabe der Feststellung durch die Einzugsstelle oder einen Träger der Rentenversicherung ein.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit anstelle einer Beschäftigung eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird. Dies gilt nicht für das Recht der Arbeitsförderung.

§ 8a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

Werden geringfügige Beschäftigungen ausschließlich in Privathaushalten ausgeübt, gilt § 8. Eine geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

- Wahl: falls nicht mehr Personen vorgeschlagen wurden, als zu wählen sind, sind die Vorgeschlagenen **automatisch gewählt** („Friedenswahl“)<sup>2</sup>; dies machen **90% der KK** so, die großen allerdings machen echte Sozialwahlen (wenngleich bei **geringer Beteiligung**)

## § 8 Krankenversicherung (SGB V)

### I. Organisation (§§ 143 ff. SGB V)

- Es gibt
 

<b>Orts-KK</b> <sup>3</sup>	örtliche Bezirke (auch: Länder); meist teuer (AOK Dortmund 17%)
<b>Innungs-KK</b>	errichtet von Innungen
<b>Ersatz-KK</b>	Techniker, ...; meist günstige Sätze (TKK 12%)
<b>Betriebs-KK</b>	Arbeitgeber-errichtet (bei >1.000 AN); meist günstig
<b>Knappschaft</b>	Bergleute
<b>See-KK</b>	Seemänner
- Zunächst gab es nur einen **Finanzausgleich** zwischen den KK
  - Heute sind die KK für **alle geöffnet** (BKK müßten das nicht tun, haben dies aber fast alle ebenfalls zugelassen) **und einen Finanzausgleich**

### II- Kreis der Versicherten (§§ 5 ff. SGB V)

- **Versicherungspflichtig** sind „alle AN“ (§ 5 SGB V)
  - Ab Grenze von 46.350,- p.a. Arbeitsentgelt (2004) endet vers.pflicht
  - auch vers.frei: geringfügig Beschäftigte (<400,- p.M.)
  - Beamte und beamtenähnlich gesicherte (Geistliche, Lehrer an Ersatzschulen, Soldaten, ...)
- Im Gespräch: **Bürgerversicherung** – nicht unbedenklich, aber BVerfG hat einer Ausweitung der Vers.pflicht in Vergangenheit nichts entgegengestellt.  
Auch: einheitlicher **Kopfbeitrag**
- **Familienangehörige** sind **mitversichert**, wenn sie nicht selbst vers.pfl. sind
  - **§ 10 SGB V**
- **Freiwillige Versicherung** in KK möglich
  - beim **Ausscheiden** aus Verspfl. (kurze Fristen!)
  - bei **erstem AG** und sofortigem **Übersteigen** der **Beitragsbemessungsgrenze**
  - **§ 9 SGB V**

<sup>2</sup> SGB 4 § 46 Wahl der Vertreterversammlung

(1) Die Versicherten und die Arbeitgeber wählen die Vertreter ihrer Gruppen in die Vertreterversammlung getrennt auf Grund von Vorschlagslisten; das gleiche gilt in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung, mit Ausnahme der Gartenbau-Berufsgenossenschaft, für die Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte.

(2) Bei der Bundesknappschaft wählen die Versichertenältesten die Vertreter der Versicherten in die Vertreterversammlung. In der Vertreterversammlung der Bundesknappschaft müssen mindestens zwei Drittel der Vertreter der Versicherten Versichertenälteste sein.

(3) Wird aus einer Gruppe nur eine Vorschlagsliste zugelassen oder werden auf mehreren Vorschlagslisten insgesamt nicht mehr Bewerber benannt, als Mitglieder zu wählen sind, gelten die Vorgeschlagenen als gewählt.

(4) Ist eine Wahl zur Vertreterversammlung nicht zustande gekommen oder ist nicht die vorgeschriebene Zahl von Mitgliedern gewählt oder kein Stellvertreter benannt worden, zeigt der Vorstand dies der Aufsichtsbehörde unverzüglich an. Diese beruft die Mitglieder und die Stellvertreter aus der Zahl der Wählbaren. Bei neuerrichteten Versicherungsträgern trifft die Anzeigepflicht den Wahlausschuß.

<sup>3</sup> SGB 5 § 143 Bezirk der Ortskrankenkassen

(1) Ortskrankenkassen bestehen für abgegrenzte Regionen.

(2) Die Landesregierung kann die Abgrenzung der Regionen durch Rechtsverordnung regeln. Die Landesregierung kann die Ermächtigung auf die nach Landesrecht zuständige Behörde übertragen.

(3) Die betroffenen Länder können durch Staatsvertrag vereinbaren, daß sich die Region über mehrere Länder erstreckt.

### III. Leistungen

- Grundsatz der **Beitragsstabilität und Wirtschaftlichkeit**  
→ § 20 SGB V<sup>4</sup>
- Die **Leistungen** sollten mal bei Krankheit **umfassend** sein; inzwischen gibt es viele **Zuzahlungen** und **Leistungsausschlüsse**, z.B. rezeptfreie Medikamente  
→ § 34 SGB V
- Es gelten **Arzneimittelfestbeträge**, – teure Medikamente müssen anteilig **selbst getragen** werden: **10%** vom **Abgabepreis** und **mind. 5,-, max. 10,- Euro**  
→ § 61 SGB V  
beachte: **Belastungsobergrenze** beträgt  
2% vom Bruttoverdienst im Normalfall,  
1% vom Bruttoverdienst bei Chronikern  
→ § 62 SGB V
- Bei **Schwangeren** gilt die Reichsversicherungsordnung  
→ § 195 RVO
- Beim **Zahnersatz** gilt das Prinzip 50:50  
→ § 55 SGB V

### IV. Beziehungen zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten (§§ 69 ff. SGB V)

- Abrechnung erfolgt **Arzt – KV – KK** auf der Basis eines **öffentl. -rechtl. Vertrags**, der meistens von den **Verbänden** gemacht wird  
→ Notfalls gibt es eine Entscheidung vom **Schiedsamt**  
→ § 69ff SGB V

### Finanzierung der KK (§§ 220 ff. SGB V)

- **Beiträge** nach **Bedarf**, die von der **Vertreterversammlung** bestimmt werden; durch die Beiträge erfolgt eine fast vollständige **Selbstfinanzierung**  
→ § 221 SGB V
- Es gibt einen **Finanz- und Risikostrukturausgleich** als Umlage, um aufwändige Fälle abzudecken  
→ § 266ff SGB V

---

<sup>4</sup> SGB 5 § 20 Prävention und Selbsthilfe

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,56 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

(4) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich. Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,51 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

- Die KK sollen **sparsam** wirtschaften, - manchmal geht das nicht; evtl. viele **Alte**, viele **Chroniker**, viele **Geringverdiener** u.a.; solche Faktoren, die die **KK nicht beeinflussen** kann, werden durch den Risiko-Strukturausgleich ausgeglichen.

## § 9 Pflegeversicherung (SGB XI)

- Die KK tragen das **Risiko** der **Krankheitskosten**, aber nicht die **Pflege** für den Austerapierten

### I. Organisation und Kreis der Versicherten (§§ 46 ff. , §§ 20 ff. SGB XI)

- Die **KK verwalten** die **PV mit** und bekommen ihre Kosten aus den Pflichtbeiträgen erstattet
- Die PV ist eine **Zwangsversicherung** – auch bei den Privaten

### II. Leistungen (§§ 28 ff. SGB XI)

- Die **Beiträge** und **Leistungen** der PV sind **gesetzlich festgelegt**  
→ **Leistungen** werden zunehmend **schlechter**, da die **Beiträge** zu **gering** und das Verhältnis Beitrag-Leistung nicht dynamisch ist