



Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

1/2008

LSVMG

Inhalt 1/2008

FACHBEITRÄGE

Bernhardt Schmidt		
Die Organisationsreform nach dem LSVMG – eine Chance für ein regional gegliedertes System		7
Dr. Erich Koch		
Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aus Sicht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung		30
Dr. Marion Wille		
Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung nach dem Vertragsrechtsänderungsgesetz und dem GKV-WSG		58
Albert Willeke		
Die Hilfsmittelversorgung in der LKV nach dem GKV-WSG		104

DOKUMENTATION

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz		
Memorandum zum Arbeitsschutz in der Landwirtschaft 2007		130
Statistischer Nachweis über die Rentenzahlungen ins Ausland für 2007		133

Bernhard Schmidt

Die Organisationsreform nach dem LSVMG – eine Chance für ein regional gegliedertes System

1. Einführung

In dem Beitrag „Warum braucht die landwirtschaftliche Sozialversicherung nach 2001 noch eine zweite Organisationsreform“ in Heft 2/2007¹ wurde dargestellt, dass im Verlauf von 50 Jahren in der Alterssicherung der Landwirte (AdL) und von 35 Jahren in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (LKV) eine ständige Anpassung der Systeme an sich ändernde Verhältnisse erfolgte. Trotz des fortwährenden Strukturwandels in der Landwirtschaft blieb bei diesen Reformen aber die Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV) weitgehend ausgespart. Erst im Jahr 2001 erfolgte mit dem LSVOrgG² eine eigenständige Reform der Organisationsstrukturen der LSV.

In dem genannten Beitrag wurde die Ausgangssituation vor der Reform 2001 betrachtet und der Zweck dieses Vorhabens sowie dessen Umsetzung dargestellt. Ergänzt wurde diese Erläuterung der wesentlichen Inhalte des LSVOrgG um eine Darstellung des Reformmodells des seinerzeit im Entwurf vorliegenden LSVMG. Der Teil des inzwischen verkündeten LSVMG³, der die Organisationsstrukturen der LSV modernisieren soll, wird im Wesentlichen am 01.01.2009 in Kraft treten. Die Vorarbeiten zur Umsetzung sind aber sowohl bei den einzelnen LSV-Trägern als auch bei dem künftigen Spitzenverband in vollem Gange. Dies ist der Anlass, im folgenden Beitrag auf die Entwicklungsgeschichte einzugehen, insbesondere vor dem Hintergrund der mit den Maßnahmen verfolgten politischen Ziele. Eingebettet in diese Überlegungen soll dann betrachtet werden, welche Änderungen das LSVMG hinsichtlich der Organisation der LSV vorsieht. In diesem Rahmen soll eine Einschätzung ermöglicht werden, welche Verbesserungen mit dem LSVMG angestrebt werden und welche Erwartungen die politischen Entscheidungsträger mit dessen Umsetzung verbinden.

1 Beitrag von Jürgen Landgrebe / Ellen Sunder, SdL 2/2007 S. 112.

2 Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVOrgG) vom 17.07.2001, BGBl. I S. 1600.

3 Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG) vom 18.12.2007 (BGBl. I S. 2984).

2. Vom LSVOrgG zum LSVMG – wie passen föderale Strukturen und Bundesfinanzierung zusammen?

2.1 Die Defizitdeckung in der Alterssicherung der Landwirte als Ausgangspunkt der Reformdebatte

Äußerer Anlass für das LSVOrgG war zwar ein Bericht des Bundesrechnungshofes (BRH) vom 28.05.1999⁴, in dem dieser die Auffassung vertrat, dass eine Neuorganisation der LSV wirtschaftlich dringend geboten sei. Die bestehende Organisation sowie die Zersplitterung der Strukturen in der Informationstechnologie in 13 Rechenzentren und 8 Entwicklungszentren sei zu aufwendig. Nachteilig wirke sich auch aus, dass dem Bund kaum aufsichtsrechtliche Kompetenzen zustünden, obwohl er aufgrund der Defizitdeckung (in der Alterssicherung der Landwirte) einen sehr hohen Finanzierungsanteil trage. Eine zukunftsweisende Neugestaltung der Organisationsstrukturen könne wirksam nur durch eine Bündelung der heutigen Vielzahl von Trägern in den Ländern auf einen bundesunmittelbaren Träger erreicht werden.

Gerade diese mit dem Agrarsozialreformgesetz 1995 geschaffene Defizitdeckung des Bundes sowie die Notwendigkeit zu einer Konsolidierung der öffentlichen Finanzen führte zu einer verstärkten Beobachtung der in hohem Maß aus Bundesmitteln finanzierten LSV. Das konnte auch deshalb nicht verwundern, weil die Einführung einer derartigen Defizitdeckung für den Bund erhebliche finanzielle Risiken birgt, auf die er nur dann einwirken kann, wenn es sich um seiner Aufsicht unterstehende Träger handelt. So war die Einführung der vergleichbaren Übernahme des Defizits durch den Bund in der Knappschaft im Jahre 1969 einhergegangen mit der Schaffung eines bundesunmittelbaren Trägers der Knappschaftsversicherung. Zudem bedarf der Haushalt der Bundesknappschaft der Genehmigung durch die Bundesregierung.

Vergleichbare Mechanismen in der LSV wurden im Zuge des Agrarsozialreformgesetzes 1995 aber nicht geschaffen. Trotz seines hohen finanziellen Engagements hatte der Bund keinerlei Möglichkeiten, auf die Ausgabenentwicklung in der LSV Einfluss zu nehmen. Der Vorschlag des Bundesrechnungshofes setzte an genau diesem Manko an, denn er zielte darauf ab, auch in der LSV ein der Bundesknappschaft vergleichbares Instrumentarium zu schaffen. Übersehen wurde dabei aber, dass auch noch so durchdachte Organisationsmodelle zu ihrer Umsetzung durch den Gesetzgeber entsprechender Mehrheiten bedürfen. Im Unterschied zur Sondersituation im Jahre 1969 (große Koalition) waren alle Ansätze in Richtung einer Zentralisierung im Jahr 2000 von vorneherein zum Scheitern verurteilt.

4 BT-Drs. 14/1101.

2.2 Endstation Vermittlungsausschuss

Für das spätere LSVOrgG mussten daher schon im Vorfeld insofern erhebliche Abstriche gemacht werden, dass nur ein Modell mit einer Beibehaltung von eigenständigen, größtenteils landesunmittelbaren Trägern (im Ausgangsmodell von 6 Trägern) in Erwägung gezogen werden konnte. Eine Stärkung des Bundeseinflusses über die Aufsichtsführung war hierbei nicht zu erreichen, so dass diese auf mittelbare Weise erfolgen sollte. Auch ein solches Modell war letztlich von der Zustimmung des Bundesrates abhängig. Die Bundesregierung ging beim Gesetzentwurf für das LSVOrgG davon aus, mit dem vorgeschlagenen Organisationsmodell, das einen Verzicht auf eine „zentralistische“ Lösung in Form der Schaffung von ausschließlich bundesunmittelbaren Trägern darstellte, werde einerseits regionalen Belangen und den Interessen der Länder hinsichtlich der Beibehaltung überwiegend landesunmittelbarer Träger ausreichend Rechnung getragen, andererseits aber auch der Einfluss des Bundes im Hinblick auf sein hohes finanzielles Engagement ausreichend gestärkt.⁵ Nach der parlamentarischen Beratung des Entwurfs wurde das Gesetz am 01.06.2001 mit breiter Mehrheit im Deutschen Bundestag beschlossen.⁶ Gleichwohl sah sich der Bundesrat nicht in der Lage, sich diesem breiten politischen Konsens anzuschließen. Mit insgesamt zwölf Hauptpunkten wurde der Vermittlungsausschuss angerufen.⁷ Im Zuge des Vermittlungsverfahrens wurden die ohnehin nur noch sehr zurückhaltenden Reformansätze weiter verwässert.⁸

2.3 Konsequenzen für weitere gesetzgeberische Schritte

Es konnte daher kaum verwundern, dass sich die Erwartungen des Bundes im Zuge der Umsetzung des Gesetzes nicht in ausreichendem Maße erfüllten. Um die Schwachstellen des LSVOrgG offenkundig zu machen, bedurfte es nicht erst eines erneuten Tätigwerdens des Bundesrechnungshofes. Vielmehr zeigten weitere gesetzgeberische Maßnahmen im Bereich der Organisation der Sozialversicherung nach dem Wirksamwerden des LSVOrgG Lösungsmöglichkeiten für klare Kompetenzzuweisungen an eine Spitzenkörperschaft auf. Im Gegensatz zum LSVOrgG erhielten die Spitzenkörperschaften in der

5 Gesetzentwurf der Bundesregierung zum LSVOrgG, BR-Drs. 133/01, Begründung, Allgemeiner Teil, S. 25.

6 Annahme des Gesetzentwurfs „mit den Stimmen des Hauses bei Stimmenthaltung der PDS-Fraktion“ (BT-Plenarprotokoll 14/174 S. 17134).

7 BT-Drs. 14/6495.

8 Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses, BT-Drs. 14/6545.

gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung⁹ neben Koordinierungs- und Querschnittsaufgaben die Kompetenz zu verbindlichen Vorgaben für ihre Mitglieder. Deutlich wurde daran, dass es sich bei den Schwachstellen des LSVOrgG nicht um ein Umsetzungsproblem handelte, sondern dass gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht.

Politischen Handlungsdruck bewirkten auch die Bundesmittel zur Agrarsozialpolitik mit im Jahr 2007 insgesamt rd. 3,7 Mrd. Euro; damit wurden rd. 60 % der Gesamtausgaben der agrarsozialen Sicherung aus Bundesmitteln finanziert. Am höchsten lag der Anteil bei der Alterssicherung der Landwirte mit inzwischen bereits rd. 75 % der Gesamtausgaben. In keinem anderen Bereich der sozialen Sicherung gibt es eine vergleichbare Finanzierung aus Bundesmitteln. Dem gegenüber beteiligen sich die Länder nicht an der Finanzierung der LSV. Gleichwohl unterstehen sieben von neun LSV-Trägern der Aufsicht der Länder.

Das führt zu verfassungsrechtlichen Problemen hinsichtlich der Gewährung erheblicher öffentlicher Mittel und der notwendigen Kontrolle. Der Haushaltsgesetzgeber des Bundes stellt diese Mittel bereit und erwartet hinsichtlich deren Verwendung Rechenschaft durch die Bundesregierung. Die Bundesregierung hat aber keine Möglichkeiten, auf eine zweckentsprechende sowie sparsame und wirtschaftliche Verwendung der Mittel hinzuwirken, weil die LSV-Träger als Empfänger dieser Mittel nicht ihrer Aufsicht unterstehen. Dem gegenüber üben die Länder zwar die Aufsicht aus, sie sind den Landesparlamenten gegenüber aber nur zur Rechenschaft verpflichtet, was die durch die Aufsichtsführung entstehenden Kosten anbelangt. Die Länder haben also größtmögliches Interesse daran, Verwaltungskosten im Bereich der Aufsicht über die LSV gering zu halten. Anders als bei eigenen Verwaltungen entstehen der Aufsicht durch etwaige Einsparungen von Sachmitteln keine Vorteile. Derartige Einsparungen kämen allein dem Bund zugute.

Im Rahmen der am 01.09.2006 in Kraft getretenen Föderalismusreform wurden die Ziele verfolgt, die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit der Gesetzgeber durch eine Entflechtung der Zuständigkeiten von Bund und Ländern zu verbessern, die politischen Verantwortlichkeiten deutlicher zuzuordnen und eine Verbesserung der Effizienz und Zweckmäßigkeit der Aufgabenerfüllung zu erreichen. Die Problematik der Mitfinanzierung landesunmittelbarer Sozialversicherungsträger durch den Bund konnte hierbei zwar nicht gelöst werden. Allerdings ergaben sich für den Bundesgesetzgeber dadurch neue

9 Vgl. Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) vom 9.12.2002 (BGBl. I S. 3242) und Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.3.2007 (BGBl. I S. 378).

Spielräume. Nicht mehr jedes Gesetz, das auch (ggf. nur geringfügige) Regelungen zum Verwaltungsverfahren enthält, bedurfte fortan der Zustimmung des Bundesrates.

3. Weiterentwicklung des LSVOrgG oder Reform der Reform?

3.1 Politische Vorgaben

Im Koalitionsvertrag für die 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages wurden die Anforderungen genannt, die an das eigenständige System der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zu stellen sind, wenn es langfristig gewährleistet werden und zukunftsfähig sein soll.¹⁰ Dazu gehörte auch eine Modernisierung der Organisationsstrukturen der LSV. Die Festlegung im Koalitionsvertrag ließ aber keinen Zweifel daran, dass hier Handlungsbedarf besteht, denn es wurde nicht nur eine Überprüfung der LSV-Organisation in Aussicht gestellt. Vielmehr wurde bereits angekündigt, dass nach einer Bewertung (der Schwachstellen) des LSVOrgG eine Modernisierung erfolgen werde. Diese Ankündigung war stimmig mit den übrigen Aussagen zur agrarsozialen Sicherung, von denen zu nennen sind:

- Modernisierung der agrarsozialen Sicherungssysteme, insbesondere durch Anpassung an die allgemeinen sozialen Sicherungssysteme;
- Weiterentwicklung von LKV und LUV mit den Zielen angemessene Beitragsbelastung und innerlandwirtschaftliche Beitragsgerechtigkeit.

In der ersten Phase nach Bildung der neuen Bundesregierung ging es deshalb darum, den Handlungsbedarf zu konkretisieren. Dabei nahmen die Bundesministerien für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) und für Arbeit und Soziales (BMAS) in einer gemeinsamen Stellungnahme zum Entwurf eines Berichts des Bundesrechnungshofes (BRH) über die Umsetzung und Weiterentwicklung der Organisationsreform in der LSV eine eher kritische Haltung ein, insbesondere weil dieser eine ausreichende Evaluation der Reform aus dem Jahre 2001 vermissen lasse. Verdeutlicht wurde allerdings auch, dass zwar einige der Schlussfolgerungen des BRH nicht geteilt würden, ein Reformbedarf an sich aber unstrittig sei. Hierzu wurde auf der Basis einer Schwachstellenanalyse der beiden Ressorts auch ein Dialog mit den Ländern aufgenommen, um deren Erkenntnisse bei der Umsetzung des LSVOrgG mit den weiterhin überwiegend landesunmittelbaren LSV-Trägern in die weiteren Überlegungen einzubeziehen. Basis für diesen Dialog bildeten neben der Schwachstellenanalyse konkrete Reformmodelle, die von den

¹⁰ Abschnitt B.1.8.4 (Text verfügbar beispielsweise unter www.bundesregierung.de)

Bundesressorts als Alternativen zu dem Vorschlag des BRH in die Diskussion eingeführt wurden.

3.2 Modelldiskussion

3.2.1 „BRH-Modell“

Vom BRH wurde in dem Entwurf eines Berichts über die Umsetzung und Weiterentwicklung der Organisationsreform in der LSV 23.03.2006¹¹ die Auffassung vertreten, dass in der LSV noch gravierende Mängel und Fehlentwicklungen bestünden. Die mit dem LSVOrgG angestrebten Einsparungen seien nicht erwirtschaftet worden. Der fehlende unmittelbare Einfluss des Bundes auf das Verwaltungshandeln der LSV-Träger begründe unwirtschaftliches Verhalten zu Lasten des Bundes. Der BRH schlug deshalb den Zusammenschluss der LSV-Träger zu einem Bundesträger (Deutsche Landwirtschaftliche Sozialversicherung) mit vier bundesunmittelbaren, selbständigen Körperschaften (Berufsgenossenschaft, Alters-, Kranken- und Pflegekasse) und einer gemeinsamen Hauptverwaltung sowie vier Außenstellen als regionalen Verwaltungsstellen vor.

3.2.2 „Servicestellen-Modell“

Aus der Sicht der Bundesressorts setzten die Vorgaben im Koalitionsvertrag mehr als nur eine erneute Bildung etwas größerer Verwaltungseinheiten voraus. Die Verwaltung sollte insgesamt effizienter werden, um die Beitragslasten der Landwirte zu senken. Zudem galt es, auch auf eine Stärkung der innerlandwirtschaftlichen Solidarität hinzuwirken. Insbesondere auf der Grundlage der durch die beiden Bundesressorts im Rahmen ihrer Stellungnahme zum Berichtsentwurf des BRH vorgenommenen Evaluierung wurde ein Konzept für eine Organisationsreform erarbeitet, das unter dem Stichwort „Servicestellen-Modell“ diskutiert wurde. Zentrale Bedeutung hatte dabei die Überlegung, nicht über eine bloße Verringerung der Trägerzahl erneut nur eine Zwischenlösung zu schaffen, sondern eine wirklich zukunftsorientierte Lösung anzustreben, die das gesamte Sondersystem der LSV auf längere Sicht stabilisiert. Die politisch vorgegebenen Ziele sollten in diesem Modell wie folgt erreicht werden:

- Errichtung eines Bundesträgers, der aber einen dezentralen Unterbau hat.
- Eine schlanke zentrale Ebene ist für Aufgaben zuständig, die sinnvoll oder effizient nur zentral erledigt werden können. Diese neue zentrale Stelle sollte die Funktion der bisherigen Spitzenverbände mit jener eines Bundes-

11 Der Vorschlag wurde im Wesentlichen auch im späteren Bericht nach § 99 BHO beibehalten – vgl. BT-Drs. 16/6147.

trägers verbinden, und damit die Effizienz des gesamten Systems verbessern.

- Das „operative Geschäft“ sollte dezentral von den Servicestellen, den bisherigen LSV-Trägern, wahrgenommen werden. Damit sollte eine ortsnahe Betreuung der Unternehmen und Versicherten gewährleistet werden. Allerdings sollte nicht mehr jeder vorherige LSV-Träger das gesamte Aufgabenspektrum der LSV abdecken. Vielmehr sollten Aufgaben für das gesamte Bundesgebiet nach den Ergebnissen des Benchmarking jeweils auf einen Standort konzentriert werden. Trotz dieser Beibehaltung des größten Teils der Arbeitsplätze in den Regionen wären die Verwaltungskosten für die Beitragszahler gesunken.
- Mit dem überregionalen Belastungsausgleich bei den Beiträgen zur LKV und LUV wäre die innerlandwirtschaftliche Solidarität deutlich gesteigert worden.

3.2.3 „Konsensmodell“

Für die Arbeitsplätze in den Regionen und damit die Länderinteressen ebenso wie für die Beschäftigten bei den LSV-Trägern wies das Servicestellen-Modell erhebliche Vorzüge gegenüber dem BRH-Modell auf. Gleichwohl stieß es bei den Ländern auf entschiedene Ablehnung. Im Interesse eines politisch wünschenswerten Konsenses mit den Ländern wurde daher von den Bundesressorts ein Modell entwickelt, in dem die Rechtsstellung der bisherigen LSV-Träger als autonome Selbstverwaltungskörperschaften unberührt blieb. Insbesondere behielten sie ihre uneingeschränkte Finanzautonomie. Damit dieses Modell vor dem Hintergrund der politischen Vorgaben im Koalitionsvertrag Aussicht auf Erfolg hatte, musste es aber folgende Elemente beinhalten:

- Übertragung von Grundsatz- und Querschnittsaufgaben auf die Spitzenkörperschaft mit verbindlicher Entscheidungskompetenz (Ziel: Stärkung des Bundeseinflusses)
- Zusammenfassung von Aufgaben, die Spezialwissen erfordern und bei den einzelnen LSV-Trägern eher selten vorkommen, bei der Spitzenkörperschaft (Steigerung der Effizienz des gesamten Systems)¹²
- Einführung eines Lastenausgleichs in der LUV, weil nur damit zumindest in diesem Bereich die innerlandwirtschaftliche Solidarität gestärkt werden konnte.

12 Dieser Aspekt deckt sich mit dem Servicestellen-Modell, hier konnte die Übertragung aber nur auf die Spitzenkörperschaft erfolgen, weil Aufgaben eines regionalen Trägers nicht einem anderen regionalen Träger übertragen werden können.

Unter der Voraussetzung, dass überhaupt eine Organisationsreform der LSV notwendig ist, konnte zu diesem Modell mit den Ländern in Grundzügen ein Konsens erzielt werden. Selbst bei diesem grundsätzlichen Konsens bestanden hinsichtlich der Verteilung der einzelnen Aufgaben erhebliche Meinungsunterschiede.¹³ Bei den Agrarpolitikern der Koalition stieß dieses Modell hingegen allenfalls auf verhaltende Zustimmung. Trotz der Bedenken der Länder wurde auf dieser Grundlage das eigentliche Gesetzgebungsverfahren eingeleitet; am 22.08.2008 wurde von der Bundesregierung der Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG) beschlossen.¹⁴ Die Bundesregierung hielt es dabei für zielführend, die mit dem LSVOrgG geschaffenen Instrumentarien weiterzuentwickeln. Dazu sollte insbesondere eine wirksame Ausweitung der Aufgaben der drei Spitzenverbände gehören, weil hierdurch sowohl der Bundeseinfluss gestärkt als auch durch eine Konzentration von Aufgaben die Effizienz und Wirtschaftlichkeit des Systems verbessert werden können. Mit diesem Beschluss wurde die in der Überschrift zu 3. gestellte Frage dahingehend beantwortet, dass einer behutsamen Weiterentwicklung des LSVOrgG der Vorzug gegeben wurde gegenüber einem zentralistischen Modell, dem schon im Jahr 2001 eine Absage erteilt worden war.

4. Organisationsreform nach dem LSVMG

4.1 Konzeptioneller Ansatz des LSVMG

Im Entwurf des LSVMG wurde zunächst festgestellt, dass die Organisationsstruktur der landwirtschaftlichen Sozialversicherung an den Strukturwandel angepasst werden muss. Soll an der regionalen Gliederung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung festgehalten werden, wie es vor allem von den Ländern gefordert wird, seien Maßnahmen zur nachhaltigen Steigerung der Effizienz des Systems unumgänglich. Diese ließen sich allein durch die Fortentwicklung in der Praxis, also durch freiwillige Maßnahmen der LSV-Träger und ihrer Verbände nicht bewirken. Ferner wurde Bezug genommen auf den Bericht des Bundesrechnungshofes über die Umsetzung und Weiterentwicklung der Organisationsreform der landwirtschaftlichen Sozialversicherung vom 30. Juli 2007.¹⁵

Nach dem Ergebnis vielfältiger Gespräche mit den Ländern auch in politischen Gremien würden von den Ländern alle Lösungsansätze, die die Schaf-

13 Vgl. spätere Stellungnahme des Bundesrates im 1. Durchgang; BR-Drs. 597/07 (Beschluss).

14 BT-Drs. 16/6520.

15 BT-Drs. 16/6147.

fung eines Bundesträgers vorsehen, einmütig abgelehnt. Ein Konsens mit den Ländern über einen Bundesträger erscheine daher im gegenwärtigen Stadium nicht möglich. Die vom Bundesrechnungshof verfolgten Ziele im Hinblick auf eine bessere und effizientere Aufgabenerledigung könnten aber weitgehend auch durch das im Entwurf des LSVMG vorgesehene Modell der Aufgabenbündelung beim neu zu errichtenden LSV-Spitzenverband erreicht werden.

4.2 Aufgabenverteilung nach dem LSVMG

4.2.1 Überblick

Um die interne Steuerung und Koordination in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zu verbessern und das Sondersystem insgesamt auch bei Beibehaltung der regionalen Träger effizienter zu gestalten, wird ab 01.01.2009 ein einheitlicher Spitzenverband für die gesamte landwirtschaftliche Sozialversicherung in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts geschaffen. In diesem neuen LSV-Spitzenverband gehen die bisherigen Verbände BLB, GLA und BLK auf; der BLK wäre zum 01.01.2009 ohnehin als Folge der Gesundheitsreform aufgelöst worden. Die Aufgaben des neuen LSV-Spitzenverbandes sind grundsätzlich jenen der Spitzenorganisationen in der übrigen gesetzlichen Sozialversicherung nachgebildet; hinzu kommen spezifische Aufgaben, die aus den besonderen Bedingungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung resultieren (Grundsatz- und Querschnittsaufgaben – vgl. 4.2.2). Schließlich war es notwendig, bestimmte Aufgaben bei einer Stelle zu konzentrieren, weil deren Erledigung bei den einzelnen Trägern der landwirtschaftlichen Sozialversicherung nicht wirtschaftlich und effizient möglich ist (originäre Verbandsaufgaben – vgl. 4.2.3). Im Servicestellen-Modell wäre diese Aufgabenbündelung bei einzelnen LSV-Trägern vorgenommen worden, um alle Standorte möglichst gleichmäßig auszulasten. Im durch das LSVMG verwirklichten Konsensmodell konnte diese Konzentration von Aufgaben nur beim Spitzenverband erfolgen, weil durch Bundesgesetz nicht einem landesunmittelbaren Träger Aufgaben anderer landesunmittelbarer Träger übertragen werden können.

Ziel dieses Beitrags ist es nicht, die einzelnen Verbandsaufgaben aufzuzählen, vielmehr wird die eben skizzierte Systematik der unterschiedlichen Aufgabentypen erläutert, die im Gesetz relativ¹⁶ konsequent eingehalten wird.

4.2.2 Grundsatz- und Querschnittsaufgaben

Bei dieser Art von Aufgaben handelt es sich um die klassische Funktion der Spitzenverbände in allen Bereichen der gesetzlichen Sozialversicherung. Von wenigen Ausnahmen abgesehen wurde hier das geltende Recht übernom-

16 Nicht in allen Fällen ließ sich diese Systematik durchhalten, da einige Aufgaben nicht nur einem Aufgabentyp zuzuordnen sind.

men, allerdings teilweise redaktionell angepasst an jüngere Regelungen, wie sie beispielsweise in der gesetzlichen Rentenversicherung geschaffen wurden. Bei neu in den Katalog aufgenommenen Aufgaben wurden vorrangig Vorschläge aufgegriffen, die die LSV selbst unterbreitet hatte. Folgende Vorschriften enthalten den Katalog dieser Grundsatz- und Querschnittsaufgaben:

Anwendungsbereich	Vorschrift
LSV insgesamt	§ 143e Abs. 1 SGB VII
Landwirtschaftliche Unfallversicherung	§ 143e Abs. 3 SGB VII
Alterssicherung der Landwirte	Verschiedene bisherige Regelungen im ALG
Landwirtschaftliche Krankenversicherung	§ 34 Abs. 2 KVLG 1989

Eine wirklich bedeutsame Neuerung über die Neufassung des Aufgabenkataloges hinaus besteht darin, dass Entscheidungen des Spitzenverbandes zu Grundsatz- und Querschnittsaufgaben für die Mitglieder des Verbandes verbindlich sind. Mit dem neuen Instrument der verbindlichen Entscheidungen zu Grundsatz- und Querschnittsaufgaben kommt auf die Selbstverwaltung des Spitzenverbandes eine sehr bedeutsame Aufgabe zu, denn die LSV-interne Steuerung durch den Verband mit dem Ziel einer effizienteren Aufgabenerfüllung stellt ein Kernstück des LSVMG dar. Da insoweit mit dem LSVMG ein Instrumentarium der Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung¹⁷ übernommen wurde, muss man sich auch an den seinerzeitigen Zielen des Gesetzgebers orientieren. Für die Organisation der LSV ergaben sich daraus folgende Ansätze:

- Um die interne Steuerung und Koordinierung innerhalb der LSV zu verbessern, wird eine starke Spitzenorganisation geschaffen und damit die Geschlossenheit der LSV gestärkt.
- Die bisherigen LSV-Spitzenverbände, die diese Aufgabe derzeit wahrnehmen, verfügen zwar über hervorragende Fachkompetenz. Ihnen fehlt aber die notwendige Schlagkraft, um vorhandene Rationalisierungs- und Synergiepotentiale effektiv durchzusetzen.
- Obwohl alle LSV-Träger die gleichen Gesetze vollziehen, stoßen wirtschaftlich sinnvolle Kooperations- und Konzentrationsprozesse oft an die Grenzen regionaler Interessen.

17 Gesetz zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung (RVOrgG) vom 09.12.2004 (BGBl. I S. 3242).

Ebenfalls der gesetzlichen Rentenversicherung nachgebildet ist die Verbindlichkeit der Entscheidungen des künftigen LSV-Spitzenverbandes gegenüber den Mitgliedern. Vom Bundesrechnungshof wurde im Rahmen der Anhörung von Sachverständigen zum Entwurf des LSVMG¹⁸ vorgetragen, hierdurch sei nicht wirklich eine Verbesserung zu erwarten, weil in der Rentenversicherung bisher nur sehr wenige derartige verbindliche Entscheidungen ergangen seien. Diese negative Einschätzung lässt aber außer Acht, dass für die Koordinierungsfunktion verbindliche Entscheidungen nur das letzte Mittel sein können. Die vom Gesetzgeber angestrebten und erwarteten Effizienzsteigerungen lassen sich auch durch mildere Mittel erreichen, sofern dazu auf beiden Seiten der erforderliche Wille vorhanden ist. Erst wenn dieser fehlt, käme eine verbindliche Entscheidung in Betracht, die dann aber naturgemäß wegen der Besetzung der Organe nur sehr schwer zustande kommen wird.

Auf die LSV übertragen erscheint es nicht unrealistisch, dass es zur Nutzung des Instrumentariums des § 143e SGB VII durch den LSV-Spitzenverband nicht unbedingt immer einer verbindlichen Entscheidung bedarf. Diese Zuversicht beruht zum Einen darauf, dass bis zum Nachweis des Gegenteils davon auszugehen ist, die Selbstverwaltung des Spitzenverbandes als Organ des Spitzenverbandes werde ihrer Aufgabe gerecht. Die Kritik des Bundesrechnungshofes beinhaltet die Unterstellung, die Mitglieder der Selbstverwaltung des Verbandes würden als Interessenvertreter der regionalen Träger Entscheidungen des Verbandes verhindern, die eine Bindung der regionalen Träger zum Ziel haben. Die Annahme, ein Selbstverwaltungsorgan werde seine ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben nicht erfüllen, erscheint indessen ohne weitere Anhaltspunkte nicht gerechtfertigt. Zudem stellt sich die Situation in der LSV anders dar als in der gesetzlichen Rentenversicherung. Jedem, der in der LSV Verantwortung trägt, muss seit dem Gesetzgebungsverfahren zum LSVMG klar sein, dass gegenüber den politischen Entscheidungsträgern der Nachweis zu erbringen ist, dass mit dem LSVMG umgesetzte Konsensmodell sei effizienter als die Schaffung eines Bundesträgers. Gelingt dieser Nachweis nicht, wäre ein weiteres Festhalten am Konsensmodell mit der Beibehaltung regionaler Träger nicht mehr zu rechtfertigen. Entsprechende Feststellungen des Bundesrechnungshofes oder der Aufsichtsbehörde würden voraussichtlich den Gesetzgeber alsbald zum Handeln veranlassen.

4.2.3 Originäre Verbandsaufgaben

Bei einer Beibehaltung der bisherigen Anzahl der Träger ist es zudem unumgänglich, bestimmte Aufgaben bei den Verbänden zusammenzufassen. Es gibt eine Reihe spezifischer Aufgaben in der LSV, die bei den einzelnen – im

18 AS-Ausschuss des Deutschen Bundestages, Materialien zur öffentlichen Anhörung, Ausschussdrucksache 16(11)746, S. 30.

Verhältnis zu anderen Sozialversicherungsträgern – sehr kleinen Trägern in so geringem Ausmaß vorkommen, dass es ineffizient wäre, weiterhin die personellen Ressourcen und das benötigte Fachwissen hierfür bei jedem einzelnen Träger vorhalten zu wollen. Dass eine Fortführung dieser Zersplitterung von Aufgaben zu unwirtschaftlichen Ergebnissen führt, zeigt sich bereits daran, dass etwa die landwirtschaftlichen Krankenkassen im Durchschnitt höhere Verwaltungskosten haben als die Krankenkassen der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei müssten die Verwaltungskosten dieses berufsständischen Zweiges der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der Verwaltungsgemeinschaft mit den übrigen Trägern der LSV und der günstigen Nutzung berufsständischer Vertretungen als Verwaltungsstellen deutlich unter jenen der übrigen Krankenkassen liegen. Im Zusammenhang mit der Errichtung der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197a SGB V) wurde und wird von einigen LKken selbst angemerkt, die LKken seien zu klein, um eine derartige komplexe Aufgabe effizient durchführen zu können.

Zu berücksichtigen war hierbei auch der anhaltende Strukturwandel in der Landwirtschaft. Eine kostengünstige und effiziente Lösung kann folglich nur darin bestehen, bestimmte Aufgaben bei einer Stelle für die gesamte landwirtschaftliche Sozialversicherung zu bündeln. Überlegungen, diese Zusammenführung von Aufgaben im Rahmen eines Reformkonzepts (Servicestellenmodell) bei einzelnen regionalen Stellen vorzunehmen, wurden im Verlauf der Diskussion im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens zum LSVMG insbesondere von den Ländern nicht befürwortet. Es verbleibt somit nur die Möglichkeit einer Konzentration dieser Aufgaben bei einer Spitzenorganisation. Damit verbunden ist zudem eine Verbesserung der parlamentarischen Kontrolle des wirtschaftlichen und sparsamen Einsatzes der erheblichen Zuwendungen des Bundes an die landwirtschaftliche Sozialversicherung.

Bei der Festlegung des Katalogs der originären Verbandsaufgaben wurden überdies Vorschläge aus der Praxis aufgegriffen. Folgende Vorschriften enthalten den Katalog dieser originären Verbandsaufgaben:

Anwendungsbereich	Vorschrift
LSV insgesamt	§ 143e Abs. 2 SGB VII
Landwirtschaftliche Unfallversicherung	§ 143e Abs. 4 SGB VII
Alterssicherung der Landwirte	§ 53 Abs. 2 ALG
Landwirtschaftliche Krankenversicherung	§ 34 Abs. 3 KVLG 1989

4.3 Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit der neuen Aufgabenverteilung

Die Länder haben in der Stellungnahme des Bundesrats zum Gesetzentwurf des LSVMG¹⁹ gefordert, die Übertragung von Aufgaben auf den Spitzenverband der LSV müsse an die Bedingung geknüpft werden, dass dies durch ihn nachgewiesen wirtschaftlicher erfolgen kann als durch seine Mitglieder. Begründet wurde diese Forderung damit, eine Zentralisierung von Aufgaben bedeute nicht automatisch, dass die Erledigung wirtschaftlicher erfolge. Als zwingende Voraussetzung müsse deshalb in jedem Einzelfall der Nachweis der Wirtschaftlichkeit geführt werden. Auch von einigen LSV-Trägern wurden und werden gelegentlich derartige Überlegungen angestellt, die für eine gesetzeskonforme Umsetzung nicht zielführend sind. Folgendes ist dabei zu bedenken:

- Bei den Grundsatz- und Querschnittsaufgaben des Verbandes (vgl. oben 4.2.2) handelt es sich um Aufgaben, die nur durch den Verband für die LSV in ihrer Gesamtheit erfüllt werden können. Insofern kann sich bei diesen Aufgaben die Frage nach einer „wirtschaftlicheren Aufgabenerfüllung“ durch den Verband nicht stellen; diese liegt in der Natur der Sache. Wie in den anderen Bereichen der gesetzlichen Sozialversicherung kann niemand sonst, schon gar nicht ein einzelner Träger, derartige Aufgaben erfüllen.
- Ein weiterer Teil der künftigen Aufgaben des LSV-Spitzenverbandes obliegt bereits nach geltendem Recht den Spitzenverbänden der LSV. Insofern ist durch die gegenwärtige Rechtspraxis bereits der Nachweis der wirtschaftlicheren Aufgabenerfüllung durch den Spitzenverband erbracht worden.
- Die Frage nach der Wirtschaftlichkeit der Aufgabenübertragung kann folglich überhaupt nur dort in Betracht kommen, wo dem Verband durch das LSVMG erstmals Aufgaben übertragen werden.

Für diese neu übertragenen Aufgaben des Spitzenverbands erscheint es notwendig, nochmals auf die auch künftig grundlegenden Unterschiede in der Aufgabenstellung von Verband und Trägern hinzuweisen:

- Bisher wie auch künftig obliegt den einzelnen Trägern das „operative Geschäft“, also die Betreuung der Versicherten. Die wesentlichen Bestandteile dieses operativen Geschäfts, nämlich die Feststellung von Versicherungsverhältnissen, die Beitragserhebung, die Bearbeitung und Entscheidung von Leistungsansprüchen bleiben ausnahmslos in der Hand der regionalen Träger.

19 BR-Drs. 597/07 (Beschluss).

- Nur spezielle Aufgaben sollen wegen des in der LSV relativ geringen Anfalls entsprechender Sachverhalte und des für die Aufgabenerfüllung erforderlichen spezialisierten Fachwissens zukünftig nur noch durch den Spitzenverband erledigt werden. Darüber hinaus wird dadurch eine einheitliche Bearbeitung sichergestellt.
- Diese neu zu übertragenden Aufgaben wurden so ausgewählt, dass aufgrund der Erfahrungen aus der Praxis eine wirtschaftlichere Aufgabenerfüllung durch den Spitzenverband evident ist. Ein wesentlicher Teil der neu übertragenen Aufgaben ist zudem auf Vorschläge der LSV-Träger zurückzuführen, die selbst der Überzeugung waren, dass hier eine Zentralisierung zu einer wirtschaftlicheren Aufgabenerledigung führt.

Die Überlegungen, warum bei einzelnen Aufgaben deren Erfüllung wirtschaftlicher durch den Verband als durch die einzelnen Träger erfolgt, wurden in der Begründung zum Gesetzentwurf des LSVMG im Einzelnen dargestellt. Ohne dies hier zu wiederholen, ist ganz generell darauf hinzuweisen, dass eine Übertragung der Aufgaben auf den Verband durch das Gesetz unter der Bedingung einer wirtschaftlicheren Aufgabenerledigung zu einer nicht vertretbaren Rechtsunsicherheit geführt hätte. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass zu fragen wäre, in welchem Verfahren festgestellt werden soll, ob die Bedingung erfüllt ist, und in welcher Art und Weise die Aufgabe in diesem Fall auf den Spitzenverband übertragen wird.

Angesichts der Zielsetzung des LSVMG, das Recht der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zu modernisieren, war es Aufgabe des Gesetzgebers, eine Entscheidung darüber zu treffen, wie nach seiner Einschätzung dieses Ziel erreicht werden soll. Es ist Inbegriff des Rechtsstaatsprinzips, dass der Gesetzgeber zu entscheiden hat, welcher Verwaltungsträger eine staatliche Aufgabe zu erfüllen hat. Weder die Selbstverwaltung des künftigen Spitzenverbandes noch einzelne LSV-Träger haben eine hinreichende Legitimation, im Verlauf des Vollzugs des Gesetzes – was ihre Aufgabe als Exekutivorgane ist – zu bewerten oder zu beurteilen, ob die Entscheidung des Gesetzgebers richtig war und zu dem gewünschten Ergebnis führt.

4.4 Dauerthema: Senkung der Verwaltungskosten

Das LSVMG enthält unterschiedliche Regelungen zur Begrenzung der Verwaltungskosten

- nur für die LUV und für die Jahre 2008 bis 2010 in § 221 Abs. 3 SGB VII,
- für alle drei Bereiche ab dem Jahr 2009 bis zum Jahr 2014 in § 187a SGB VII, § 119a ALG und in § 18a KVLG 1989.

Diese Begrenzung der Verwaltungskosten ist in doppelter Hinsicht eingebettet in das Maßnahmenpaket des LSVMG: die Begrenzung soll ermöglicht werden

durch die Maßnahmen zur Organisationsreform, sie dient wie das gesamte LSVMG dazu, die Landwirte bei den Beiträgen zur LSV, insbesondere zur LUV, zu entlasten. Naturgemäß hat dieses Vorhaben, die Verwaltungskosten einzudämmen, im Kreis der LSV zu erheblicher Kritik geführt. Schon im Vorfeld des Kabinettschlusses hatten die Spitzenverbände hervorgehoben²⁰, die LSV arbeite sehr wirtschaftlich. Seit der Organisationsreform im Jahre 2001 seien die Verwaltungskosten um über 5 % gefallen, die nur scheinbar höheren Verwaltungskosten als in anderen Sozialversicherungsbereichen beruhten nur auf den niedrigen Leistungen. Bedauerlicherweise wurde dabei aber nicht erwähnt, dass beispielsweise im gleichen Zeitraum 2001 bis 2006 die Versichertenzahlen in der AdL um 19 % und in der LKV um gut 10 % gesunken waren.

Dabei wurden ohne Zweifel in dieser Zeit in den Bereichen AdL und LKV die Ausgaben tatsächlich eingedämmt, in der AdL sogar spürbar gesenkt, allerdings vorrangig unter dem „Diktat“ von gesetzlichen Obergrenzen. Die weniger befriedigende Entwicklung der Verwaltungskosten in der LUV²¹ veranlasste den Gesetzgeber daher, mit dem LSVMG auch für die LUV eine gesetzliche Obergrenze einzuführen. Vorbehaltlich der im Basis- und Zieljahr nicht zu berücksichtigenden Ausgaben ergibt sich für das Jahr 2008 folgende Obergrenze für die einzelnen LBGen:

20 ssl-Pressedienst Nr. 15/2007.

21 Soweit hier von Verwaltungskosten der LBGen die Rede ist, sind damit nur die „klassischen“ Verwaltungskosten in Kontenklasse 7 gemeint, obwohl auch in den Kosten der Unfallverhütung nochmals zu einem erheblichen Teil Verwaltungskosten enthalten sind; diese zählen aber definitionsgemäß zu den „Sozialleistungen“, auch wenn es sich hauptsächlich um Personalkosten handelt.

Landw. Berufsgenossenschaft	2002 (Ist-Erg.)	2006 (Ist-Erg.)	2008 (Ober- grenze)
Schleswig-Holstein	4,142	3,267	2,940
Niedersachsen-Bremen	11,956	11,673	10,506
Nordrhein-Westfalen	13,636	11,958	10,762
Hessen, Rheinland-Pfalz u. Saarland	16,281	14,939	13,445
Franken und Oberbayern	20,956	15,472	13,924
Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben	12,180	12,836	11,552
Baden-Württemberg	15,324	12,577	11,319
Gartenbau	13,514	13,643	12,278
Mittel- und Ostdeutschland	18,287	15,971	14,373
Insgesamt	126,277	112,335	101,099

In ihren Haushalten für 2008 haben die LBGen dieser Obergrenze noch nicht Rechnung tragen können, weil bereits beim Kabinettsbeschluss zum Entwurf des LSVMG die Haushaltsplanungen weit fortgeschritten waren. Es wird daher erforderlich sein, die gesetzliche Vorgabe im Rahmen des Haushaltsvollzugs zu berücksichtigen. Die Erreichbarkeit der Einsparauflage des LSVMG bereits für das Jahr 2008 wurde vereinzelt inzwischen mit Hinweis darauf bezweifelt, im Jahr 2008 seien erhebliche Steigerungen der Personalkosten infolge der voraussichtlichen Tarif- bzw. Besoldungserhöhungen zu erwarten. Wenn dieses Argument zutreffen sollte, wäre allerdings umso mehr zu fragen, weshalb in den vergangenen Jahren ohne Tarif- oder Besoldungserhöhungen die Verwaltungskosten teilweise sogar gestiegen sind. Es wird zwar erheblicher Anstrengungen der LBGen im Zusammenwirken mit den Aufsichtsbehörden bedürfen, das Einsparziel zu erreichen. Die auf hohem Niveau mehr oder weniger verharrenden Verwaltungskosten in den vergangenen Jahren lassen aber vermuten, dass dafür auch hinreichend Einsparpotential vorhanden ist. Nicht übersehen werden darf dabei ferner, dass in der Regelung für die LUV im Gegensatz zu den in den vergangenen Jahren wirksamen Regelungen in der LKV und der AdL auch Ausnahmen vorgesehen sind, die eine Anpassung erleichtern.

Die Modernisierung der Verwaltungsstrukturen in der LSV ist zwar ein Wert an sich. Wie bereits mehrfach betont wurde, ging es dem Gesetzgeber des LSVMG aber um mehr. Es erschien ihm nicht länger hinnehmbar, dass die Landwirte erhebliche Summen durch Beiträge aufbringen müssen, um damit eine überdimensionierte Verwaltung zu finanzieren. Das LSVMG soll erklärtermaßen auch mindestens zu einer Beitragsstabilisierung, wenn nicht sogar

zu einer Beitragssenkung in der LUV führen. Um für dieses Ziel des Gesetzes auch die Mitglieder der LBGen zu sensibilisieren, schreibt das LSVMG vor, dass die LBGen ab dem Jahr 2008 in ihren Mitgliederzeitingen und vergleichbaren elektronischen Medien in hervorgehobener Weise und gebotener Ausführlichkeit über die Verwendung der Mittel Rechenschaft abzulegen haben. Dabei sind die Verwaltungskosten nicht nur in absoluter Höhe darzulegen, vielmehr ist auch auszuweisen, welcher Anteil des LBG-Beitrages auf die Verwaltungskosten entfällt. Der Gesetzgeber ist dabei davon ausgegangen, dass vielen LBG-Mitgliedern überhaupt nicht bewusst ist, in welchem Umfang die Beiträge nicht für eine Finanzierung der Leistungen der Versicherung verwendet werden. Transparenz hinsichtlich der Verwendung der Gelder der Mitglieder soll deshalb auch ein Anreiz sein, den Verwaltungskostenanteil auf ein vertretbares Maß zu verringern.

4.5 Lastenverteilung zwischen den LBGen

Die ab dem 01.01.2010 wirksam werdende Lastenverteilung zwischen den LBGen gehört zwar nicht unmittelbar zum Komplex Organisationsreform, sie steht damit aber in enger Verbindung. Die übrigen im Vorfeld des LSVMG diskutierten Reformmodelle (BRH-Modell, Servicestellen-Modell) hätten zu einem LSV-internen Lastenausgleich auch in der LUV und LKV geführt, wie er bereits in der AdL besteht. Der Verzicht auf diese Modelle und die ab dem Jahr 2010 verringerte Umverteilungswirkung der Bundesmittelverteilung nach dem 79er Schlüssel machten einen Ausgleichsmechanismus zwingend erforderlich, um das Ziel einer Stärkung der innerlandwirtschaftlichen Solidarität auch bei fortbestehenden regionalen LSV-Trägern zu erreichen. Durch die stufenweise Einführung des Verfahrens der Lastenverteilung erfolgt ein gleitender Übergang auf diese neue Form der gemeinsamen Tragung eines Teils der Rentenaltlast in der LUV. Abzuwarten bleibt zudem, welche Auswirkungen sich nach Abschluss der Abfindungsaktion ergeben. Wer allerdings dieses Instrument eines innerlandwirtschaftlichen Ausgleichs der Beitragsbelastungen generell in Frage stellt, sollte bedenken, dass er damit auch den Fortbestand der regionalen Gliederung der LSV auf den Prüfstand stellt.

4.6 Organisation des Spitzenverbandes

Parallel zur Diskussion um die Modernisierung der Organisationsstrukturen in der LSV stand auch die Weiterentwicklung der gesetzlichen Unfallversicherung insgesamt auf der politischen Agenda. Über die Zielsetzung, die Wirtschaftlichkeit und Effizienz des Systems zu verbessern, bestand Einvernehmen; hierzu wie auch zur Reform des Leistungsrechts gab es einen entsprechenden Auftrag im Koalitionsvertrag für die 16. Legislaturperiode des Deutschen

Bundestages.²² Vor diesem Hintergrund haben Bund und Länder - auch auf der Grundlage von Entschlüssen des Deutschen Bundestages und des Bundesrates - das Vorhaben in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorbereitet. In einen Gesetzentwurf der Bundesregierung Eingang gefunden haben aber vor allem die Vorschläge, die Organisation der gesetzlichen Unfallversicherung zu straffen²³. Dazu gehört es, die Anzahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften von derzeit 23 auf neun zu reduzieren; dieser Prozess soll aber eigenverantwortlich von der Selbstverwaltung gesteuert werden.

Hinsichtlich der Schaffung einer Spitzenorganisation für die allgemeine gesetzliche Unfallversicherung ist nach kontroversen Diskussionen jetzt davon auszugehen, dass es nicht zu einer Errichtung einer mit anderen Sozialversicherungszweigen vergleichbaren Körperschaft²⁴ kommt. Die Funktion als Spitzenverband für die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand nimmt die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. wahr. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. ist durch Fusionsbeschluss der beiden bisherigen Spitzenverbände - Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V. und Bundesverband der Unfallkassen e.V. - vom 31. Mai 2007 entstanden. Die einzelnen Träger haben sich dabei in der Rechtsform eines privatrechtlichen Vereins freiwillig zusammengeschlossen und diesem Koordinierungs- und Serviceaufgaben übertragen.

Demgegenüber gab es im Bereich der LSV-Reform kaum Diskussionen hinsichtlich der Bildung eines gemeinsamen Spitzenverbandes für die gesamte LSV und dessen Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Anders als auch in der gesetzlichen Krankenversicherung²⁵ gehen die bisherigen Spitzenverbände für die Bereiche Unfall- und Krankenversicherung sowie Alterssicherung der Landwirte im neuen Spitzenverband auf. Diese Schaffung einer bundesunmittelbaren Körperschaft mit dem Recht der Selbstverwaltung gehört zu den zentralen Elementen des LSVMG. Mit der Schaffung des künftigen LSV-Spitzenverbandes erhält die LSV eine starke Spitzenorganisation,

22 Abschnitt B.II.4.2 (Text verfügbar beispielsweise unter www.bundesregierung.de: „Wesentliche Ziele sind eine Straffung der Organisation, die Schaffung leistungsfähiger Unfallversicherungsträger und ein zielgenaueres Leistungsrecht“.

23 BR-Drs. 113/08.

24 Z.B. DRV-Bund (§ 138 SGB VI) oder Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 217a SGB V).

25 § 212 Abs. 1 SGB V ab 01.01.2009 i.d.F. des GKV-WSG.

die nicht nur die Geschlossenheit der LSV stärken, sondern das Sondersystem insgesamt stabilisieren soll.

Was von außen her dazu geleistet werden konnte, ist durch das LSVMG geschehen. Dessen Artikel 6 und 7 enthalten das rechtliche Instrumentarium zu Errichtung des Verbandes und Überleitung der heutigen Organisationen in das neue Gefüge. Der Gesetzgeber war dabei bestrebt, mit größtmöglicher Kontinuität den Übergang zu erleichtern. Es wird in der Zeit bis zum 01.01.2009 darauf ankommen, diese Vorschriften so umzusetzen, dass der neue Spitzenverband vom ersten Tag an in der Lage ist, seine Aufgaben zu erfüllen. Anders als nach dem LSVOrgG ist davon auszugehen, dass die Aufsichtsbehörde den Prozess der Übernahme der Aufgaben durch den Verband sehr aufmerksam beobachten wird. Denn im Gegensatz zum LSVOrgG gibt es im LSVMG eine klare Aufgabenverteilung und klare zeitliche Vorgaben. Das möglichst reibungslose Gelingen der Bildung dieses neuen Spitzenverbandes und der zeitnahen Erfüllung seiner Aufgaben dient nicht nur dem Verband selbst, sondern der gesamten LSV.

Entscheidende Bedeutung für eine erfolgreiche Bewältigung dieser Aufgabe kommt dem Errichtungsausschuss nach Artikel 7 § 9 des LSVMG zu, der dazu berufen ist, die Weichen für die Übernahme der Aufgaben durch den neuen Spitzenverband zu stellen. Er hat nicht nur die formalen Voraussetzungen zu schaffen, wie etwa durch vorbereitende Maßnahmen und insbesondere die Ausarbeitung des Entwurfes der Satzung. Vor allem die Vorbereitung des Haushaltsentwurfes für den neuen Verband und die Ausarbeitung des Entwurfs für das verbindliche Rahmenkonzept zur Umsetzung der Maßnahmen des LSVMG stellen für den Errichtungsausschuss eine große Herausforderung dar. Will er dieser Aufgabe gewachsen sein, wird es von Anfang an notwendig sein, die Vorgaben des Gesetzes und die Belange der einzelnen Träger miteinander in Einklang zu bringen.

Mit einiger Wahrscheinlichkeit werden schwierige Entscheidungen vor allem bei der Prüfung anstehen, ob und inwieweit Aufgaben des Spitzenverbandes auch von ehemaligen Beschäftigten der einzelnen LSV-Träger an einem anderen Ort als Kassel erledigt werden können. Hier bedarf es nämlich nach den Intentionen des Gesetzgebers einer sorgfältigen Abwägung, ob damit zumindest für eine Übergangszeit ein Beitrag zu einer sozialverträglichen Umsetzung der Maßnahmen zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung geleistet werden kann. Hingegen kann diese Regelung zu einem vorübergehenden Auslagern von Verbandsaufgaben auf Verbandsbedienstete mit einem weiter entfernten Wohnsitz nicht dazu dienen, Entscheidungen des Gesetzgebers zur Aufgabenverteilung zu revidieren. Eine Rückverlagerung von Verbandsaufgaben auf die einzelnen Träger gehört nicht zu den Befugnissen der Selbstverwaltungsorgane. Dies hat auch der

Ausschussbericht²⁶ mit folgender Aussage bekräftigt: „Durch derartige personalwirtschaftliche Maßnahmen ändert sich aber nichts am Charakter der Aufgaben des Spitzenverbandes, es findet also nicht entgegen der Entscheidung des Gesetzgebers faktisch eine Rückverlagerung von Aufgaben auf die einzelnen Sozialversicherungsträger statt“. Auf der Grundlage einer Vorschrift des Übergangsrechts kann eine derartige zeitweilige Auslagerung von Aufgaben erst recht nicht dazu genutzt werden, den Verband gewissermaßen zu regionalisieren mit dem Ziel, dass bei jedem oder einzelnen LSV-Trägern künftig auch ein Teil des Verbandes angesiedelt ist. Es wird also einer sehr sorgsam Abwägung bedürfen, ob von dieser Übergangslösung überhaupt Gebrauch gemacht wird, denn nach ihrer Zielsetzung kommt sie ohnehin nur für (ehemalige) Bedienstete der einzelnen LSV-Träger in Frage, die entweder kurz vor dem Eintritt in den Ruhestand stehen oder bei denen sich die Übernahme der Aufgaben am Sitz des Verbandes noch verzögert. Für beide Fälle lassen sich aber auch auf andere Weise Lösungen finden.

4.7 Ablauf des Gesetzgebungsverfahrens

Verglichen mit dem LSVOrgG von 2001 nahm das LSVMG die parlamentarischen Hürden relativ zügig. Ein wichtiger Grund hierfür waren die im Gesetz enthaltenen Regelungen für die LUV, die unbedingt zum 01.01.2008 in Kraft treten sollten. Insbesondere trifft dies auf die geplante Abfindungsaktion für Kleinrenten zu, für die alle Vorarbeiten bereits angelaufen waren. Zudem hätte jede Verschiebung der Aktion ausschließlich zu einer Mehrbelastung für die Beitragszahler der LUV geführt, da sich der Aufwand für die Abfindungen durch eine Verschiebung kaum verringert hätte, die Einsparung aber erst später zum Tragen gekommen wäre. Die inzwischen bekannte Entwicklung hinsichtlich der Abwicklung der Abfindungsaktion bestätigt im Nachhinein diese Bemühungen, das Gesetz möglichst vor Jahresende 2007 zu verabschieden.

Mit dem Kabinettsbeschluss zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 22.08.2007 wurde das Vorhaben als besonders eilbedürftig im Sinne des Art.76 Abs. 2 Satz 4 GG bezeichnet, um das Inkrafttreten zum 01.01.2008 zu gewährleisten. Dadurch wurde es ermöglicht, dass die 1. Lesung des Gesetzentwurfs im Deutschen Bundestag schon am 11.10.2007²⁷, also vor Abschluss des 1. Durchganges des Bundesrates stattfand. Von den Abgeordneten der Koalition wurde dabei die Dringlichkeit beider im Gesetzentwurf enthaltenen Reformvorhaben (Verbesserung der Finanzlage der LUV, Organisationsreform der LSV) bekräftigt, auch wenn noch zu Einzelfragen

26 BT-Drs. 16/6984, Bericht Teil B, Zu Artikel 7, § 8 Satz 2 ff.

27 Protokoll der 118. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 11.10.2007, S. 12272.

Diskussionsbedarf bestehe. Demgegenüber nahm der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 12.10.2007²⁸ eine eher kritische Haltung ein. Neben einigen Verbesserungsvorschlägen, die im weiteren Gesetzgebungsverfahren auch aufgegriffen wurden, zielten viele Punkte der Stellungnahme darauf ab, große Teile der Reform des Jahres 2001 wieder rückgängig zu machen. In der vom Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages am 22.10.2007 durchgeführten Anhörung von Sachverständigen²⁹ spielte die Organisationsreform eine eher untergeordnete Bedeutung; im Vordergrund standen hier der Lastenausgleich, die Abfindungsaktion sowie die Reduzierung von Verwaltungskosten. Diese Aspekte spielten auch bei den weiteren Diskussionen und Beratungen innerhalb der Regierungskoalition eine zentrale Rolle. Die dabei getroffenen Beschlüsse fanden ihren Niederschlag in einem Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen für die abschließenden Beratungen in den Ausschüssen des Deutschen Bundestages am 07.11.2007. Auf der Basis der Beschlussempfehlungen des federführenden Ausschusses für Arbeit und Soziales³⁰ wurde das Gesetz vom Deutschen Bundestag am 08.11.2007 in 2. und 3. Lesung beschlossen.³¹ Die Abgeordneten der Koalition betonten hierbei, mit dem gefundenen Kompromiss werde das gemeinsame Ziel erreicht, die Eigenständigkeit der landwirtschaftlichen Sozialversicherung langfristig zu sichern. Voraussetzung dafür sei aber, die geschaffenen Regelungen auch zügig umzusetzen. Dies gelte sowohl für die Abfindungsaktion zur kostenmäßigen Entlastung der Beitragszahler der LUV als auch für die Neuordnung der Organisationsstrukturen. Der Bundesrat verzichtete in seiner Sitzung am 30.11.2007 darauf, den Vermittlungsausschuss anzurufen³², um das Inkrafttreten des Gesetzes nicht zu verzögern. In einer zugleich gefassten Entschließung kritisierte er aber wesentliche Punkte des Gesetzes wie etwa die Stärkung des Spitzenverbandes der LSV, die Abfindungsaktion, die nicht die prognostizierte Entlastung bringen werde, und den Lastenausgleich in der LUV. Nur gut drei Monate nach dem Kabinettsbeschluss war damit das parlamentarische Verfahren zum LSVMG abgeschlossen und das Gesetz wurde am 18.12.2007 verkündet.³³

28 BR-Drs. 597/07 (Beschluss).

29 AS-Ausschuss des Deutschen Bundestages, Materialien zur öffentlichen Anhörung, Ausschussdrucksache 16(11)746.

30 BT-Drs. 16/6984.

31 Protokoll der 123. Sitzung des Deutschen Bundestages am 08.11.2007, S. 12852.

32 BR-Drs. 744/07 (Beschluss).

33 BGBl. I Nr. 66 vom 21.12.2007 S. 2984.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Im Koalitionsvertrag für die 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages wurde das Ziel vorgegeben, die agrarsozialen Sicherungssysteme u.a. durch folgende Maßnahmen zukunftsfest umzugestalten:

- Modernisierung der Organisationsstrukturen
- Weiterentwicklung der Systeme mit dem Ziel einer angemessenen Beitragsbelastung
- Verbesserung der innerlandwirtschaftlichen Solidarität
- Bereitstellung von Bundesmitteln, um den strukturellen Besonderheiten der Landwirtschaft Rechnung zu tragen.

Am 1. Januar 2008 ist das LSVMG in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz werden Maßnahmen im Bereich landwirtschaftliche Unfallversicherung und Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger umgesetzt und die Voraussetzungen für eine moderne und zukunftssichere landwirtschaftliche Sozialversicherung geschaffen. Durch ein zielgenaueres Leistungsrecht und eine Verringerung der Belastungen aus Bestandsrenten wird die landwirtschaftliche Unfallversicherung auf ein solides finanzielles Fundament gestellt und die Beitragszahler werden damit vor Überforderung geschützt. Vor allem aber erhält mit dieser Strukturreform das berufsständische Sondersystem ab dem Jahr 2009 eine zeitgemäße Organisation.

Es bleibt dabei, dass die LSV zum weit überwiegenden Teil durch Bundeszuschüsse finanziert wird. In keinem anderen Bereich der sozialen Sicherung gibt es eine vergleichbare Finanzierung aus Bundesmitteln. Dem gegenüber beteiligen sich die Länder nicht an der Finanzierung der LSV. Gleichwohl unterstehen sieben von neun LSV-Trägern der Aufsicht der Länder. Im Rahmen der Föderalismusreform wurden die Ziele verfolgt, die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit der Gesetzgeber durch eine Entflechtung der Zuständigkeiten von Bund und Ländern zu verbessern, die politischen Verantwortlichkeiten deutlicher zuzuordnen und eine Verbesserung der Effizienz und Zweckmäßigkeit der Aufgabenerfüllung zu erreichen. Die Problematik der Mitfinanzierung landesunmittelbarer Sozialversicherungsträger durch den Bund konnte hierbei nicht gelöst werden.

Gleichwohl kommt es auch durch das LSVMG nur zu punktuellen Verbesserungen bei den Einwirkungsmöglichkeiten des Bundes. Die Verwirklichung des „Konsensmodelles“ mit der Beibehaltung der bisherigen regionalen und weit überwiegend landesunmittelbaren LSV-Träger führt dazu, dass der Bund auch künftig auf eine wirtschaftliche und sparsame Mittelverwendung kaum Einfluss hat, obwohl er die Ausgaben der Träger im Wesentlichen durch

Zuschüsse finanziert. Der Einfluss der Länder ist im Vergleich dazu sehr viel größer – und dies bei fehlender Finanzverantwortung.

Das LSVMG stellt daher eine große Herausforderung für die LSV-Träger und ihren künftigen Spitzenverband, aber auch für die Länder dar. Nur wenn der Nachweis gelingt, dass mit diesem Modell von überwiegend regionalen Trägern auf der einen Seite und der Finanzierung durch den Bund auf der anderen Seite das System in seiner Gesamtheit die Aufgaben effizienter und wirtschaftlicher erfüllt, als dies bei einem Träger für das gesamte Bundesgebiet der Fall wäre, wird es auch künftig Bestand haben können. Es bleibt zu hoffen, dass alle Verantwortlichen der LSV dies als Chance, aber auch als Verpflichtung begreifen.

Verfasser:

Bernhard Schmidt
Carl-Duisberg-Str. 32
53121 Bonn

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen aus Sicht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

A. Ausgangssituation und Normengeschichte

CDU/CSU und SPD hatten sich zu Beginn der 16. Legislaturperiode auf eine Reform des Gesundheitswesens festgelegt. Wegen der in wesentlichen Punkten verschiedenen Grundkonzeptionen (Bürgerversicherung versus Kopfpauschale) einerseits und in Anbetracht des Widerstandes verschiedener Interessengruppen andererseits war das Zustandekommen eines Reformpaketes lange Zeit fraglich. Dass die Gesundheitsreform die Spitzenverbände der Krankenkassen¹ in existenzielle Bedrängnis bringen würde, war jedenfalls zu Beginn der Reformdebatte kaum absehbar. Eine sich in den folgenden Monaten entfaltende Dynamik in der Auseinandersetzung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen mündete schließlich in gesetzlichen Bestimmungen, welche die Struktur des Verbändewesens fundamental verändert haben. Die sich zuspitzende Auseinandersetzung zwischen Ministerium und kassenartenorientierter Selbstverwaltung endete mit einem Sieg des BMG und einer Entmachtung der Spitzenverbände.

Die Große Koalition hatte sich am 03.07.2006 auf Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 verständigt. In Abschnitt 14 Buchst. e des Eckpunktepapiers ist festgelegt, dass die Krankenkassen bzw. ihre Verbände zur Erfüllung bestimmter Aufgaben auf Bundesebene einen Spitzenverband bilden. „Der Spitzenverband erhält einige wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Diese Aufgaben umfassen: 1. Der Spitzenverband vertritt die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung. 2. Die Vertragskompetenz des Spitzenverbandes beschränkt sich auf Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen ...“

Bereits im ersten Arbeitsentwurf zum GKV-WSG war in § 217a die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen beschrieben. Dieser sollte - als eingetragener Verein - von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, den Ersatzkassenverbänden und der See-Krankenkasse errichtet werden. Krankenkassen mit mehr als einer Mio. Versicherten sollten ein Beitrittsrecht haben. Da nur

1 AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, See-Krankenkasse, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

ein Teil der Aufgaben nach dem SGB V auf den Spitzenverband übergehen sollte, blieben die Verbände auf Bundesebene ansonsten in ihrer Rechtsstellung unangetastet. Der zweite und der dritte Arbeitsentwurf vom 05. bzw. vom 25.09.2006 brachten insofern keine Änderungen.

Im vierten Arbeitsentwurf vom 07.10.2006 erfolgte eine deutliche Verschärfung des § 212 SGB V in der Form, dass die Bundesverbände gem. dessen Abs. 1 kraft Gesetzes zum 01.07.2008 in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt werden. Nach diesem Zeitpunkt steht den Gesellschaftern frei, über den Fortbestand der Gesellschaft und die Gestaltung der Gesellschaftsverhältnisse zu entscheiden. Dieses Schicksal sollte nach § 212 Abs. 2 SGB V auch der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) teilen. Parallel dazu sollten es an Stelle der Verbände nun die Krankenkassen sein, die den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden. Dieser erscheint erstmals als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Der folgende Referentenentwurf sah nur insofern eine Abweichung vor, als der Zeitpunkt der Umwandlung auf den 01.01.2009 hinausgeschoben wurde.

Der BLK hat in seiner „Stellungnahme vom 13.10.2006 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)“ zu Art. 1 Nummern 144 ff. (§§ 212 Abs. 2 und 4 sowie 217b und 217c E-SGB V) das Weiterbestehen als Körperschaft des öffentlichen Rechts gefordert und u.a. damit begründet, dass die im Rahmen der Organisationsreform in der LSV getroffenen gesetzlichen Bestimmungen den BLK als Körperschaft des öffentlichen Rechts zwingend voraussetzen. Daraufhin brachte der Kabinettsentwurf (nur) für den BLK eine entscheidende Änderung: § 212 Abs. 2 SGB V wurde nun ersatzlos aufgehoben. Der Regierungsentwurf vom 25.10.2006 und schließlich das GKV-WSG vollziehen dies nach. Das durch den Wegfall des § 212 Abs. 2 SGB V erzeugte rechtliche Vakuum wurde zunächst durch eine Änderung des § 34 KVLG 1989 gefüllt. Danach übernimmt der – als Körperschaft des öffentlichen Rechts verfasste – Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA) zum 01.01.2009 die Aufgaben des BLK. Für die anderen Bundesverbände bleibt es bei dem Verlust ihres Körperschaftsstatus. Damit haben die auch weiterhin nach Kassenarten gegliederten allgemeinen Krankenkassen spätestens ab dem 01.01.2009 auf der Bundesebene nur noch einen bundesweiten Pflichtverband mit Körperschaftsstatus. Für die Landesverbände bleibt es bei ihrer körperschaftlichen Verfasstheit (vgl. § 207 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens hat die Bundesregierung nicht nur die angedachte Vereinslösung verworfen. Auch die Begrenzung auf „einige wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben“ stellt sich in der Gesetzesfassung

anders dar:² Die Stellung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ist derart ausgestaltet worden, dass im Ergebnis sämtliche bis dato den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen nach dem SGB V zukommenden Aufgaben nunmehr von ihm zu erledigen sind. Abgesehen vom agrarsozialen Sondersystem verbleibt den kassenartenbezogenen Verbänden insbesondere die Koordinierung der wettbewerblichen Aufgaben. Die Landesverbandsebene hat ihre Aufgaben weitgehend behalten.

Die (prä)legislative Entwicklung vollzog sich parallel zu einer Auseinandersetzung des BMG mit den Verbänden der Krankenkassen. Im Regierungsentwurf wird die Schaffung des Spitzenverbandes Bund äußerst knapp mit der Straffung zeitlicher und organisatorischer Abläufe in den Verbänden und der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie der Vermeidung von Handlungsblockaden begründet. Die Änderung des § 212 Abs. 1 SGB V wird damit erklärt, dass aufgrund der Konzentration der nicht-wettbewerblichen Aufgaben beim Spitzenverband Bund keine Aufgaben für die bisherigen Bundesverbände verbleiben, die den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts erfordern. In ihrer gemeinsamen Stellungnahme zum Entwurf eines GKV-WSG lehnen die Spitzenverbände der Krankenkassen die Errichtung eines einheitlichen und zentralen Dachverbandes auf Bundesebene für die gesetzliche Krankenversicherung ab. Nach ihrer Auffassung ist die von der Bundesregierung aufgestellte Behauptung, ein Dachverband auf Bundesebene könne die vielfältigen Aufgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen besser und zielgerichteter erfüllen als diese, in keiner Weise belegt. Darüber hinaus verweisen sie darauf, dass die Prof. Dr. Rupert Scholz und Dr. Reimar Buchner in einer gutachterlichen Stellungnahme zu der verfassungsrechtlichen Bewertung kommen, die Organisationsreform - Errichtung des Spitzenverbandes Bund und Umwandlung der Bundesverbände in Gesellschaften bürgerlichen Rechts - sei verfassungswidrig. Die mit der Organisationsreform verbundene wettbewerbsbeschränkende Konzentration und Zentralisierung von Aufgaben auf den Spitzenverband Bund widerspreche willkürlich der angestrebten Förderung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen. Die geplanten Regelungen seien deshalb von vornherein evident ungeeignet und damit rechtsstaatswidrig. Des Weiteren würde das nach wie vor ausdrücklich gewollte System der gegliederten Krankenversicherung willkürlich durchbrochen. Auch würden willkürlich Doppelstrukturen geschaffen, die entgegen der Zielsetzung des GKV-WSG zu einem ineffizienten und uneffektiven, die Krankenkassen erheblich belastenden Mitteleinsatz führten. Willkürlich seien die Regelungen deshalb, weil sachliche Gründe für die Organisationsreform nicht zu erkennen seien. Die in der Gesetzesbegründung angeführten Regelungsziele, die

2 Kritisch hierzu Fink, ErsK 2006, 460, die sich auch mit dem Legitimationsproblem des Spitzenverbandes auseinandersetzt.

zeitlichen und organisatorischen Abläufe in den Verbänden zu straffen und Handlungsblockaden zu vermeiden, könnten nur dann zur sachlichen Rechtfertigung herangezogen werden, wenn entsprechende Mängel oder Defizite in der gegebenen Verbändestruktur nachweisbar wären. Dies sei jedoch nicht der Fall und werde vom Gesetzgeber auch nicht in substantiiert Form dargelegt. Die historisch gegliederte Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung bewirke, so die Spitzenverbände in ihrer Stellungnahme, bislang einen funktionalen Wettbewerb im Vertragsbereich und tragfähige - von den jeweiligen Mitgliedern akzeptierte - Interessenausgleiche überall dort, wo diese bereits heute gesetzlich zu einheitlichen und gemeinsamen Lösungen verpflichtet sind. Die Behauptung, die Arbeit der Verbände sei ineffektiv, sei falsch. In allen den Spitzenverbänden bislang vom Gesetzgeber übertragenen Angelegenheiten seien im Gremium nach § 213 SGB V termingerecht Entscheidungen getroffen worden. Probleme und Verzögerungen innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung resultierten in aller Regel aus Interessenkonflikten zwischen Krankenkassen einerseits und den Organisationen der Leistungserbringer andererseits. Die Krankenkassen fänden nahezu durchgängig schnell zu gemeinsamen Positionen. Die Ersetzung der bestehenden Spitzenverbände durch einen zentralen Spitzenverband Bund gehe daher am tatsächlichen Problem vorbei. Im Gegensatz zu den heutigen Verbänden werde es dem Spitzenverband Bund wesentlich schwerer fallen, die unterschiedlichen Interessen einer Vielzahl von Krankenkassen auszugleichen und zu allgemein akzeptierten Entscheidungen zu kommen. In der Folge sei eine Zunahme an Ersatzvornahmen durch das Gesundheitsministerium und damit ein zunehmender staatlicher Einfluss zu erwarten. Die Selbstverwaltung durch die Vertreter von Versicherten und Arbeitgebern würde eingeschränkt. Im Spitzenverband Bund werde die einzelne Krankenkasse erheblich weniger Einfluss auf die für sie wettbewerbsrelevanten Verträge nehmen können als heute über den jeweiligen Spitzenverband. Sie verliere damit neben ihrer Finanzautonomie auch einen erheblichen Teil ihrer Steuerungsfähigkeit hinsichtlich der Ausgaben. Unter diesen Bedingungen sei aber eine stärkere wettbewerbliche Orientierung der GKV nicht möglich. Das Gegenteil sei der Fall: Die GKV werde vereinheitlicht, der Wettbewerb werde marginalisiert.

Allerdings hat das BVerfG in seiner Entscheidung zum Risikostrukturausgleich³ ausgeführt, dass der Bestand einer bestimmten Organisationsstruktur innerhalb der GKV verfassungsrechtlich nicht gewährleistet ist. Mit dem Grundgesetz wäre es nach Ansicht des BVerfG sogar vereinbar, sämtliche Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung zusammenzufassen und sie in einem „Bundesamt für Krankenversicherung“ als bundesunmittelbare Körperschaft zu organisieren.

3 Urt. v. 18.07.2005 – 2 BvF 2/01.

Nach § 217f Abs. 1 SGB V hat der Spitzenverband ab dem 01.07.2008 die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. Bei diesen handelt es sich praktisch um das Gros der vormals den Spitzenverbänden der Krankenkassen obliegenden gesetzlichen Aufgaben im Bereich der allgemeinen gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Insofern haben die vormaligen Spitzenverbände ihre Aufgaben verloren. In welchem Umfang und mit welcher Geschwindigkeit dies faktisch zu Personalüberhängen bei den bisherigen Spitzenverbänden führen wird, ist jedoch nicht sicher zu prognostizieren, denn der Spitzenverband Bund muss nicht zwingend alle Aufgaben durch eigenes Personal erledigen; er kann sich zur Aufgabenerfüllung grundsätzlich auch der bisherigen Spitzenverbände bedienen. Dieser Ansatz wird jedoch vom BMG kritisch gesehen.

B. Bildung des Spitzenverbandes durch die Krankenkassen

I. Zwangsmitgliedschaft

Nach § 217a Abs. 1 SGB V bilden die Krankenkassen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Damit ist den Krankenkassen in ihrer Gesamtheit ein gesetzlicher Auftrag zur Konstituierung eines Dachverbandes erteilt worden. Der Bildung des Spitzenverbandes geht dabei weder eine freie Willensbildung der Krankenkassen voraus noch stellt sie einen freien Willensakt der Krankenkassen dar. Der Gesetzgeber ordnet vielmehr eine zwangsweise Vertretung aller Krankenkassen durch einen gemeinsamen Dachverband an. Bei der Bildung des Dachverbandes haben die „alten“ Spitzenverbände über die Regelung des § 217g SGB V (Bestellung eines Errichtungsbeauftragten) mitgewirkt. Die Krankenkassen selbst hatten begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten allein über die Mitgliederversammlung, nämlich Nominierung von zwei Delegierten, welche die 41 Mitglieder des Verwaltungsrates zu wählen hatten. Faktisch hat sich ein beträchtlicher Teil der Krankenkassen selbst hieran nicht beteiligt.

II. Rolle der „alten“ Spitzenverbände und des Errichtungsbeauftragten

Die Frage nach dem Wie der Errichtung des Spitzenverbandes beantwortet § 217g SGB V. Die Bundesverbände nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband und BLK), die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die See-Krankenkasse und die Verbände der Ersatzkassen hatten gem. § 217g Abs. 1 Satz 1 SGB V zum Aufbau des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen Errichtungsbeauftragten zu bestellen. Damit sind es ausgerechnet die Organisationen, die gegen ihren erklärten Willen den Großteil ihrer Aufgaben nach dem SGB V an den neuen Dachverband verlieren, welche dessen Vorbereitungsarbeiten initiieren mussten. Mit dieser Regelung setzt der Gesetzgeber bzw. das BMG auf eine Zusammenarbeit

mit den Spitzenverbänden, wobei die Alternative des unmittelbaren Aufbaues durch dieselben vermieden wurde. Mit der Bestimmung wollte der Gesetzgeber den neuen Spitzenverband rasch konstituieren und dabei weder die von ihm entmachteten kassenartenbezogenen Spitzenverbände noch die Ministerialbürokratie mit den Initiierungs- und Vorbereitungsarbeiten betrauen.

Um einer Verzögerung vorzubeugen, wurde in § 217g Abs. 1 Satz 2 SGB V eine Ersatzvornahme durch das BMG vorgesehen: Sofern eine Bestellung bis zum 30. April 2007 nicht erfolgt wäre, hätte das Bundesministerium für Gesundheit einen Errichtungsbeauftragten bestellt. Da jedoch deutlich vor dieser Zeitmarke der frühere Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages Klaus Kirschner vom Arbeitskreis I der Spitzenverbände der Krankenkassen einstimmig zum Errichtungsbeauftragten bestellt wurde, ist die Regelung hinfällig geworden.

Nach § 217g Abs. 1 Satz 3 SGB V unterstützt der Errichtungsbeauftragte den Spitzenverband in der Errichtungsphase, insbesondere bei der Organisation der Mitgliederversammlung, der Ausarbeitung der Satzung sowie den Wahlen des Verwaltungsrates und des Vorstandes. Der Errichtungsbeauftragte hat in Abstimmung mit dem von den Spitzenverbänden gebildeten Errichtungsbeirat u.a. die Entwürfe für die Satzung des Spitzenverbandes, die Geschäftsordnung der Mitgliederversammlung und des Verwaltungsrates, die Entschädigungsordnung für die Mitglieder der Mitgliederversammlung und die Entschädigungsordnung für die Mitglieder des Verwaltungsrates erarbeitet. Er hat des Weiteren, unterstützt durch die Spitzenverbände und das BMG, die konstituierende Mitgliederversammlung einschließlich der Wahlen zu deren Vorsitzenden und der Wahlen zum Verwaltungsrat vorbereitet.

Wäre ein Vorstand bis zum 1. Juli 2007 nicht gewählt worden, hätte der Errichtungsbeauftragte nach § 217g Abs. 1 Satz 4 SGB V bis zur Wahl des Vorstandes die Stellung eines Vorstandes und dessen Rechte und Pflichten innegehabt. Hierzu ist es jedoch wegen der rechtzeitigen Wahl von Frau Dr. Pfeiffer zum Vorstand des Spitzenverbandes Bund nicht gekommen.

Nach § 217g Abs. 2 Satz 1 SGB V werden die Kosten der Errichtung und die Vergütung des Errichtungsbeauftragten vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen getragen. Solange der Spitzenverband Bund keinen Haushaltsplan beschlossen hat, werden diese Aufwendungen von den Bundesverbänden nach § 212 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, der See-Krankenkasse und den Verbänden der Ersatzkassen als Gesamtschuldner im Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen in der jeweiligen Kassenart aufgebracht (§ 217g Abs. 2 Satz 2 SGB V). Die Regelung der Kostenverteilung stößt bereits deswegen auf Umsetzungsprobleme, weil bei den Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKKen) aufgrund

deren besonderen Finanzierungsregimes die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen nicht feststellbar ist. Üblich und praktikabel wäre eine Kostenverteilung z.B. nach der Statistik KM 6 (nach Versichertenzahlen) gewesen.

III. Geltung der Rechtsakte des Spitzenverbandes für andere

Anders als in § 210 Abs. 2 SGB V bezüglich der Satzung eines Landesverbandes, ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen direkt im Gesetz (§ 217e Abs. 2 SGB V) die Geltung abgeschlossener Verträge und sonstiger Entscheidungen für die Mitgliedskassen, die Landesverbände und die Versicherten bestimmt.

C. Organe des Spitzenverbandes Bund

I. Normengeschichte

Der Gesetzgeber tat sich schwer mit der Ausgestaltung der Binnenstruktur des neuen Verbandes. Im ersten, im zweiten und im dritten Arbeitsentwurf zum GKV-WSG sind in § 217d SGB V als Organe des Spitzenverbandes nur die Mitgliederversammlung und der Vorstand genannt. Der Vorstand ist dabei von der Mitgliederversammlung zu wählen.

In den ersten drei Arbeitsentwürfen eines GKV-WSG kam ein Verwaltungsrat nicht vor. Im vierten Arbeitsentwurf und auch noch im Regierungsentwurf sind die Mitglieder des nunmehr installierten 32-köpfigen Verwaltungsrates so auf die vier Kassenarten und die Mitgliedergruppe aus See-Krankenkasse, Knappschaft und LKKe verteilt, dass sich insgesamt eine 16 zu 16 Parität ergibt. Da den Ersatzkassen acht Versichertenvertreter zugeordnet werden, entfallen auf die AOKs vier Versichertenvertreter und acht Arbeitgebervertreter, auf die Betriebskrankenkassen zwei Versichertenvertreter und fünf Arbeitgebervertreter, auf die Innungskrankenkassen ein Versichertenvertreter und zwei Arbeitgebervertreter und auf die Mitgliedergruppe je ein Versicherten- und ein Arbeitgebervertreter. Eine Gewichtung der Stimmen war im Regierungsentwurf nicht vorgesehen. Gleiches gilt für die Regelung zur Anpassung an die Entwicklung der Zahlen der Versicherten.

Im vierten Arbeitsentwurf gibt es als Selbstverwaltungsorgan einen 32-köpfigen Verwaltungsrat, ansonsten einen hauptamtlichen Vorstand und eine Mitgliederversammlung. Die Vorstandsmitglieder müssen dem Verwaltungsrat einer Mitgliedskasse angehören. Der von der Mitgliederversammlung zu wählende Verwaltungsrat ist paritätisch besetzt. Der Regierungsentwurf enthält demgegenüber insofern eine Änderung, als ein Verwaltungsratsmitglied jetzt alternativ der Vertreterversammlung angehören darf. Erst in der endgültigen Gesetzesfassung wird die Zahl der Verwaltungsratsmitglieder auf (zunächst) 42 festgelegt.

Wie sich aus § 217b Abs. 1 SGB V ergibt, handelt es sich um öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Selbstverwaltung. Die an sich für Bundesverbände der Krankenkassen nicht zwingende Rechtsform (vgl. nur die privatrechtlich verfassten Verbände der Ersatzkassen) rechtfertigt sich dennoch aus den verschiedenen hoheitlichen Aufgaben.

II. Verwaltungsrat

1. Bildung und Zusammensetzung

§ 217b Abs. 1 Satz 1 SGB V bestimmt die Bildung eines Verwaltungsrates bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Wie auch bezüglich des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund wird die Terminologie des § 31 Abs. 3a SGB IV übernommen. Anders als bei § 209 Abs. 1 SGB V bezüglich der Landesverbände wird der Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht „nach näherer Bestimmung der Satzung“ gebildet. Während bei § 209 Abs. 1 SGB V die Satzung des jeweiligen Verbandes die Zahl und das Verfahren zur Wahl der Mitglieder bestimmt (vgl. § 210 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V), ist dies bezüglich des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Gesetz geregelt (vgl. § 217c SGB V).

Nach § 217c Abs. 1 SGB V in der Gesetzesfassung hat der Verwaltungsrat zunächst 41, höchstens aber 52 Mitglieder, die sich grundsätzlich paritätisch aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern zusammensetzen. Wegen der Ersatzkassen, bei denen es nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IVI nur Versichertenvertreter gibt, sind es jedoch 27 Vertreter der Versicherten und 14 Arbeitgebervertreter.⁴ Über ein gewichtetes Stimmrecht wird im Ergebnis die Parität wieder hergestellt (siehe § 217c Abs. 1 Satz 2 SGB V); jede Gruppe hat 30 Stimmen. In § 217c SGB V ist die – recht komplizierte – Wahl des Verwaltungsrates geregelt.

2. Kassenartenbezogene Zuteilung der Verwaltungsratssitze und gewichtetes Stimmrecht

Die zu wählende Zahl der Verwaltungsratsmitglieder ist nach § 217c Abs. 1 Satz 1 SGB V kassenartenbezogen festgelegt. Dabei wird die anteilige Größe der Kassenarten, d.h. die Zahl der Versicherten in dem jeweiligen Kassensystem zu Grunde gelegt. Angesichts der beschränkten Gesamtzahl kann die Verteilung der Sitze die Größenverhältnisse nur annähernd abbilden.⁵ Dies führt dazu, dass die Allgemeinen Ortskrankenkassen insgesamt 14 Mitglie-

4 Noch im Regierungsentwurf war in § 217b Abs. 1 Satz 3 SGB V vorgesehen, dass der Verwaltungsrat je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt ist.

5 Vgl. Begründung zum Regierungsentwurf zu Art. 1 Nr. 149 GKV-WSG (§ 217c SGB V).

der stellen, die Ersatzkassen 13, die Betriebskrankenkassen acht und die Innungskrankenkassen vier. Bezüglich der „kleinen“ Kassenarten hat sich der Gesetzgeber gegen eine Minimalvertretung jeder einzelnen Kassenart entschieden. Stattdessen hat er neben den vier „größeren“ Kassenarten eine aus der See-Krankenkasse, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den (neun) LKKen gebildete Mitgliedergruppe statuiert (§ 217c Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V).

Die nach Kassenarten bzw. der Mitgliedergruppe zusammengestellten Stimmen werden nach § 217c Abs. 1 Satz 2 SGB V gewichtet. Danach wird bei einer Abstimmung die Stimme eines vor der Mitgliederversammlung gewählten Versichertenvertreters der Allgemeinen Ortskrankenkassen mit jeweils fünf Siebteln und die eines Arbeitgebervertreters jeweils mit sechzehn Siebteln, die eines Versichertenvertreters der Ersatzkassen mit jeweils zwanzig Dreizehteln, die eines Versichertenvertreters der Betriebskrankenkassen mit jeweils drei Vierteln und die eines Arbeitgebervertreters mit jeweils neun Vierteln, die eines Versichertenvertreters der Innungskrankenkassen mit jeweils einer Halben und die eines Arbeitgebervertreters mit drei Halben, die eines gemeinsamen Versichertenvertreters der See-Krankenkasse, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der LKKen mit 1 und die des gemeinsamen Arbeitgebervertreters mit 2 gewichtet. Zusammen haben die 27 Versicherten- und die 14 Arbeitgebervertreter je 30 Stimmen. Damit werden das Prinzip der Kassenartenbezogenheit und das der gewichteten Repräsentanz der gesetzlichen Krankenversicherung in den Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund implementiert. Weil sich die drei „kleinen“ Kassenarten darauf verständigt hatten, dass die LKKen den Arbeitgebervertreter nominieren, hat dieser in Person des Vorstandsvorsitzenden des BLK Leo Blum die relativ größte Stimmkraft.

Nach § 217c Abs. 1 Satz 5 SGB V kann die Satzung in Anpassung an die Entwicklung der Zahlen der Versicherten unter Beachtung der Parität der Vertreter von Arbeitnehmern und Arbeitgebern im Endergebnis, der Höchstzahl von 52 Verwaltungsratssitzen und der größtmöglichen Annäherung an den jeweiligen prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart eine von den Sätzen 1 und 2 abweichende Sitz- und Stimmenverteilung festlegen.⁶

6 § 26 Abs. 7 der Satzung lautet wie folgt: Ausgenommen die erste Wahlperiode des Verwaltungsrates (2007 bis 2011) wird nach der Hälfte einer Wahlperiode die Stimmverteilung im Verwaltungsrat entsprechend der Versichertenzahlen nach der Statistik KM 6 des vorherigen Jahres überprüft und ggf. entsprechend angepasst. Die Anzahl der Verwaltungsratsmitglieder bleibt während der Wahlperiode unverändert. Vor Beginn einer neuen Wahlperiode des Verwaltungsrates ist die Anzahl der jeweiligen Sitze und Stimmen der Kassenarten im

Verräterischerweise benutzt der Gesetzgeber in § 217c Abs. 1 Satz 5 SGB V den Begriff der Arbeitnehmer. Dadurch wird deutlich, dass er die Besonderheit der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung, in der es keine Arbeitnehmersversicherung gibt, grundsätzlich ignoriert hat und es somit zu einer Schiefelage hinsichtlich der angestrebten Parität kommt. Im Ergebnis ist die in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung gegenüber der Gruppe der Arbeitgeber numerisch dominierende Gruppe der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte (vgl. § 44 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 SGB IV) durch den Verwaltungsrat nicht repräsentiert. Zwar ist auch diese Gruppe durch Entsendung jeweils eines Vertreters jeder der neun LKKen in die Mitgliederversammlung dort vertreten. Durch die gesetzlich angeordnete Zusammenfassung der LKKen mit der See-Krankenkasse und der Knappschaft mit je nur einem gemeinsamen Versichertenvertreter und einem Arbeitgebervertreter wird die Gruppe der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte angesichts der Zahlenverhältnisse faktisch ignoriert.

Auch ansonsten bestehen Bedenken gegen die Bestimmung: Bei Ausweitung des Marktanteils der Ersatzkassen könnte für die Versichertenvertreter anderer Kassenarten rechnerisch kein Platz mehr sein. Allerdings ist zu beachten, dass bei Vereinigungen von Ersatzkassen mit Krankenkassen einer anderen Kassenart die neue Kasse nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 2. Halbsatz SGB IV automatisch eine paritätische Selbstverwaltung erhält.⁷

Durch die Gewichtung der Stimmen nach § 217c Abs. 1 Satz 2 SGB V wird insgesamt rechnerisch die Parität zwischen Versicherten- und Arbeitgebervertretern wieder hergestellt, die durch die Besonderheit des Ersatzkassensystems verursacht wird. Die Herstellung der Parität zwischen Versicherten- und Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat wäre jedoch gerade wegen der Ersatzkassen nicht zwingend gewesen.

Die Gewichtung ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Gleichbehandlungsgebotes aus Art. 3 GG nicht unproblematisch. Schon die Tatsache, dass Vertreter derselben Kassenarten eine unterschiedliche Stimmkraft haben (die Versichertenvertreter haben wegen ihrer numerischen Überzahl regelmäßig ein schwächeres Stimmrecht) befremdet. Überdies hat der Gesetzgeber die Besonderheiten der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung verkannt. § 47 SGB IV regelt allgemein die Gruppenzugehörigkeit unter Berücksichtigung von drei Gruppen, nämlich die der Versicherten (Abs. 1), der Arbeitgeber (Abs. 2) und der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte (Abs. 3). Die Selbstverwaltungsorgane der LKKen setzen sich zusammen aus

Verwaltungsrat entsprechend der Versichertenzahlen nach der Statistik KM 6 des vorherigen Jahres zu überprüfen und ggf. entsprechend anzupassen.

7 Kritisch hierzu Meesters, ErsK 2007, 12, 14.

Vertretern der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte und aus Vertretern der Arbeitgeber (vgl. §§ 32 Abs. 1, 44 Abs. 1 Ziffer 1, Abs. 3 SGB IV). Versichertenvertreter i.S.v. Arbeitnehmervertretern hat die landwirtschaftliche Krankenversicherung nicht. Man wird im Gegenteil bei den Landwirten wegen ihrer Unternehmerstellung nicht ohne weiteres von einer Gleichsetzbarkeit mit Versichertenvertretern als (antagonistische) Partner der Arbeitgebervertreter ausgehen können. Alle Landwirte verstehen sich als Unternehmer.

Für jedes Mitglied ist gem. § 217c Abs. 1 Satz 3 SGB V ein Stellvertreter zu wählen. Über die im dortigen Satz 4 bestimmte Verweisung auf die entsprechende Geltung des § 43 Abs. 2 SGB IV ergibt sich das Folgende: Ein Verwaltungsratsmitglied, das verhindert ist, wird durch einen Stellvertreter vertreten (§ 217c Abs. 1 Satz 4 i.V.m. § 43 Abs. 2 Satz 4). Stellvertreter sind gem. § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB IV die als solche in der Vorschlagsliste benannten und verfügbaren Personen in der Reihenfolge ihrer Aufstellung bis zu einer Zahl, die die der Mitglieder um vier übersteigt; Mitglieder, die eine persönliche Stellvertretung als Alternative zur Listenvertretung haben, bleiben hierbei unberücksichtigt. Anstelle einer Stellvertretung nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB IV können gem. dem dortigen Satz 5 für einzelne oder alle Mitglieder des Vorstandes sowie für einzelne oder alle Mitglieder des Verwaltungsrates der in § 35a Abs. 1 SGB IV genannten Krankenkassen (Ort-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen) in der Vorschlagsliste ein erster und ein zweiter persönlicher Stellvertreter benannt werden.

3. Wahl nach Vorschlagslisten

Gem. § 217c Abs. 2 SGB V wird die Wahl des Verwaltungsrates nach Vorschlagslisten durchgeführt. Jede Kassenart soll eine Vorschlagsliste erstellen, die mindestens so viele Bewerber enthält, wie ihr Sitze nach Abs. 1 zugeordnet sind. Entsprechendes gilt für die nach Abs. 1 Nr. 5 zu wählenden Mitglieder, d.h. für die aus See-Krankenkasse, Knappschaft und LKken bestehende Mitgliedergruppe. Damit könnte in den Fällen einer geeinigten Liste mangels Auswahlmöglichkeit eine Friedenswahl stattfinden; eine echte Wahlhandlung wäre nicht erforderlich. Die Kandidaten könnten als gewählt gelten. Das BMG hat diese Sichtweise jedoch abgelehnt und besteht auf die Durchführung einer Wahlhandlung. Damit ist ein Kandidat einer geeinigten Liste mit so vielen Bewerbern wie Plätzen bei nur einer Stimme gewählt.

Verständigt sich eine Kassenart nicht auf eine Vorschlagsliste (geeinigte Liste), benennt jede Krankenkasse dieser Kassenart einen Bewerber als Versichertenvertreter und einen Bewerber als Arbeitgebervertreter; die Ersatzkassen benennen jeweils bis zu drei Versichertenvertreter. Gleiches gilt, wenn eine geeinigte Liste z.B. wegen formaler Mängel nicht zugelassen wird. Jede Krankenkasse kann Bewerber benennen, sie muss dies aber nicht. Aus den eingereichten Einzelvorschlägen erstellt der Vorsitzende der Mitgliederver-

sammlung die kassenartbezogene Vorschlagsliste mit den Bewerbern. Entsprechendes gilt für die Erstellung der Vorschlagslisten mit den zu wählenden Stellvertretern. Die Vorschlagslisten – gemeint sind sowohl die geeinigten als auch die vom Vorsitzenden der Mitgliederversammlung erstellten – werden getrennt für die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie jeweils deren Stellvertreter erstellt. Auch die Wahl erfolgt jeweils getrennt für die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber, getrennt für deren Stellvertreter sowie getrennt nach Kassenarten. Unter „Kassenarten“ ist insofern auch die Mitgliedergruppe nach § 217c Abs. 1 Nr. 5 SGB V zu verstehen.

Die Versichertenvertreter in der Mitgliederversammlung wählen die Versichertenvertreter und deren Stellvertreter aus den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat. Die Arbeitgebervertreter in der Mitgliederversammlung wählen die Arbeitgebervertreter und deren Stellvertreter aus den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat. Das bedeutet, alle Versichertenvertreter stimmen über alle Vorschlagslisten allen Kassenarten und der Mitgliedergruppe nach § 217c Abs. 1 Nr. 5 SGB V mit Versichertenvertretern ab, alle Arbeitgebervertreter über alle Vorschlagslisten mit Arbeitgebervertretern. Die Vertreter der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte der LKKen entscheiden also mit über die Versichertenvertreter aller Krankenkassen. Für die Mitgliedergruppe bedeutet dies, dass bei Nichtzustandekommen einer geeinigten Liste jede Kassenart einen Vorschlag, die LKKen neun Vorschläge machen könnten. Denkbar wäre gewesen, dass ungeachtet des Marktanteils durch die Vertreter der anderen Kassenarten z.B. der Versichertenvertreter und der Arbeitgebervertreter der kleinsten Kassenart gewählt würden, die Kassenarten Knappschaft und Landwirtschaftliche Krankenversicherung somit ausgeschlossen wären. Ein solches, mit der Grundkonzeption der Vertretung aller Kassenarten schwer zu vereinbarendes Ergebnis konnte nur durch eine geeinigte Liste sicher verhindert werden.

Im Vorfeld der Wahl hatte sich der BLK mit der Knappschaft und der See-Krankenkasse darauf verständigt, dass die LKKen den Arbeitgebervertreter stellen und die Knappschaft den Versichertenvertreter. Die jeweiligen Stellvertreter sollten gleichfalls aus dem Bereich der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung bzw. von der See-Krankenkasse kommen. Die Wahl fiel auf Leo Blum und Lothar Lampe (Stellvertreter) als Arbeitgebervertreter und auf Eckhard Linnemann und Gerd Hüfner (Stellvertreter) als Versichertenvertreter.

Bei den getrennten Wahlgängen hat ein wahlberechtigter Vertreter der Gliedskasse jeweils so viele Stimmen, wie Sitze nach § 217 Abs. 1 SGB V zur Verfügung stehen. Das BMG hat anlässlich der ersten Wahl am 21.05.2007 geäußert, dass bezüglich der Wahl der Stellvertreterlisten mit Listenvertretung die Delegierten jeweils so viele Stimmen haben, wie Stellvertreter wählbar

sind, d.h. bei Listenvertretung maximal die Anzahl der Sitze der ordentlichen Mitglieder der jeweiligen Kassenart und Bank plus vier.

Gewählt sind gem. § 217c Abs. 3 SGB V jeweils die Bewerber auf der Vorschlagsliste, die die höchste der nach Abs. 4 gewichteten, abgegebenen Stimmenzahl erhalten (Höchstzahlen). Dabei sind so viele Bewerber mit den Höchstzahlen gewählt, wie Sitze je Kassenart nach Abs. 1 zu verteilen sind. Entsprechendes gilt für die Wahl der Stellvertreter.

Nach § 217c Abs. 4 SGB V sind bei der Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates durch die Mitgliederversammlung die Stimmen der Mitgliedskassen des Spitzenverbandes Bund zu gewichten. Die Gewichtung orientiert sich an der bundesweiten Anzahl der Versicherten eines Mitgliedes. Maßgebend sind die Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 des vorherigen Jahres. Die Gewichtung ist entsprechend der Entwicklung der Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 jährlich zum 1. Januar anzupassen. Das Nähere regelt die Satzung.

Nach § 217c Abs. 1 Satz 2 SGB V muss ein Mitglied des Verwaltungsrates dem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Mitgliedskasse angehören. Der Wortlaut dieser Bestimmung diskriminiert offensichtlich diejenigen Krankenkassen (bzw. deren Repräsentanten), die anstelle eines Verwaltungsrates einen (ehrenamtlichen) Vorstand als Selbstverwaltungsorgan haben. Hierbei handelt es sich um die See-Krankenkasse, die Knappschaft und die neun LKken (vgl. § 31 Abs. 1 und Abs. 3a SGB IV). Den Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot sehend, hat sich das BMG bereit erklärt, die Wahl von Vertretern aus dem (ehrenamtlichen) Vorstand einer Krankenkasse in den Verwaltungsrat des Spitzenverbandes nicht zu beanstanden. Dies entspricht auch der Begründung im Regierungsentwurf zu Art. 1 Nr. 149 (§ 217b).⁸ Nach § 15 der Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen müssen Kandidaten für die Wahl zum Verwaltungsrat ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates, des ehrenamtlichen Vorstandes oder der Vertreterversammlung einer Mitgliedskasse sein. Stellvertretende Verwaltungsratsmitglieder, Stellvertreter des ehrenamtlichen Vorstandes oder stellvertretende Mitglieder einer Vertreterversammlung sind nicht wählbar. Vertreter der Mitgliedskasse in der Mitgliederversammlung können zugleich auch in den Verwaltungsrat gewählt werden.

Das Nähere zur Durchführung der Wahl des Verwaltungsrates und der Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowohl für die Wahl im Errich-

8 Dort heißt es: „Angesichts der vielfältigen und umfangreichen gesetzlichen Aufgaben des Spitzenverbandes Bund ist es auch zweckmäßig, dass ein Mitglied des Verwaltungsrates nicht zugleich eine hauptamtliche Vorstandstätigkeit für eine Krankenkasse ausübt.“

tungsstadium wie auch für die folgenden Wahlen nach Ablauf der jeweiligen Amtsperioden kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates in einer Wahlordnung regeln (§ 217c Abs. 7 SGB V). Dies ist für die erste Mitgliederversammlung rechtzeitig geschehen.⁹

4. Organisatorisches

Nach § 217c Abs. 1 Satz 3 SGB V gelten zunächst § 33 Abs. 3, § 37, die §§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3, die §§ 58, 59, 62 Abs. 1 bis 2, 4 bis 6, § 63 Abs. 1, 3, 4, § 64 Abs. 1 bis 3 und § 66 Abs. 1 SGB IV entsprechend. Anders als in § 209 Abs. 3 SGB V wird nicht auf § 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IV (Wählbarkeit) verwiesen. Im Einzelnen nimmt Abs. 4 Satz 2 die folgenden Vorschriften in Bezug:

Nach § 33 Abs. 3 SGB IV gelten insbesondere die Bestimmungen des SGB über die Vertreterversammlung und deren Vorsitzenden auch für den Verwaltungsrat und dessen Vorsitzenden. Außerdem obliegen dem Verwaltungsrat oder dessen Vorsitzenden auch die Aufgaben des Vorstandes und dessen Vorsitzenden nach § 37 Abs. 2, § 38 und dem Zweiten Titel des Vierten Abschnitts SGB IV.

§ 37 SGB IV regelt die Rechtsfolgen bei Verhinderung der Amtsausübung von Selbstverwaltungsorganen der Krankenkasse.

§§ 40, 41, 42 Abs. 1 bis 3 SGB IV gestalten die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat als Ehrenamt aus und regeln die Entschädigung sowie die Haftung.

Die §§ 58, 59 und 62 SGB IV regeln die Amtsdauer, den Verlust der Mitgliedschaft und die (stellvertretenden) Vorsitzenden des Verwaltungsrates.

Bezüglich des Verweises auf die in § 62 SGB IV getroffenen Regelungen für den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates fällt auf, dass nicht auf Abs. 3 verwiesen wird. Nach § 62 Abs. 3 Satz 1 SGB IV kann die Satzung bestimmen, dass die Vertreter der einzelnen Gruppen abwechselnd mindestens für ein Jahr den Vorsitz führen (alternierender Vorsitz). Ob es sich bei dem fehlenden Verweis um ein gesetzgeberisches Versehen handelt, darf angesichts der Erwähnung aller anderen fünf Absätze des § 62 in § 217b Abs. 1 Satz 3 SGB V bezweifelt werden. Dennoch liefe ein Verzicht auf die Alternierung grundlos einer tradierten und bewährten Ausprägung des Prinzips der paritätischen Selbstverwaltung zuwider. In

9 Verordnung für die erstmalige Wahl der oder des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und die erstmalige Wahl des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Jahr 2007 (SpivBdKKWV2007) vom 27.04.2007, BAnz. 2007 Nr. 082 S. 4519.

der Begründung zum Regierungsentwurf finden sich keine Anhaltspunkte für eine bewusste Durchbrechung des Grundsatzes. Außerdem übernehmen die neuen Bestimmungen zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch ansonsten das Prinzip der paritätischen Vertretung (vgl. z.B. § 217c SGB V). § 29 Abs. 2 und 3 der Satzung regelt denn auch, dass der Verwaltungsrat aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen alternierenden Vorsitzenden wählt, die verschiedenen Gruppen und bis zum Ende der ersten Wahlperiode verschiedenen Kassenarten angehören müssen. Der Vorsitz wird unter gegenseitiger Stellvertretung abwechselnd für je ein Jahr geführt.

§ 63 Abs. 1, 3 und 4 und § 64 Abs. 3 SGB IV treffen Regelungen über die Geschäftsordnung, die Sitzungen und über die schriftliche Abstimmung.

Auch bezüglich § 63 SGB IV verweist Satz 3 nicht auf die gesamte Norm, sondern lässt die Absätze 2 (Die Selbstverwaltungsorgane werden von ihren Vorsitzenden nach Bedarf einberufen. Sie müssen einberufen werden, wenn ein Drittel der Mitglieder es verlangt) und 5 (Der Vorstand kann zu Tagesordnungspunkten, bei denen wesentliche Fragen der Gesundheit berührt werden, einen auf den jeweiligen Gebieten der Sozialmedizin und der Sozialversicherung fachlich einschlägig erfahrenen Arzt mit beratender Stimme hinzuziehen) aus. Die Einberufung ist deshalb vollständig in der Satzung bzw. in der Geschäftsordnung des Verwaltungsrates zu regeln. Gleiches gilt für die Hinzuziehung von Sachverständigen.

§ 217 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 66 Abs. 1 SGB IV lässt die Übertragung einzelner Aufgaben auf Erledigungsausschüsse zu. Die Einrichtung von Erledigungsausschüssen wäre jedoch bereits wegen der Frage der Vertretung aller Kassenarten und der Stimmengewichtung problematisch.

§ 217c Abs. 1 Satz 4 SGB V lässt die Amtsdauer der im Jahr 2007 gewählten Mitglieder des Verwaltungsrates abweichend von § 58 Abs. 2 SGB IV sieben Monate nach den nächsten allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung enden. Hintergrund dieser Regelung ist, dass aus den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen die zur Wahl des Verwaltungsrates nominierten Delegierten der Mitgliederversammlung bestimmt werden müssen (vgl. § 217c SGB V).

5. Aufgaben

§ 217b Abs. 1 Satz 3 SGB V verweist auf § 197. Danach sind die Aufgaben des Verwaltungsrates insbesondere

- die Beschlussfassung über die Satzung und sonstiges autonomes Recht;
- die Überwachung des Vorstandes;
- die Entscheidung über Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung für den Spitzenverband;

- die Feststellung des Haushaltsplans;
- die Entlastung des Vorstandes wegen der Jahresrechnung;
- die Vertretung des Spitzenverbandes gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern;
- der Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie die Errichtung von Gebäuden¹⁰

10 Nach § 31 Abs. 1 der Satzung hat der Verwaltungsrat insbesondere folgende Aufgaben:

- die Satzung und sonstiges Recht des Spitzenverbandes Bund sowie in den übrigen durch Gesetz und sonstiges für den Spitzenverband Bund maßgebendes Recht vorgesehenen Fällen zu beschließen,
- alle Entscheidungen zu treffen, die für den Spitzenverband Bund und die Krankenkassen von grundsätzlicher Bedeutung sind; dazu gehören insbesondere gesundheits-, pflege- und sozialpolitische Grundsatzfragen, Grundsatzfragen der Versorgungsentwicklung, des Vertragswesens und der Telematik,
- den Vorstand, aus seiner Mitte die/den Vorstandsvorsitzende/n und die/den stellvertretende/n Vorsitzende/n zu wählen und die vertraglichen Regelungen zu vereinbaren,
- die Geschäftsverteilung des Vorstandes im Benehmen mit diesem zu beschließen,
- Richtlinien für die Arbeit des Vorstandes festzulegen und den Vorstand sowie die/den Geschäftsführer/in bei der Erfüllung der Aufgaben nach § 42 zu überwachen,
- Vorstandsmitglieder und Mitglieder des Verwaltungsrates von ihrem Amt zu entbinden oder zu entheben,
- soweit ein Vorstandmitglied für längere Zeit an der Ausübung ihres/seines Amtes verhindert oder ihr/sein Amt längere Zeit unbesetzt ist, eine/n leitende/n Beschäftigte/n des Spitzenverbandes Bund mit der vorübergehenden Wahrnehmung ihrer/seiner Vorstandsaufgaben zu beauftragen und die Aufsichtsbehörde davon zu unterrichten,
- den Spitzenverband Bund gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern und der/dem Geschäftsführer/in und der/dem stellvertretenden Geschäftsführer/in zur Erfüllung der Aufgaben nach § 42 zu vertreten,
- durch ihre/seinen Vorsitzende/n im Einvernehmen mit der/dem alternierenden Vorsitzenden allen Mitgliedskassen einen jährlichen Geschäftsbericht über die Tätigkeiten des Spitzenverbandes Bund vorzulegen,

Ob die generelle Verweisung auf § 197 SGB V auch die dort unter Ziffer 6 genannte Auflösung bzw. freiwillige Vereinigung mit anderen Verbänden umfasst, darf bezweifelt werden. Anders als die einzelnen Krankenkasse ist der Spitzenverband gesetzlich statuiert. Seine Auflösung obliegt allein dem Gesetzgeber. Gleichfalls kommt eine freiwillige Vereinigung mit einem anderen Spitzenverband aufgrund § 217b i.V.m. § 197 SGB V nicht in Betracht.

Nach § 217b Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 197 Abs. 2 SGB V kann der Verwaltungsrat sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

Nach § 217b Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 197 Abs. 3 SGB V soll der Verwaltungsrat zur Erfüllung seiner Aufgaben Fachausschüsse bilden.

-
- den Gesamthaushaltsplan einschließlich des Teilhaushaltsplanes für die Verbindungsstelle und ggf. den Nachtragshaushaltsplan festzustellen,
 - den Verbandsbeitrag sowie besondere Beiträge und Umlagen einschließlich derjenigen zur Finanzierung der Verbindungsstelle sowie sonstige, im Rahmen der Aufgabenerfüllung nach § 42 zu erhebende Umlagen festzusetzen,
 - für jedes Geschäftsjahr aus seinen Reihen Rechnungsprüfer/innen zu bestimmen,
 - die Jahresrechnung abzunehmen,
 - die Entlastung des Vorstandes zu beschließen,
 - über Erwerb, Veräußerung und Belastung von Grundstücken sowie Errichtung von Gebäuden sowie in weiteren Immobilienangelegenheiten zu beschließen,
 - die Mitgliedschaften in Organisationen zu bestimmen,
 - über die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern in Gremien anderer Institutionen zu entscheiden,
 - die/den Geschäftsführer/in zur Erfüllung der Aufgaben nach § 42 und deren/dessen Stellvertreter/in auf Vorschlag des Vorstandes zu bestellen, die vertraglichen Regelungen zu vereinbaren und über die Beendigung der Dienstverträge zu beschließen,
 - Grundsätze der Stellenbesetzung zu beschließen. Die Tarifvertragsfreiheit bleibt unberührt,
 - über die vom Vorstand aufgestellte Dienstordnung und den Stellenplan für Dienstordnungsangestellte zu beschließen.

III. Vorstand

1. Allgemeines

§ 217b Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmt in Anlehnung an die in der Krankenversicherung übliche Organisationsstruktur auch für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Bildung eines Vorstandes als Exekutivorgan.

Der Vorstand besteht nach § 217b Abs. 2 Satz 2 SGB V aus höchstens drei Personen. Besteht der Vorstand aus mehr als einer Person, hat der Verwaltungsrat aus den Vorstandsmitgliedern einen Vorsitzenden zu wählen (§ 217b Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. § 35a Abs. 5 Satz 1 SGB IV). Bei drei Vorstandsmitgliedern muss außerdem ein Stellvertreter des Vorsitzenden gewählt werden. Als Stellvertreter von Frau Dr. Pfeiffer hat der Verwaltungsrat Herrn von Stackelberg und Herrn Voss gewählt. Anders als bei den Krankenkassen und deren Landesverbänden gelten mangels Verweisung die §§ 33 Abs. 3 Satz 2, 64 Abs. 2 SGB IV nicht, wonach als Vorstandsmitglied gewählt ist, wer die Mehrheit des Verwaltungsrates auf sich vereinigt hat. Vielmehr gilt bezüglich des Vorstandes des Spitzenverbandes Bund die Satzung (dort § 33 Abs. 3 Nr. 4). Danach ist ein Quorum von 70 % der gewichteten Stimmen vorgesehen. Dieses Quorum berücksichtigt faktisch den Stimmenanteil der Kassenarten AOK und Ersatzkassen sowie die rechnerisch zusammengefasste Gemeinschaft aus Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, See-Krankenkasse, Knappschaft und LKKen.

Da § 217b Abs. 2 Satz 6 SGB V nicht auf § 35a Abs. 4 SGB IV verweist, gibt es keine gesetzliche vorstandsinterne Vertretungsregelung (vgl. § 35a Abs. 4 Satz 2 SGB IV). Auch gilt die Regelung des § 35a Abs. 4 Satz 3 i.V.m. § 37 Abs. 2 bzw. § 35a Abs. 4 Satz 4 SGB IV bezüglich der Beauftragung eines leitenden Beschäftigten mit der Stellvertretung eines verhinderten Vorstandsmitgliedes nicht. Allerdings ist sie durch Satzung statuierbar.

Der hauptamtliche Vorstand wird auf bis zu sechs Jahre gewählt;¹¹ Wiederwahl ist zulässig (§ 217b Abs. 2 Satz 6 SGB V i.V.m. § 35a Abs. 3 Satz 2 SGB IV).

Der Verwaltungsrat hat bei seiner Wahl darauf zu achten, dass die Vorstandsmitglieder die erforderliche fachliche Eignung besitzen. Diese ist nachzuweisen durch eine Fort- oder Weiterbildung im Krankenkassendienst oder eine Fachhochschul- oder Hochschulausbildung sowie in beiden Fällen zusätzlich durch mehrjährige Berufserfahrung in herausgehobenen Führungspositionen (§ 217b Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. § 35a Abs. 6 Satz 1 SGB IV).

11 Wegen dieser Regelung erscheint die inzwischen erfolgte Wahl von Herrn Voss zum dritten Vorstandsmitglied für zweieinhalb Jahre und von Herrn Kiefer für die sich anschließenden dreieinhalb Jahre zulässig.

Über den Verweis auf § 35a Abs. 6 Satz 2 SGB IV ist die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen jährlich zum 1. März im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Wie die Verweisung bezüglich der zweiten Satzhälfte des Satzes 2 zu verstehen ist („...und gleichzeitig, begrenzt auf die jeweilige Krankenkasse und ihre Verbände, in der Mitgliederzeitschrift der betreffenden Krankenkasse ...“), ist unklar. Sofern der Spitzenverband Bund eine Zeitschrift herausgibt, wäre diese das geeignete Medium. Darüber hinaus wäre eine Veröffentlichung auf der Internetseite angezeigt.

Über § 35a Abs. 6 Satz 3 SGB IV ist bestimmt, dass die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Vorstandsmitgliedern in Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen sind.

Schließlich verweist § 217b Abs. 2 Satz 6 SGB V auch auf § 35a Abs. 7 SGB IV. Danach gilt für eine Amtsenthebung und eine Amtsentbindung eines Mitglieds des Vorstandes durch den Verwaltungsrat § 59 Abs. 2 und 3 SGB IV entsprechend. Gründe für eine Amtsenthebung oder eine Amtsentbindung sind u.a. Unfähigkeit zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung oder Vertrauensentzug durch den Verwaltungsrat, es sei denn, dass das Vertrauen aus offenbar unsachlichen Gründen entzogen worden ist.

2. Vertretungsrecht und Berichtspflicht

Gem. § 217b Abs. 2 Satz 4 SGB V verwaltet der Vorstand den Spitzenverband und vertritt ihn gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges für den Spitzenverband maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen.

Nach § 217b Abs. 2 Satz 6 SGB V i.V.m. § 35a Abs. 1 Satz 2 SGB IV kann in der Satzung oder im Einzelfall durch den Vorstand bestimmt werden, dass auch einzelne Mitglieder des Vorstandes den Spitzenverband vertreten können. Von dieser Möglichkeit wurde kein Gebrauch gemacht. Innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien verwaltet jedes Vorstandsmitglied seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende (§ 35a Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB IV). Die Regelung des § 35a Abs. 4 Satz 3 i.V.m. § 37 Abs. 2 bzw. § 35a Abs. 4 Satz 4 SGB IV bezüglich der Beauftragung eines leitenden Beschäftigten mit der Stellvertretung eines verhinderten Vorstandsmitgliedes gilt ausweislich der Formulierung des § 217b Abs. 2 Satz 6 SGB V nicht.

Nach § 217b Abs. 2 Satz 6 SGB V i.V.m. § 35a Abs. 2 SGB IV hat der Vorstand dem Verwaltungsrat zu berichten über 1. die Umsetzung von Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung, 2. die finanzielle Situation und die voraus-

sichtliche Entwicklung. Außerdem ist dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates aus sonstigen wichtigen Anlässen zu berichten.

IV. Mitgliederversammlung

1. Allgemeines

Nach § 217b Abs. 3 Satz 1 SGB V wird bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Mitgliederversammlung gebildet. Durch die Formulierung wird deutlich, dass nicht eine Mitgliederversammlung den Spitzenverband ins Leben ruft, sondern der Gesetzgeber dem Spitzenverband das betreffende Organ gibt. Der Wortlaut der Begründung zum Regierungsentwurf zu Art. 1 Nr. 149 GKV-WSG legt nahe, dass die Mitgliederversammlung nicht als Selbstverwaltungsorgan betrachtet wird. Dort heißt es: "Organe des Spitzenverbandes sind als Selbstverwaltungsorgan der Verwaltungsrat und der von ihm gewählte Vorstand sowie die Mitgliederversammlung." Auch der Vergleich mit § 33 SGB IV stützt dieses Ergebnis. Dass eine aus Vertretern der Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen bestehende und zur Wahl des Aufsichtsgremiums bestimmte Versammlung nicht als Selbstverwaltungsorgan ausgestaltet wurde, erscheint ungewöhnlich.

Verglichen mit der Vertreterversammlung gem. §§ 31 ff. SGB IV ist die Mitgliederversammlung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nahezu funktionslos. Sie hat – abgesehen von ihrer Konstituierung - lediglich die Aufgabe, den Verwaltungsrat zu wählen. Die konstituierende Mitgliederversammlung fand am 21.05.2007 in Berlin statt.

2. Zusammensetzung

Nach § 217b Abs. 3 Sätze 3 und 4 SGBV entsendet jede Mitgliedskasse jeweils einen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus ihrem Verwaltungsrat oder ihrer Vertreterversammlung. Eine Ersatzkasse entsendet (wegen der Bestimmung des § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IV) jeweils zwei Vertreter der Versicherten aus ihrem Verwaltungsrat. Über die Frage der Auswahl der Delegierten sagt das Gesetz nichts. Ebenfalls unklar ist, welches der beiden genannten Selbstverwaltungsorgane im Streitfall die Benennung vornehmen darf. Richtigerweise ist es nach der kasseninternen Aufgabenverteilung der Verwaltungsrat bzw. der ehrenamtliche Vorstand der Krankenkasse, der die Auswahl vorzunehmen hat und der (hauptamtliche) Vorstand bzw. der Geschäftsführer, der die Delegierten meldet.

Nach § 31 Abs. 3a Satz 1 i.V.m. § 35a Abs. 1 SGB IV wird bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie den Ersatzkassen ein (ehrenamtlicher) Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan gebildet, während bei den anderen Krankenkassen gem. § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB IV der (ehrenamtliche) Vorstand das entsprechende Selbstverwaltungsorgan darstellt. Nach strenger Orientierung am Wortlaut des § 217b Abs. 3 Satz 3 SGB V wären die Knapp-

schaft, die See-Krankenkasse und die LKKen insofern diskriminiert, als sie im Gegensatz zu den übrigen Krankenkassen ihre Delegierten für die Mitgliederversammlung nicht aus dem Kreis des entsprechenden ehrenamtlichen Organs wählen könnten. Das BMG hat gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen deren Rechtsauffassung bestätigt, wonach - entsprechend der Systematik und Terminologie des SGB IV und der bisherigen allgemein konsentierten Verfahrensweise - unter Verwaltungsrat i.S.v. § 217b für die Knappschaft, die See-Krankenkasse und die LKKen deren Vorstand zu verstehen ist. Auch die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sieht dies in § 6 Abs. 1 vor.

Für die LKKen ergeben sich über die oben geschilderte Problematik hinaus folgende Fragestellungen: Es ist zunächst nicht klar, was unter einem „Vertreter der Versicherten“ aus Sicht der LKKen zu verstehen ist. § 47 SGB IV regelt allgemein die Gruppenzugehörigkeit unter Berücksichtigung von drei Gruppen, nämlich die der Versicherten (Abs. 1), der Arbeitgeber (Abs. 2) und der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte (Abs. 3). Die Selbstverwaltungsorgane der LKKen setzen sich zusammen aus Vertretern der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte und aus Vertretern der Arbeitgeber (vgl. §§ 32 Abs. 1, 44 Abs. 1 Ziffer 1, Abs. 3 SGB IV). Es wird allgemein davon ausgegangen, dass durch die Entsendung je eines Vertreters der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte und eines Vertreters der Arbeitgeber dem Gesetz genüge getan wird. Allerdings hat das BMG trotz entsprechender Zusagen einer entsprechenden Klarstellung in der Wahlordnung für die erstmalige Wahl der oder des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und die erstmalige Wahl des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Jahr 2007 (SpivBdKKWV2007)¹² nicht zugestimmt. Während Gesetzgeber und BMG den Besonderheiten der Selbstverwaltung bei den Ersatzkassen Rechnung getragen haben, ist dies bei den LKKen nicht in gleichem Maße geschehen. In § 6 Abs. 1 der Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ist klargestellt, dass eine LKK jeweils eine/n Vertreter/in der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte und der Arbeitgebervertreter/innen aus ihrem ehrenamtlichen Vorstand oder ihrer Vertreterversammlung entsendet.¹³

3. Organisationsfragen

Das Bundesministerium für Gesundheit lädt gem. § 217c Abs. 5 Satz 4 SGB V die Mitglieder des Spitzenverbandes Bund zu der ersten konstituierenden Mitgliederversammlung ein und leitet in dieser ersten Sitzung die Wahl des

12 Vom 27.04.2007, BAnz. 2007 Nr. 082 S. 4519.

13 An dieser Stelle ist ebenfalls klargestellt, dass immer, wenn von Versichertenvertreterinnen oder Versichertenvertretern gesprochen wird, auch die Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte erfasst sind.

Vorsitzenden der Mitgliederversammlung. Die Einladung ergeht an die Krankenkassen.

Nach § 217c Abs. 5 Satz 5 SGB V gilt für die erste Sitzung der Mitgliederversammlung § 76 der Wahlordnung für die Sozialversicherung (Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates) entsprechend mit der Maßgabe, dass der Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit die Aufgaben des Wahlausschusses wahrnimmt.

Zu den nachfolgenden Sitzungen der Mitgliederversammlung beruft nicht mehr das BMG, sondern der Vorsitzende ein (vgl. § 217c Abs. 5 Satz 6 SGB V). Nach § 11 Abs. 1 der Satzung wechselt der Vorsitz der Mitgliederversammlung unter gegenseitiger Stellvertretung von Sitzung zu Sitzung.

Gem. § 217c Abs. 5 Satz 7 SGB V leitet er die Wahl des Verwaltungsrates und stellt das Wahlergebnis fest. Das Nähere regelt gem. § 217c Abs. 5 Satz 8 SGB V die Satzung. Nach § 8 der Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen tritt die Mitgliederversammlung auf Einladung ihrer/ihrer Vorsitzenden zusammen, wenn 1. sich die Organe des Spitzenverbandes Bund aufgrund von Sozialwahlen in einer ordentlichen Mitgliederversammlung neu konstituieren müssen, 2. der Verwaltungsrat beschließt, seinen jährlichen Bericht an die Mitglieder der Mitgliederversammlung durch die alternierenden Vorsitzenden aus wichtigem Grund mündlich abzugeben oder 3. der Verwaltungsrat in einer Angelegenheit, die in seine Regelungskompetenz fällt, ein Votum der Mitgliederversammlung einholen möchte.

§ 217b Abs. 3 Satz 5 SGB V verweist auf § 64 Abs. 1 und 3 SGB IV. Nach § 64 Abs. 1 SGB IV sind, soweit Gesetz oder sonstiges für den Versicherungsträger maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen, die Selbstverwaltungsorgane beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß geladen sind und die Mehrheit der Mitglieder anwesend und stimmberechtigt ist. Ist ein Selbstverwaltungsorgan nicht beschlussfähig, kann der Vorsitzende anordnen, dass in der nächsten Sitzung über den Gegenstand der Abstimmung auch dann beschlossen werden kann, wenn die in Satz 1 bestimmte Mehrheit nicht vorliegt; hierauf ist in der Ladung zur nächsten Sitzung hinzuweisen.

Der pauschale Verweis auf § 64 Abs. 3 SGB IV macht nicht deutlich, ob tatsächlich auch dessen Satz 1 für die Mitgliederversammlung in Bezug genommen werden soll. Nach § 64 Abs. 3 Satz 1 SGB IV kann der Vorstand in eiligen Fällen ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Die Vertreterversammlung kann nach § 64 Abs. 3 Satz 2 SGB IV schriftlich abstimmen, soweit die Satzung es zulässt. Wenn ein Fünftel der Mitglieder des Selbstverwaltungsorgans der schriftlichen Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung zu beraten und abzustimmen (§ 64 Abs. 3 Satz 3 SGB IV). Für

die Mitgliederversammlung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen kommt schriftliche Abstimmung angesichts ihrer Aufgaben (Wahl der Verwaltungsrates und Wahl des eigenen Vorsitzenden alle 6 Jahre) eher nicht in Betracht.

In § 217b Abs. 3 Satz 5 SGB V fehlt jedoch ein Verweis auf die Geltung auch des § 64 Abs. 2 SGB IV („Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt“). Dadurch wird eine Satzungsregelung erforderlich.

4. Aufgaben

Wichtigste gesetzliche Aufgabe der Mitgliederversammlung ist die Wahl des Verwaltungsrates (§ 217b Abs. 3 Satz 2 i.V.m. § 217c SGB V). Außerdem wählt die Mitgliederversammlung aus ihren Reihen einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter (§ 217c Abs. 5 Satz 1 SGB V). Aus der vom BMG erlassenen Wahlordnung¹⁴ für die erste Wahl ergibt sich, dass es sich um einen einzigen Stellvertreter handelt. Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende müssen gem. § 11 Abs. 1 der Satzung verschiedenen Gruppen und sollen verschiedenen Kassenarten angehören; sie üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Bei der konstituierenden Mitgliederversammlung wurde Richard Feichtner zum Vorsitzenden der Mitgliederversammlung gewählt, Horst-Dieter Projahn zu seinem Stellvertreter.

Die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung erfolgt nach § 217c Abs. 5 Satz 2 SGB V mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen der Mitgliedskassen. Nur an dieser Stelle wird im Zusammenhang mit Wahlen oder Abstimmungen dieses besondere Quorum gesetzlich gefordert. Die Wahl erfolgt ohne Stimmengewichtung, da es lediglich um eine Organisationsentscheidung für den Ablauf der Mitgliederversammlung geht.¹⁵ Für die Mitgliedskasse kann gem. § 217c Abs. 5 Satz 3 SGB V nur eine einheitliche Stimmabgabe erfolgen. Bei der Wahl (durch Zuruf oder Abgabe eines Stimmzettels) erfolgt die einheitliche Stimmabgabe für die jeweilige Mitgliedskasse durch ihre Vertreter. Ist eine Mitgliedskasse nur mit einem einzigen Vertreter vertreten, genügt dessen Stimme.

14 Siehe Fn. 12.

15 So die Begründung zum Regierungsentwurf zu Art. 1 Nr. 149 GKV-WSG (§ 217c).

D. Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland

Nach § 219a Abs. 1 SGB V in der durch das GKV-WSG mit Wirkung zum 01.01.2008 geänderten Fassung nimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Aufgaben der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung–Ausland (Verbindungsstelle) wahr. Er ist nach § 219a Abs. 2 Satz 1 SGB V Rechtsnachfolger der DVKA. Er erfüllt dabei die ihm durch über- und zwischenstaatliches sowie durch innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben. Insbesondere gehören hierzu: 1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen, 2. Kostenabrechnungen mit in- und ausländischen Stellen, 3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts, 4. Koordination der Verwaltungshilfe in grenzüberschreitenden Fällen sowie 5. Informationen, Beratung und Aufklärung. Die Satzung des Spitzenverbandes kann Einzelheiten zur Aufgabenerfüllung regeln und dabei im Rahmen der Zuständigkeit des Spitzenverbandes Bund der Verbindungsstelle auch weitere Aufgaben übertragen. An Letzteres ist derzeit nicht gedacht.

Während die Verbindungsstelle weiterhin einen (nunmehr vom Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund zu bestellenden) Geschäftsführer hat, werden der bisherige Verwaltungsrat und der Ständige Arbeitsausschuss abgeschafft. Der Geschäftsführer verwaltet den Spitzenverband Bund in allen Angelegenheiten nach § 219a Abs. 1 SGB V und vertritt den Spitzenverband Bund in diesen Angelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht nichts anderes bestimmen. Das Nähere über die Grundsätze der Geschäftsführung durch den Geschäftsführer bestimmt die Satzung.

E. Satzung

1. Allgemeines

Nach § 217e Abs. 1 Satz 1 SGB V hat der Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen eine Satzung zu beschließen. Die Zuständigkeit des Verwaltungsrats ergibt sich bereits aus § 217 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 197 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Die Satzung bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde (§ 217e Abs. 1 Satz 2 SGB V), also des BMG, des BMAS oder beider im Einvernehmen (vgl. § 217d SGB V). Gegen die Versagung kann der Spitzenverband Bund beim zuständigen Sozialgericht klagen (§ 54 SGG). Dieser Fall war denn auch in Bezug auf den in § 37 der Satzung vorgesehenen Fachbeirat eingetreten (siehe unten). Gem. § 78 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 SGG findet ein Vorverfahren nicht statt.

Gem. § 217e Abs. 1 Satz 6 SGB V i.V.m. § 34 Abs. 2 SGB IV tritt die Satzung am Tag nach ihrer Bekanntmachung in Kraft, sofern kein anderer Zeit-

punkt bestimmt ist. Auch in den Fällen, in denen der Genehmigungsbeschluss von der Aufsichtsbehörde zurückgenommen wird, weil er sich nachträglich als rechtswidrig erwiesen hat, bleibt es beim festgestellten Zeitpunkt des Inkrafttretens. Hier kommt § 195 Abs. 2 SGB V entsprechend zur Anwendung. Das bedeutet, das BMG und das BMAS können gegenüber dem Spitzenverband die Vornahme der erforderlichen Änderung anordnen. Kommt der Spitzenverband der Anordnung nicht fristgemäß nach, kann das BMG - je nach betroffener Bestimmung zusammen mit dem BMAS (vgl. § 217d SGB V) - die Änderung selbst vornehmen. Die Bestimmungen über die Genehmigung, die Bekanntmachung und das Inkrafttreten gelten auch bei jeder Satzungsänderung. Sollte sich nachträglich eine Änderungsbedürftigkeit der Satzung erweisen, kann die nach § 217d SGB V zuständige Aufsichtsbehörde die Änderung mit Mitteln der allgemeinen Rechtsaufsicht durchsetzen.

2. Inhalt

Die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen muss gem. § 217e Abs. 1 Satz 5 SGB V zu folgenden Bereichen Bestimmungen enthalten, wobei die Inhalte wegen der jeweiligen gesetzlichen Regelungen z.T. nur deklaratorischen Charakter haben:

1. die Wahl des Verwaltungsrates und des Vorstandes sowie die Ergänzung des Verwaltungsrates bei vorzeitigem Ausscheiden eines Mitglieds (vgl. § 217c SGB V);
2. Entschädigungen der Mitglieder des Verwaltungsrates (vgl. § 217b Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 41 SGB IV). Die Bestimmung gilt nur für Mitglieder des Verwaltungsrates. Entschädigungen für Mitglieder des hauptamtlichen Vorstandes können nicht in der Satzung geregelt werden;
3. die Aufbringung und Verwaltung der Mittel. Die Satzung hat zu regeln, nach welchen Grundsätzen Beiträge von den Mitgliedskassen zu entrichten sind, d.h., nach welchem Verteilungsmaßstab die Verbandsumlage erhoben wird.¹⁶
4. die Beurkundung der Beschlüsse des Verwaltungsrates;
5. die Herstellung der Öffentlichkeit der Sitzungen des Verwaltungsrats (vgl. § 217b Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 63 Abs. 3 SGB IV);
6. das Nähere über die Entsendung der Vertreter der Mitgliedskassen in die Mitgliederversammlung, über die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowie dessen Aufgaben (vgl. § 217c SGB V);

¹⁶ Vgl. BSG v. 09.12.1986 - 8 RK 25/85 - SozR 2200 § 414e Nr. 2.

7. Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen. An dieser Stelle fällt auf, dass es zwar einerseits nach § 217a Satz 1 SGB V die Krankenkassen sind, die den Spitzenverband Bund bilden, dass jedoch andererseits deren Rechte und Pflichten nicht in allgemeiner Form beschrieben sind. Abgesehen von den unter § 217f SGB V genannten Aufgaben bestehen kaum Anknüpfungspunkte für Rechte und Pflichten der Mitgliedskassen. Insbesondere haben sie über die Wahl des Verwaltungsrates hinaus keine allgemeinen Gestaltungsrechte. Selbst Initiativrechte sind nicht vorgesehen.
8. die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung (vgl. § 217d Satz 3 SGB V i.V.m. § 208 Abs. 2 Satz 2 SGB V i.V.m. § 77 Abs. 1 SGB IV, § 274 SGB V);
9. die Art der Bekanntmachungen. Die Bestimmung entspricht § 194 Abs. 1 Nr. 11 SGB V. Die Art der Bekanntmachung wird sich an ihrem Gegenstand und den Adressanten orientieren. Dabei muss sichergestellt sein, dass den Betroffenen die Kenntnisnahme möglich ist. Als Bekanntmachungsarten kommen z.B. die Veröffentlichung in amtlichen Bekanntmachungsorganen, im Internet, in Tageszeitungen, Zeitschriften, Informationsblättern, durch Aushang oder im Internet in Betracht. Bekanntmachungspflichten können sich aus Rechtsvorschriften oder sachlichen Notwendigkeiten ergeben. Die Satzung und sonstiges autonomes Recht sind gem. Abs. 1 Satz 4 i V m. § 34 Abs. 2 SGB IV öffentlich bekannt zu machen.

Anders als in § 210 SGB V bezüglich der Satzung eines Landesverbandes ist der Sitz des Spitzenverbandes nicht in der Liste nach Abs. 1 Satz 3 aufgeführt, sondern (lediglich) in Abs. 1 Satz 2 erwähnt. Danach hat der Spitzenverband seinen Sitz in Berlin, sofern die Satzung keinen abweichenden Ort bestimmt. Nach Abs. 1 Satz 3 hat die Verbindungsstelle nach § 219a (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland) ihren Sitz in Bonn. Diesbezüglich kann die Satzung unter Berücksichtigung der spezifischen Aufgabenstellung ein Anderes bestimmen, wie etwa die Festlegung zweier Sitze, um bezüglich des Personaleinsatzes wirtschaftlicher handeln zu können.

Die vorgenannten Positionen sind nicht abschließend. Zwar findet sich in § 217e SGB V wie in § 210 SGB V im Gegensatz zur parallelen Regelung für die Krankenkassen in § 194 Abs. 1 SGB V nicht das Wort „insbesondere“; die Gesetzesbegründung zu § 210 SGB V i.d.F. des GRG macht jedoch deutlich, dass es sich auch im Fall des § 210 SGB V um Mindestinhalte handelt.¹⁷ Gleiches muss für § 217e SGB V gelten.

Während dem Errichtungsbeauftragten im Vorfeld der Genehmigung die Abstimmung mit dem BMG in nahezu allen Punkten der Satzung gelang,

¹⁷ Zu Art. 1 § 219 GRG, BT-Drs. 11/2237.

sah sich das Ministerium nicht in der Lage, den §§ 32 und 37 der Satzung zuzustimmen. In diesen Regelungen ist die Mitwirkung sowie die Zusammensetzung des Fachbeirates bestimmt. Da hier die Partizipation der „alten“ Spitzenverbände fixiert wird, sah das BMG seine ordnungspolitischen Zielvorstellungen (Ersetzung durch den Spitzenverband Bund) in Frage gestellt. Es akzeptierte am Ende den Fachbeirat als solchen, konnte aber durchsetzen, dass die Mitglieder des Fachbeirates auf Vorschlag des Verwaltungsrates vom Vorstand berufen werden. Damit gibt es keine „geborenen“ Fachbeiratsmitglieder in Gestalt der Vertreter der bisherigen Spitzenverbände.

F. Aufsicht über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Nach § 217d Satz 1 SGB V untersteht der Spitzenverband grundsätzlich der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).¹⁸ Bei Ausführung des § 217f Abs. 3 SGB V führt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)¹⁹ die Aufsicht. Die Aufsicht über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Funktion als Verbindungsstelle nach § 219a SGB V wird gem. Satz 2 vom BMG im Einvernehmen mit dem BMAS ausgeübt. Damit wird der vor Errichtung des früheren Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung bestehende Rechtszustand wiederhergestellt. Eine Delegation auf Versicherungsbehörden oder andere Stellen ist nicht möglich (Umkehrschluss aus der Regelung des § 214 Abs. 3 SGB V in der bis zum 31.12.2008 gültigen Form).

Gem. § 217d Satz 3 SGB V gelten über § 208 Satz 2 SGB V die §§ 87 bis 89 SGB IV. Damit gelten die im Verhältnis der Aufsichtsbehörden zu den Versicherungsträgern maßgeblichen Bestimmungen über den Umfang der Aufsicht, über Prüf- und Auskunftsrechte sowie über die Aufsichtsmittel auch gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Das BMG kann die Geschäfts- und Rechnungsführung des Bundesverbände prüfen (§ 217d Satz 3 i.V.m. § 208 Abs. 2 Satz 2 SGB V i.V.m. § 88 Abs. 1 SGB IV). Daneben hat es gem. § 274 Abs. 1 Satz 2 SGB V mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu prüfen. Die Aufsicht ist danach (§ 217d Satz 3 i.V.m. § 208 Abs. 2 Satz 2 SGB V i.V.m. § 87 Abs. 1 SGB IV) eine Rechtsaufsicht, keine Fachaufsicht.

Das zukünftige aufsichtsrechtliche Verhalten des BMG gegenüber dem Spitzenverband Bund darf mit Spannung beobachtet werden. An seinem Verhalten wird sich zeigen, wie „staatsnah“ der Spitzenverband tatsächlich ist und welcher Gestaltungsraum der Selbstverwaltung belassen wird.

¹⁸ www.bmgs.bund.de.

¹⁹ www.bmas.bund.de.

G. Verhältnis zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung

Während die allgemeine Krankenversicherung ab dem 01.01.2009 nur noch einen Pflichtverband auf Bundesebene kennt, gibt es für die LKKen zwei öffentlich-rechtlich verfasste Spitzenverbände. Dieser Umstand trägt der Tatsache Rechnung, dass die landwirtschaftliche Krankenversicherung einerseits vor allem hinsichtlich des Kreises der Versicherten und der Finanzierung Besonderheiten aufweist und sie andererseits integraler Bestandteil des agrarsozialen Sicherungssystems ist.

Dabei stellt sich die Situation für die LKKen grundsätzlich anders dar als für die allgemeinen Krankenkassen, denen ab 2009 die Mitgliedschaft in ihrem kassenartenbezogenen Spitzenverband freisteht. Während die allgemeinen Krankenkassen insbesondere ihre wettbewerblichen Aktivitäten von einem Verband auf Bundesebene organisieren lassen können, entfällt dieser Aspekt bei den LKKen. Stattdessen hat der heutige BLK und ab dem Jahr 2009 der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung²⁰ vornehmlich die sich aus den Spezifika der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergebenden Aufgaben zu erfüllen. Daraus ergibt sich ein kompetenzielles Nebeneinander von Spitzenverband Bund und agrarsozialem Spitzenverband. Die Zuständigkeiten ordnen sich primär entsprechend der ausdrücklichen gesetzlichen Zuweisung sowie nach den jeweiligen Rechtsmaterien (vor allem SGB V einerseits und agrarsoziales Sonderrecht andererseits). Aber auch in den Fällen der generellen Zuständigkeit des Spitzenverbandes Bund werden die Interessen der LKKen vom agrarsozialen Spitzenverband vertreten.

Verfasser:

Dr. Erich Koch
Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
Weißensteinstr. 70-72
34131 Kassel

20 Vgl. Art. 4 Nr. 4 Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung - LSVMG - (§ 34 KVLG 1989), BR-Dr. 744/07.

Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung nach dem Vertragsrechtsänderungsgesetz und dem GKV-WSG

Inhalt:

1. Einleitung: Die ärztliche Vergütung vor dem GMG und GKV-WSG
2. Der EBM 2000plus
3. Das Vertragsrechtsänderungsgesetz
4. Umsetzung des Vertragsrechtsänderungsgesetzes
5. Die Honorarreform nach dem GMG
6. Scheitern der Vergütungsreform des GMG
7. Honorarreform mit dem GKV-WSG
 - a. Einleitung
 - b. Neuordnung der ambulanten Vergütung
 - c. Die Neuregelung im Einzelnen
 - d. Keine vollständige Abschaffung der Budgetierung, Honorarzuwächse
 - e. Zeitvorgaben für die Umsetzung der Honorarreform
 - f. Bewertung der Honorarreform nach dem GKV-WSG: Kostenzuwachs unabdingbar
 - g. Verabschiedung eines Übergangs-EBM für 2008 zeitgerecht bewältigt

Mit dem In-Kraft-Treten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) sind die Weichen für eine umfangreiche Reform der ärztlichen Vergütung worden. In der Tat bestand hier erheblicher Handlungsbedarf. Die bisher von den Kassen zu zahlenden mitgliederbezogenen Kopfpauschalen haben zu erheblichen Ungleichgewichten im Vergütungsaufkommen zwischen den Krankenkassen geführt. Einerseits sind die den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu entrichtenden Vergütungen nicht der tatsächlichen Inanspruchnahme der Versicherten einer Kasse angepasst, andererseits haben Budgetierung und schwer durchschaubare Honorarverteilungsregeln der KVen bei gleichzeitiger Zunahme von Arztzahl und -dichte das Einkommen für den einzelnen Arzt nur schwer kalkulierbar gemacht.

Die Selbstverwaltung hatte mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) gemäß den §§ 85a-d SGB V den Auftrag bekommen, mit der Einführung einer morbiditätsorientierten Gesamtvergütung diese Probleme zu lösen.

Die vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelungen sind allerdings auf Grund ihrer Komplexität und widersprüchlichen Interpretierbarkeit sowie kaum realisierbarer Vorgaben nicht fristgerecht umgesetzt worden.

Die ärztliche Vergütung ist deshalb im Rahmen des GKV-WSG neu geregelt und dabei nach Einschätzung des Gesetzgebers deutlich vereinfacht worden. Von der Zielrichtung her grundsätzlich positiv zu beurteilen sind dabei die Ersetzung der mitgliederbezogenen Kopfpauschalen durch eine kassenindividuell bedarfsgerechte Gesamtvergütung auf Basis gleicher Preise, die Fortschreibung der Gesamtvergütung nach dem versichertenbezogenen Behandlungsbedarf sowie die verbesserte Kalkulationssicherheit für den Arzt.

Allerdings ist das Gesetzgebungsverfahren nicht unbeeinflusst von den Ärzteprotesten der letzten Monate und von effektiver Lobbyarbeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geblieben. Von den Kassen wird nun eine Ausgabensteigerung im ärztlichen Bereich um ca. 4 bis 6 Mrd. EUR befürchtet, was einer Beitragssatzerhöhung um 0,4 bis 0,6 Prozentpunkte entspräche. Wo Risiken eines Ausgabenanstiegs liegen, wird in den folgenden Abschnitten gezeigt.

1. Einleitung: Die ärztliche Vergütung vor dem GMG und GKV-WSG

Bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 führte der Gesetzgeber Budget und mitgliederbezogene Kopfpauschalen ein. Die Kopfpauschale je Mitglied ist jedoch unsensibel gegenüber Veränderungen des Verhältnisses der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen zu den Mitgliedern.¹ Aufgrund des unter sonst gleichen Umständen höheren Behandlungsbedarfes älterer Menschen haben damit die von den Vertragsärzten zu erbringenden Leistungen demographisch zugenommen – ohne dass sich dies in einer Veränderung der Höhe der Kopfpauschale niedergeschlagen hätte. Zudem berücksichtigen die Kopfpauschalen nur wenig die den einzelnen Krankenkassen nach Einführung der Wahlfreiheit zugewachsenen guten oder schlechten Versichertenrisiken. Bereits mit dem GMG² löste der Gesetzgeber daher die undifferenzierten mitgliederbezogenen Kopfpauschalen ab und übertrug

1 Zudem steht die GKV am Beginn eines Alterungsprozesses. So hat etwa anhand der RSA-Zahlen die Zahl der Versichertenjahre der am RSA beteiligten Kassen 2001 bis 2004 insgesamt um rd. 0,4 Mio. abgenommen, während die Zahl der Versichertenjahre über 65 Jahre um rd. 1,1 Mio. zugenommen hat. Vgl. hierzu Wasern, BKK, 2006, 289, 289.

2 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) v. 14.11.2003, BGBl. I S. 2190.

gleichzeitig das finanzielle Risiko einer morbiditätsbedingten Leistungsausweitung auf die Krankenkassen.

Wie die Verteilung auf die einzelnen Arztgruppen und Versorgungsbereiche zu erfolgen hatte, ergab sich aus dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM), der seit dem GMG gemeinsam und einheitlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbart werden muss. Der HVM beschränkt sich nicht nur auf bloße Verteilung der Gelder, sondern beinhaltet in der Regel zugleich eine Steuerungsfunktion im Sinne von Honorarbegrenzungsregelungen. Seit dem 01.01.2005 muss diese Verteilungssystematik von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden festgelegt werden. Daher gilt derzeit ein Honorarverteilungsvertrag.

Prägend für sämtliche Maßnahmen der Honorarverteilung ist der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.³

Der vom Bewertungsausschuss, einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden der Krankenkassen, als Bestandteil des Bundesmantelvertrages vereinbarte einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten⁴ ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Grundlage des Arzthonorars sind Punkte, mit denen die ärztlichen Leistungen bewertet werden. Der Punktwert ist ein realer Eurobetrag, der bisher jedoch nicht fix ist. Er ist abhängig vom Gesamtvolumen und der Menge der Leistungen, die alle Vertragsärzte einer Region bei ihrer KV in einem Quartal abrechnen.⁵ Die EBM-Leistungen sind aufgrund gesetzlicher Regelungen nach hausärztlichen Leistungen und fachärztlichen Leistungen gegliedert. Bis zum 30.06.2003 hatte der EBM die Vergütung vieler Arztleistungen einer besonderen Budgetierung je Behandlungsfall und Quartal unterworfen; danach haben einige KVen die Budgetierung fortgesetzt, andere haben im Rahmen der Honorarverteilung andere Instrumente der Mengenbegrenzung, wie Individualbudgets, eingeführt. Der EBM hat nach der Rechtsprechung der Sozialgerichte Normcharakter.⁶ Nach der ständigen

3 BSG, Urt. v. 12.10.1994 - 6 RKa 5/94 - SozR 3-2500 § 72 Nr. 5 = NJW 1995, 3075.

4 Neben den abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen enthält der EBM auch Kostenerstattungsbeträge in EUR, z. B. für Labor- und Portokosten.

5 Der EBM ist Bestandteil des Bundesmantelvertrages-Ärzte/Ersatzkassen. Der Bewertungsmaßstab ist „einheitlich“, weil er gleichermaßen für Primärkassen und Ersatzkassen anzuwenden ist.

6 BVerfG, Beschl. v. 22.10.2004 - BvR 528/04.

Rechtsprechung des BSG⁷ ist eine erweiterte Interpretation der einzelnen Leistungslegenden der Gebührenordnung nur in engen Grenzen zulässig.

Der Honoraranspruch eines Arztes ergibt sich quartalsweise aus dem Honorarbescheid. Aus der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit resultiert der Anspruch des Arztes auf Teilnahme an der Honorarverteilung nach Maßgabe des HVM (jetzt Honorarverteilungsvertrag – HVV) der KV.⁸ Das Gesamthonorar wird in jedem Quartal durch die Gesamtpunktzahl geteilt. Das Ergebnis ergibt den Punktwert. Da die Gesamtpunktzahl sich genauso wie die Höhe der Gesamtvergütung ständig verändert, unterliegt auch der Punktwert von Quartal zu Quartal Schwankungen. Zudem rechnet jede ärztliche Fachgruppe unterschiedliche Punktzahlen ab und erhält einen unterschiedlichen Anteil an der Gesamtvergütung. Daher fällt der Punktwert für verschiedene Fachgruppen unterschiedlich aus. Das Gesamthonorar für alle Vertragsärzte wird zuerst auf die einzelnen Arztgruppen verteilt. Der seitens der Ärzte vielfach gerügte Punktwertverfall ergab sich aus der Tatsache der gedeckelten Gesamtvergütung (Beitragsstabilität) einerseits und einem ständig anwachsenden Punktzahlvolumen der Ärzte gegenüber der KV andererseits. Als Ausfluss der gedeckten Gesamtvergütung sind zudem die Instrumente der Fallzahl-, Fallwertbegrenzungen und der Budgets für die einzelne Arztpraxis entwickelt worden.

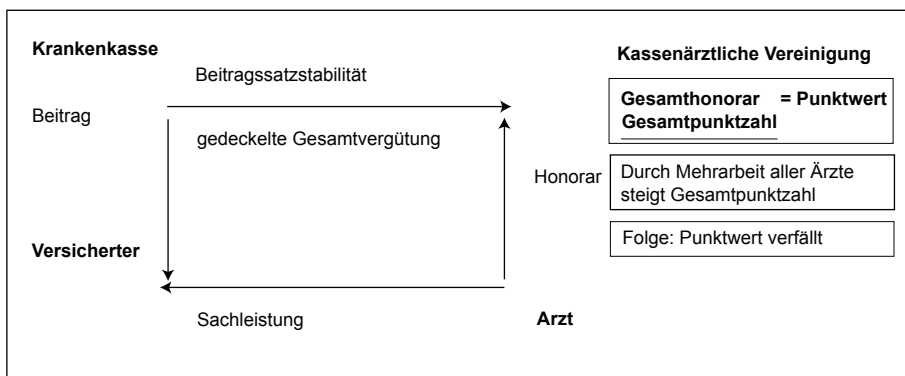
Trotz der sich verschlechternden Morbiditätsstruktur der Versicherten und der Zunahme von kostenintensiven Behandlungsmethoden der modernen Medizin bewirkt der Grundsatz der Beitragsstabilität (vgl. § 71 SGB V), dass es zu keiner merklichen Einnahmesteigerung bei den Krankenkassen und somit zu keiner Erhöhung der an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten Gesamtvergütung kommt. Die Beitragsstabilität hat absoluten Vorrang vor allen anderen Parametern und Kriterien für Vergütungsveränderungen. Die Vereinbarungen über Vergütungen sind demnach so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen (eigentlich) ausgeschlossen werden. Gemäß § 71 Abs. 2 Satz 1 SGB V darf an sich die Veränderung der Vergütungen nicht höher als die Erhöhung der Grundlohnsumme sein. An sich könnten danach alle Vertragsverhandlungen zu Gesamtvergütungen mit der Feststellung der Erhöhung der Grundlohn-

7 BSG, Urt. v. 01.08.1991 - 6 RKa 15/90 - SozR 3-2500 § 87 Nr. 2; Urt. v. 19.08.1992 - 6 RKa 18/91 - SozR 3-2500 § 87 Nr. 5; Urt. v. 13.05.1998 - B 6 KA 34/97 R - SozR 3-5555 § 10 Nr. 1; Urt. v. 25.08.1999 - B 6 KA 32/98 R - SozR 3-5533 Nr. 2449 Nr. 1.

8 Es besteht auch kein Anspruch eines im Notfall tätig gewordenen Nichtvertragsarztes gegenüber der Krankenkasse auf Vergütung seiner Leistungen. Dieser kann seinen Anspruch nur gegenüber der KV geltend machen.

summe und der danach gegenüber dem Vorjahr erhöhten Gesamtvergütung enden. Die Wirklichkeit sieht jedoch bekanntlich anders aus.

Die Krankenkassen haben auch in Zukunft den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten (vgl. §§ 4 Abs. 4 Satz 1, 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V i. d. F. des GKV-WSG). Zwar legen sie ab dem 01.10.2009 mit Einführung des Gesundheitsfonds nach dem GKV-WSG nicht mehr selbst den allgemeinen Beitragssatz fest. Dieser wird künftig per Rechtsverordnung normiert. Allerdings haben Verträge mit Leistungserbringern auch künftig Auswirkungen auf die Balance zwischen Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds und den Ausgaben der Krankenkassen.



2. Der EBM 2000plus

Seit 1998 wurde eine EBM-Weiterentwicklung unter dem Arbeitstitel „EBM 2000plus“ durchgeführt, auch um die Forderung des Gesetzgebers nach Bildung von Leistungskomplexen und Fachgruppenspezifität umzusetzen. Der EBM 2000plus ist zum 01.04.2005 in Kraft getreten. Neben der verstärkten Bildung von Leistungskomplexen enthält er eine klare Zuordnung der Leistungen auf eine bestimmte Arztfachgruppe. Man unterscheidet insoweit drei verschiedene Leistungsgruppen:

- Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen,
- Arztgruppenspezifische Leistungen,
- Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen.

Außerdem müssen nach dem EBM 2000plus überall dort, wo Dokumentationspflichten bestehen, diese auch vollständig erfüllt werden, damit eine vollständige Leistungserbringung und damit eine Abrechenbarkeit besteht.

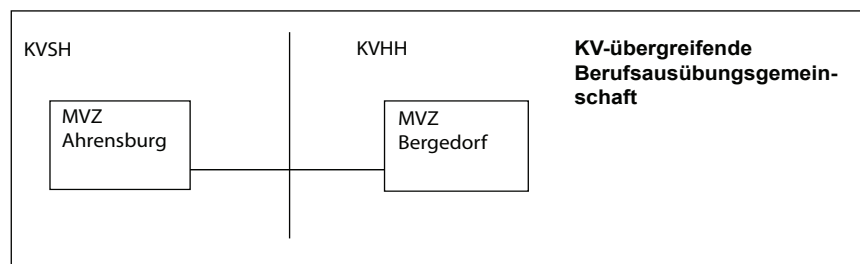
3. Das Vertragsrechtsänderungsgesetz

Das Vertragsrechtsänderungsgesetz⁹, welches zum 01.01.2007 in Kraft getreten ist, führt zu einer Flexibilisierung des ärztlichen Berufsrechts, die auch für die ärztliche Vergütung von Relevanz ist. Eine weitere Zielsetzung des Gesetzes ist die Stärkung des Wettbewerbs unter den Vertragsärzten und Kliniken im ambulanten Bereich.

Die wichtigsten Änderungen sind:

- **Altersgrenzen:**
Um die ambulante Versorgung sicherzustellen, sieht das Vertragsrechtsänderungsgesetz vor, sowohl die Mindestaltersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung als Vertragsarzt als auch die Jahresgrenze von 68 Jahren für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit aufzuheben. Voraussetzung ist jedoch in beiden Fällen die Feststellung einer Unterversorgung.
- **Vertragsärztliche Regelungen bezüglich der Organisation von medizinischen Versorgungszentren (MVZ):**
Das Merkmal „fachübergreifend“ als Errichtungsvoraussetzung wird konkretisiert. In einem Krankenhaus angestellte Ärzte dürfen gleichzeitig in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeiten. § 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V enthielt bislang das Privileg für Ärzte, die mindestens fünf Jahre in einem MVZ tätig waren, unbeschadet angeordnete Zulassungsbeschränkungen in demselben Planungsbereich eine Zulassung zu erhalten. Dieses Privileg wurde nun gestrichen.
- **Überörtliche Kooperation:**
Es wird nunmehr ausdrücklich für Vertragsärzte die Möglichkeit geschaffen, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zu bilden. Dies wird auch KV-Bezirk-übergreifend möglich sein.

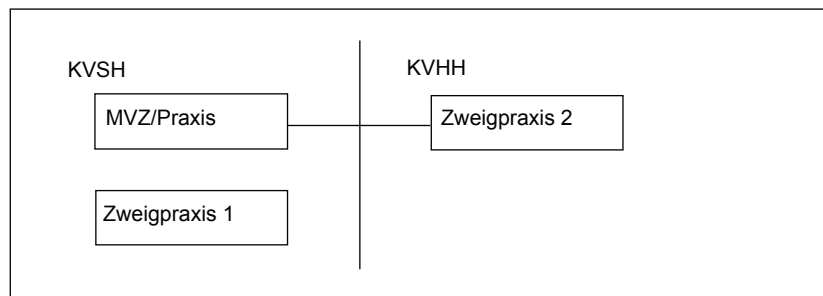
Beispiel:



9 Vom 22.12.2006 (BGBl. I S. 3439 ff.).

- **Tätigkeit außerhalb der Hauptpraxis:**

Erheblich erleichtert wird die Möglichkeit, außerhalb des Hauptstandortes tätig zu werden. Es wird zukünftig möglich sein, eine Zweigpraxis zu gründen, wenn hierdurch die Versorgung der Versicherten am neuen Standort verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung am Hauptstandort nicht beeinträchtigt wird. Neu ist, dass die Zweigpraxis auch außerhalb des eigenen KV-Bezirktes liegen dürfen soll.



- **Teilzulassung:**

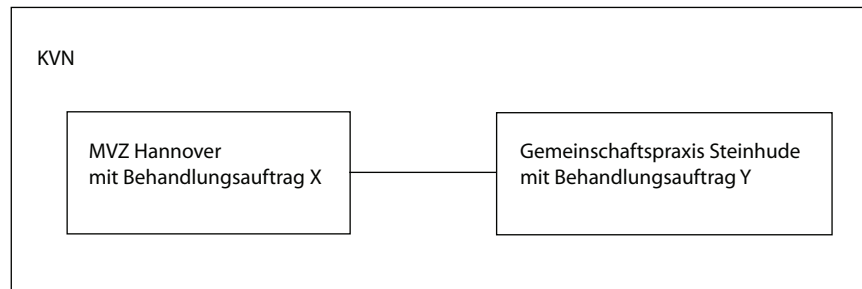
Es besteht zukünftig die Möglichkeit, eine Vollzulassung um 50 Prozent auf eine sogenannte Teilzulassung zu reduzieren. Das Budget und der Versorgungsauftrag werden in dieser Konstellation entsprechend angepasst.

- **Anstellung von Ärzten:**

Von großer Bedeutung dürfte die zukünftige Möglichkeit der Anstellung von Ärzten sein. An dieser Stelle erfolgt eine Gleichbehandlung mit MVZ. Ebenso wie im MVZ können Ärzte in ihrer Praxis andere Ärzte anstellen, welche zugunsten der Praxis auf eine eigene Zulassung verzichten und diese in die Praxis „einbringen“.

- **Teilgemeinschaftspraxen:**

Es wurde nun ausdrücklich die Möglichkeit geschaffen, dass Ärzte sich für einzelne Leistungsangebote zu einer Teilgemeinschaftspraxis zusammenschließen. Dies war bereits für den privatärztlichen Teil möglich. Für Vertragsärzte gibt es jedoch eine gravierende Einschränkung: Die Teilgemeinschaftspraxis mit den technischen, überweisungsgebundenen Fächern ist nicht möglich (insbesondere Radiologie und Labormedizin). Bei der Gründung von Teilgemeinschaftspraxen ist insbesondere zu beachten, dass auch weiterhin die Zuweisung gegen Entgelt verboten bleibt. Nach überwiegender Auffassung muss der Gewinnanspruch der partizipierenden Ärzte in einem angemessenen Verhältnis zu ihrer tatsächlichen Tätigkeit innerhalb der Teilgemeinschaftspraxis stehen.



- **Krankenhausärzte:**

Ausdrücklich erlaubt wurde nunmehr die gleichzeitige Tätigkeit von Krankenhausärzten als Vertragsärzte bzw. als Angestellte in Praxen oder in MVZ. Dies war bisher nur in wenigen Ausnahmefällen möglich, da man grundsätzlich von einer Interessenkollision ausging. Zu beachten ist jedoch, dass auch weiterhin die vom BSG aufgestellten Zeitgrenzen gelten. D. h., dass ein Vertragsarzt mit Vollzulassung keine anderweitige Tätigkeit als Angestellter mit 13 Stunden wöchentlich haben darf.¹⁰

- **Verlängerung der Anschubfinanzierung:**

Da die Neuregelung der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung zum 01.01.2009 erfolgt, ist die Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung bis zum 31.12.2008 zu verlängern. Die Mittel der Anschubfinanzierung sind spätestens drei Jahre nach Einbehaltung zu verwenden, nicht verwendete Mittel sind zurückzuzahlen. Die Regelung stellt klar, dass nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung nach Ablauf des Zeitraums der Anschubfinanzierung, also spätestens zu Beginn des Jahres 2009, zurückzuzahlen sind. Damit wird gewährleistet, dass die zum 01.01.2009 erfolgte Neuordnung in der Vergütungsstruktur in der ambulanten Versorgung nicht durch Verrechnungen, die aus der bisherigen Vergütung resultieren, belastet wird.

- **Forderungseinzug bei Nichtzahlung der Praxisgebühr:**

K(Z)Ven wurde die Möglichkeit eingeräumt, den Anspruch auf die Praxisgebühr durch Verwaltungsakt gegenüber dem Versicherten geltend zu machen, wenn Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer nicht zahlen. Zudem werden einem Versicherten nach der Verschuldensregelung des § 192 Sozialgerichtsgesetz Gerichtskosten auferlegt, wenn er ohne triftige Gründe, d. h. missbräuchlich, gegen den Verwaltungsakt klagt. Die Versicherten werden hierdurch nicht schlechter gestellt als beim Einzug anderer Zuzahlungen. Denn auch im Fall des Einzugs einer Zuzahlung nach

¹⁰ Vgl. BSG, Urt. v. 30.01.2002, B 6 KA 20/01 R; U. v. 05.02.2003, B 6 KA 22/02 R.

§ 43b Abs. 1 Satz 2 SGB V durch die Krankenkasse ist diese berechtigt, einen Verwaltungsakt zu erlassen. Die Regelung sieht schließlich vor, dass es eines Vorverfahrens nicht bedarf und eine sich gegen den Bescheid der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung richtende Klage keine aufschiebende Wirkung hat. Dies gewährleistet ein bürokratisches und der Höhe nach angemessenes Verfahren.

4. Umsetzung des Vertragsrechtsänderungsgesetzes

Nur die Normen des Vertragsrechtsänderungsgesetzes mit unmittelbarer Rechtswirkung waren ab dem 01.01.2007 direkt anwendbar. Im Übrigen enthielt das Gesetz eine Vielzahl von Ermächtigungsnormen zur Umsetzung des gesetzgeberischen Vorhabens in untergesetzlichen Regelungen/Ausführungsvorschriften (z. B. BMV-Ä, EBM).

- So ist zum 01.01.2007 der **Bundesmantelvertrag (BMV-Ä)** entsprechend den Vorgaben des Vertragsrechtsänderungsgesetzes geändert worden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV haben hierin einige Fragen geklärt, die das Vertragsarztrecht offen gelassen hatte. Unklar war z. B., wie viele Kollegen maximal in einer Praxis angestellt sein dürfen. Die vertragsschließenden Parteien haben hierbei den gesetzlichen Spielraum des Vertragsänderungsgesetzes zu Gunsten einer Liberalisierung des Vertragsarztesrechtes voll ausgenutzt.

Definitionen:

Der Bundesmantelvertrag definiert u. a. die wesentlichen im Vertragsrechtsänderungsgesetz eingeführten Begriffe (vgl. § 1a BMV-Ä „Definitionen“). Wichtige Definitionen sind im Folgenden herausgegriffen worden:

Teilzulassung (Nr. 4a):

In § 19a Ärzte-ZV geregelter hälftiger Versorgungsauftrag.

Berufsausübungsgemeinschaft (vgl. Nr. 12a):

Rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren oder Medizinischen Versorgungszentren untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit (Nr. 12). Berufsausübungsgemeinschaften sind nicht Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften.

Teilberufsausübungsgemeinschaft (vgl. Nr. 13):

Teilberufsausübungsgemeinschaften sind im Rahmen von § 33 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV i. V. m. § 15a Abs. 5 erlaubte auf einzelne Leistungen bezogene Zusammenschlüsse zu Berufsausübungsgemeinschaften bei Vertragsärzten,

Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren in Entsprechung zu der vorstehenden Nr. 12.

Zweigpraxis (vgl. Nr. 19):

Genehmigter weiterer Tätigkeitsort des Vertragsarztes oder die Nebenbetriebsstätte eines Medizinischen Versorgungszentrums (vgl. Nr. 22).

Betriebsstätte (vgl. Nr. 21):

Betriebsstätte des Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten oder des MZV ist der Vertragsarztsitz. Betriebsstätte des Belegarztes ist auch das Krankenhaus. Betriebsstätte des ermächtigten Arztes ist nach Nr. 5 der Ort der Berufsausübung im Rahmen der Ermächtigung. Betriebsstätte des angestellten Arztes ist der Ort seiner Beschäftigung. Betriebsstätte einer Berufsausübungsgemeinschaft sind die örtlich übereinstimmenden Vertragsarztsitze der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft, bei örtlich unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft ist Betriebsstätte der gewählte Hauptsitz im Sinne von § 15a Abs. 4 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV.

Nebenbetriebsstätte (vgl. Nr. 22):

Nebenbetriebsstätten sind in Bezug auf Betriebsstätten zulässige weitere Tätigkeitsorte, an denen der Vertragsarzt, der Vertragspsychotherapeut, der angestellte Arzt und die Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MZV neben ihrem Hauptsitz an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Betriebsstättenfall (vgl. Nr. 29):

Die gesamten innerhalb desselben Kalendervierteljahres in derselben Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte bei demselben Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommenen Behandlungsleistungen gelten jeweils als Betriebsstättenfall. Ein Betriebsstättenfall liegt auch vor, wenn die ärztlichen Leistungen bei demselben Versicherten von einem angestellten Arzt des Vertragsarztes oder einem angestellten Arzt des Medizinischen Versorgungszentrums in einer Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte erbracht werden und von diesem nicht selbst, sondern vom Träger der Betriebsstätte abgerechnet werden.

Arztfall (vgl. Nr. 30):

Alle Leistungen bei einem Versicherten, welche durch denselben Arzt unabhängig vom vertragsarztrechtlichen Status in der vertragsärztlichen Versorgung in demselben Kalendervierteljahr und unabhängig von der Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht werden.

Arztnummer (vgl. Nr. 31):

Eine nach § 37a BMV-Ä vorgeschriebene Kennzeichnung der Vertragsärzte und sonstiger Ärzte und entsprechend Psychotherapeuten. Die Arztnummer ist unabhängig vom Status oder der Betriebsstätte gültig.

Betriebsstättennummer (vgl. Nr. 32):

Eine nach § 37a BMV-Ä vorgeschriebene Kennzeichnung von Betriebsstätten- und Nebenbetriebsstätten. Die Betriebsstättennummer ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung.

Weitere Änderungen des neuen BMV-Ä:

- *Ärztliche Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes:*
Hier wurden keine zeitlichen Höchstzeiten festgesetzt. Allerdings muss gemäß § 17 Abs. 1a BMV-Ä jeder Vertragsarzt persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung stehen.
- *Anstellung von bis zu drei Ärzten:*
So legt der Bundesmantelvertrag in § 14a Abs. 1 BMV-Ä nun fest, dass ein Vertragsarzt künftig bis zu drei teilzeit- oder vollzeitbeschäftigte Ärzte anstellen kann. Erbringt er überwiegend medizinisch-technische Leistungen, sind vier erlaubt, im Falle eines begründeten Antrags sogar mehr. Das Vertragsrechtsänderungsgesetz hatte lediglich festgeschrieben, dass die bisherige Regelung gelockert wird. Bislang waren die Anstellung eines Arztes in Vollzeit oder zweier Ärzte halbtags möglich gewesen.
- *Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung*
(§ 11 BMV-Ä): Werden die Leistungen in einer Vertragsarztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum durch angestellte Ärzte erbracht, ist es ausreichend, dass nur der angestellte Arzt die Voraussetzungen erfüllt. Werden Anforderungen definiert, die sich auf eine bestimmte apparative Ausstattung oder räumlich gebundene Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen oder auf Praxisräume bezogene bestimmte Qualitätssicherungsverfahren bedingen, sind die Anforderungen betriebsstättenbezogen zu erfüllen (Abs. 1 Satz 3).
- *Persönliche Leistungserbringung*
(§ 15 BMV-Ä): Dem Praxisinhaber werden die ärztlichen selbständigen Leistungen des angestellten Arztes zugerechnet, auch wenn sie in der Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte der Praxis in Abwesenheit des Vertragsarztes erbracht werden. Dasselbe gilt für fachärztliche Leistungen eines angestellten Arztes eines anderen Fachgebiets (§ 14a Abs. 2 BMV-Ä), auch wenn der Praxisinhaber sie nicht selbst mit erbracht oder beaufsichtigt hat (vgl. Abs. 1 Satz 2 und 3).
- *Medizinische Versorgungszentren:*
Sofern sich die Vorschriften dieses Bundesmantelvertrages und seiner Anlage auf Vertragsärzte beziehen, gelten sie entsprechend für MVZ,

sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vorgesehen ist oder Abweichendes aus der Besonderheit der MVZ folgt (vgl. § 1 Abs. 6 BMV-Ä).

- *Vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten (Betriebsstätten)*
(§ 15a Abs. 1-3, 6, 7 BMV-Ä): Der Vertragsarzt kann unter den Voraussetzungen des § 15a Abs. 2¹¹ an weiteren Orten vertragsärztlich tätig sein. Betriebsstätte ist der Vertragsarztsitz. Jeder Ort einer weiteren Tätigkeit des Vertragsarztes ist eine Nebenbetriebsstätte der vertragsärztlichen Tätigkeit. Wird der Vertragsarzt gleichzeitig als angestellter Arzt in einem MVZ oder bei einem anderen Vertragsarzt tätig, ist dieser Tätigkeitsort des Arztes die Betriebsstätte des MVZ oder die Betriebsstätte des anderen Vertragsarztes. Wird der Vertragsarzt außerhalb seines Vertragsarztsitzes gemäß § 15 Abs. 4 BMV-Ä in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig, ist der weitere Tätigkeitsort die Betriebsstätte der Berufsausübungsgemeinschaft. Betriebsstätten des Belegarztes sind sowohl die Arztpraxis als auch das Krankenhaus (vgl. Abs. 1). Wird die Tätigkeit in einer Nebenbetriebsstätte nach Abs. 2 genehmigt, ist der Arzt verpflichtet, die Behandlung von Versicherten an diesem Tätigkeitsort grundsätzlich persönlich durchzuführen. Die Beschäftigung eines Assistenten (angestellter Arzt) allein zur Durchführung der Behandlung an dieser Nebenbetriebsstätte ist gestattet, wenn dies von der Genehmigung der Tätigkeit an diesem Ort umfasst ist. § 17 Abs. 1a Satz 3 BMV-Ä bleibt unberührt (vgl. Abs. 6).
- *Gemeinschaftliche Berufsausübung*
(§ 15a Abs. 4, 5, 7 BMV-Ä): Die gemeinsame Berufsausübung ist mit Genehmigung des Zulassungsausschusses gemäß § 33 Ärzte-ZV zulässig. Haben die Berufsausübungsgemeinschaftspartner denselben Vertragsarztsitz, ist dieser Ort Betriebsstätte der Berufsausübungsgemeinschaft. Die Bildung weiterer Nebenbetriebsstätten bedarf, soweit vorgeschrieben, der Genehmigung nach § 15a Abs. 2 BMV-Ä (vgl. Abs. 4). Die gemeinsame Berufsausübung kann sich auf die Erbringung einzelner Leistungen beschränken (Teilberufsausübungsgemeinschaft, vgl. Abs. 5). Unbeschadet des Erfordernisses der Genehmigung nach § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV ist eine solche Teilberufsausübungsgemeinschaft nur zulässig, wenn das zeitlich begrenzte Zusammenwirken der Ärzte erforderlich ist, um Patienten zu versorgen, die einer gemeinschaftlichen Versorgung der der Teilberufsausübungsgemeinschaft angehören.

11 Die Tätigkeit des Vertragsarztes in einer weiteren Nebenbetriebsstätte außerhalb des Vertragsarztsitzes ist zulässig, wenn sie gemäß § 24 Ärzte-ZV genehmigt worden ist oder nach dieser Vorschrift ohne Genehmigung erlaubt ist (vgl. § 15a Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä).

renden Ärzte bedürfen, und die Ärzte gemeinschaftlich im Rahmen des § 17 Abs. 1a BMV-Ä zur Verfügung stehen. Damit wird im Ergebnis der Betrieb einer Teilgemeinschaftspraxis für niedergelassene Ärzte an höhere Voraussetzungen geknüpft (ärztliches Zusammenwirken unabdingbar). Scheinteilgemeinschaftspraxen, die nur auf dem Papier existieren, dürften demnach, insbesondere durch Verweis auf die Notwendigkeit einer gemeinsame Sprechstunde (§ 17 Abs. 1a BMV-Ä), wirksam verhindert werden.

- *KV-bereichsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften* (§ 15b BMV-Ä): Für Berufsausübungsgemeinschaften, welche Vertragsarztsitze in Bereichen mehrerer Kassenärztlichen Vereinigungen haben, gelten ergänzend die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 (vgl. Satz 1). Vergleiche zur Definition KV-bereichsübergreifende Tätigkeit § 1a Nr. 15 BMV-Ä.

□ Die **Richtlinie zur KV-übergreifenden Berufsausübung**¹² klärt beispielsweise Fragen der Abrechnung, Honorarbescheide, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung im Falle einer vertragsärztlichen Tätigkeit in mehreren KV-Regionen. Eine KV-übergreifende Berufsausübung im Sinne der Richtlinie liegt vor (vgl. § 1 Abs. 2 KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie), wenn der Arzt

1. gleichzeitig als Vertragsarzt mit zwei Teilzulassungen gemäß § 19a Ärzte-ZV oder gemäß § 24 Ärzte-ZV ermächtigter Arzt an einem weiteren Tätigkeitsort (Zweigpraxis) in Bereichen von mindestens zwei KVen tätig ist; dasselbe gilt für ein MVZ, wenn es in Bereichen von mindestens zwei KVen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt;
2. als Beteiligter einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, deren Vertragsarztsitze (Orte der Zulassung) in Bereichen von mindestens zwei KVen gelegen sind (§ 33 Abs. 2 Satz 1 und 6 Ärzte-ZV);
3. als Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz und als Beteiligter einer Berufsausübungsgemeinschaft oder Teilberufsausübungsgemeinschaft (§ 33 Abs. 2 Satz 3 Ärzte-ZV) an einem weiteren Tätigkeitsort im Bereich einer weiteren KV tätig ist;

12 Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung. Die Richtlinie tritt am 01.07.2007 in Kraft. § 5 Sätze 2 bis 5 sind ab 01.01.2008 anwendbar.

4. als zugelassener Vertragsarzt gleichzeitig als angestellter Arzt in einer Arztpraxis und/oder einem MVZ im Bereich einer weiteren KV tätig ist;
 5. als angestellter Arzt einer Arztpraxis und/oder eines MVZ in Bereichen von mindestens zwei KVen tätig ist.
- ☐ Die **Bedarfsplanungsrichtlinien**¹³ sind bereits zum 01.04.2007 angepasst worden. In der neugefassten Bedarfsplanungs-Richtlinie sind die Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte und die Richtlinie über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis aufgegangen. Inhaltlich wurden neben redaktionellen Änderungen vor allem folgende Themenbereiche neu aufgegriffen:
- Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen,
 - Berücksichtigung von in Zweigpraxen angestellten Ärzten nach § 23 i Abs. 4 Satz 1 und Satz 2 der Richtlinie,
 - Möglichkeiten der Anstellung innerhalb der Arztgruppe der Psychotherapeuten (z. B. Anstellung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch Psychologische Psychotherapeuten) nach §§ 23 i und 23 l der Richtlinie,
 - Umgang mit der neuen Bezeichnung der Weiterbildungsordnung.
- ☐ Die **Richtlinie zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummer**, welche weitere Regelungen zur Vergütung, Richtlinien zur Wirtschaftlichkeits- und zur Abrechnungsprüfung sowie zum Datenträgeraustausch enthält, wird zum 01.01.2008 in Kraft treten. Ab diesem Zeitpunkt müssen Vertragsärzte bei der Abrechnung auch Arzt- und Betriebsstättennummern angeben. Für die KVen erhöht sich damit die Transparenz, wer was wann wo geleistet hat - wichtig für die Abrechnungsprüfung:

13 In der Fassung vom 15.02.2007 BGBl. I 2007, S. 3491.

– *Aufbau der Arztnummer:*

Der Arztgruppenschlüssel ersetzt den bisherigen zweistelligen Fachgruppenschlüssel. Die Vergabesystematik wird überarbeitet mit dem Ziel, das Fachgebiet, den Schwerpunkt und die Zuordnung zum Versorgungsbereich abzubilden.

Stelle 1 bis 6: Arztidentifikation

Stelle 7: Prüfziffer

Stelle 8 und 9: Arztgruppenschlüssel (mit stärkerer Differenzierung als bisher)

– *Übergangsregelung:*

Ärzte, die im Zeitraum vom 01. Juli 2007 bis 31. Dezember 2007 zugelassen werden, erhalten eine Arztabrechnungsnummer nach der derzeitigen Systematik.

Bei der Teilnahme an der Versorgung in mehr als einem KV-Bereich ist für jeden KV-Bereich eine gesonderte Arztnummer zu vergeben und zu verwenden.

– *Bedeutung der Arztnummer:*

Bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung können die KVen mit Hilfe der Arztnummer überprüfen, ob die Kollegen ihre Fachbereichsgrenzen einhalten oder ob genehmigungspflichtige Leistungen von der entsprechend qualifizierten Person erbracht wurden. Bei angestellten Ärzten können die KVen kontrollieren, ob sie auch wirklich im Umfang des vorgelegten Arbeitsvertrags tätig werden. Bei der Plausibilitätsprüfung wird die Einhaltung der Zeitprofile in MVZ und in fachungleichen Praxen künftig in allen KVen arztbezogen überprüft. Bisher war es bei einigen KVen offenbar noch üblich, die Zeitprofile zu saldieren. Ein Arzt, der die Zeiten überschritt, konnte damit von einem Partner profitieren, der noch unter dem Limit lag. Auch bei angestellten Ärzten soll die Plausibilitätsprüfung arztbezogen erfolgen. Einzelpraxen ohne angestellte Ärzte und Ärzte einer fachgruppen- und versorgungsbereichsgleichen Gemeinschaftspraxis, die nur an einem Ort tätig sind, können im Übrigen auf Antrag von der Verwendung der Arztnummer freigestellt werden.

– *Bedeutung der Betriebsstättennummer:*

Jede Arztpraxis bekommt eine Betriebsstättennummer. Ebenso werden Nebenbetriebsstätten wie z. B. Zweigpraxen mit einer eigenen Nummer versehen. Für die KVen ist das wichtig. Denn ärztliche Leistungen werden ab 2008 grundsätzlich in derjenigen KV abgerechnet, in der sie erbracht wurden. Bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung kön-

nen die KVen mit der Betriebsstättennummer kontrollieren, ob z. B. die besonderen apparativen Voraussetzungen für die Abrechnung bestimmter Leistungen gegeben sind. Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist vorgesehen, dass die Behandlungs- und Ordnungsweise eines Arztes nicht getrennt für jede Betriebsstätte, sondern insgesamt betrachtet wird. In den Prüfvereinbarungen können allerdings auch Änderungen vorgenommen werden. So ist es denkbar, dass für den lokaleren Verbund der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft die Wirtschaftlichkeitsprüfung doch getrennt nach Betriebsstätten vorgenommen wird.

- *Aufbau der Betriebsstättennummer:* Die derzeit bestehende Arztabrechnungsnummer wird zur Betriebsstättennummer. Sie kennzeichnet in den ersten beiden Stellen den KV-Bezirk der jeweiligen Betriebsstätte. Die Stellen 8 und 9 enthalten einen Arztgruppenschlüssel, z. B. 98 für fachgruppengleiche oder 99 für fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften.

Stelle 1 und 2: Kennzeichnung des KV-Bezirks

Stelle 3 bis 7: Laufende Nummer (von zuständiger KV vergeben)

Stelle 8 und 9: Arztgruppenschlüssel

Der Arztgruppenschlüssel der Arztnummer ist daher nicht identisch mit dem Arztgruppenschlüssel der Betriebsstätte.

5. Die Honorarreform nach dem GMG

Bereits mit dem GMG¹⁴ versuchte der Gesetzgeber das ärztliche Honorarsystem grundlegend zu überarbeiten. Eine wesentliche Neuerung des GMG war die Abschaffung der auf mitgliederbezogenen Kopfpauschalen basierenden Honorarbudgets und die Übertragung des finanziellen Risikos einer morbiditätsbedingten Mengenausweitung der abgerechneten ärztlichen Leistungen auf die Krankenkassen. Flankierende Instrumente zur Steuerung der Leistungsmenge sollten die Versorgung gleichzeitig so ausgestalten, dass die

14 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) v. 14.11.2003, BGBl. I S. 2190.

Krankenkassen in die Lage versetzt werden, ihrem erhöhten Finanzierungsrisiko wirksam zu begegnen.¹⁵

Im Einzelnen sah das GMG folgende Regelungen zur Neuordnung der ärztlichen Vergütung vor:

- Auf der Ebene der Gesamtvergütung sollte unter Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der Versicherten und dem sich daraus ergebenden Behandlungsbedarf (§ 85a Abs. 2 Satz 2 SGB V) die Vergütung berechnet werden (Übertragung des Mobilitätsrisikos auf die KK). Grundlage der Regelleistungsvolumina war der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten einer Krankenkasse jeweils ermittelte Behandlungsbedarf (arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina). Die darüber hinausgehenden erbrachten Leistungen wurden grundsätzlich nicht vergütet. Die Ausnahme bildeten die erbrachten ärztlichen Leistungen, die sich aus einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes (z. B. Ausbruch einer Epidemie) ergaben. Der Punktwert für diese Leistungen betrug 10 % des vereinbarten festen Punktwertes für die jeweilige Arztgruppe (vgl. § 85a Abs. 3 Satz 2 SGB V a. F.). Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages hatten jährlich unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V) die Veränderungen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs, der arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina sowie des Punktwertes nach § 85a Abs. 2 Satz 2 SGB V zu vereinbaren. Sie hatten dabei Veränderungen
 1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten,
 2. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen beruhen, zu berücksichtigen (vgl. § 85a Abs. 4 Satz 2 SGB V a. F.)
- Zur Begrenzung einer übermäßigen Ausdehnung der ärztlichen Leistungen konnten arztgruppenspezifische Grenzwerte festgelegt werden, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina - § 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V). Aus § 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V war danach die überschreitende Leistung mit Staffelpunktwerten zu vergüten (Punktwertabstaffelung).

15 Vgl. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 08.09.2003, BT-Drs. 15/1525, S. 102.

- Der einzelne Arzt erhielt durch die arztbezogene Regelleistungsvolumina einen festen Vergütungspunktwert. Der feste Punktwert galt wie bei den arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina nur für die Leistungen, die innerhalb des arztbezogenen Regelleistungsvolumens erbracht werden. Für die darüber hinausgehenden Leistungen galt der Punktwert in Höhe von 10 % des festen Punktwertes. Sollte sich die Morbidität unerwartet außergewöhnlich stark erhöhen, könnten die dadurch verursachten erbrachten Leistungen mit einem höheren Punktwert vergütet werden.
- Die arztgruppenbezogenen/arztbezogenen Regelleistungsvolumina (§ 85a und b SGB V) sollten jedoch erst ab dem 01.01.2007 gelten. Für das Jahr 2006 sollten die Krankenkassen zwar die Regelleistungsvolumina nach § 85a SGB V vereinbaren, hinsichtlich des Vergütungsvolumens gemäß § 85 SGB V sollte jedoch noch die vereinbarte Gesamtvergütung gelten.¹⁶

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben stellte wegen der Komplexität der Materie und der hiermit verbundenen technischen Probleme in den letzten Jahren hohe Anforderungen an die Selbstverwaltung, wie z. B. den Aufbau einer neu zu implementierenden Datenlogistik. Die Komplexität der gesetzlichen Vorgaben machte eine zeitnahe Umsetzung bald unmöglich.¹⁷

Auch die Einhaltung der vergaberechtlichen Vorschriften verzögerte die praktische Umsetzung der Vorschriften erheblich. Dabei hatten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen bereits Ende 2005 gemeinsam die Rechte an einem US-amerikanischen morbiditätsbezogenen Patientenklassifikationsverfahren erworben.¹⁸ Dieses System wurde auch für den Morbi-RSA empfohlen. Dadurch sollten jedem Versicherten auf Basis von demographischen Merkmalen sowie ärztlichen Diagnosen Risikozuschläge zugewiesen werden, die den Leistungsbedarf des Versicherten bestimmen. Das System dient jedoch nicht dazu, die Morbidität zu messen, sondern die nach anderen Kriterien aufgebrauchten Mittel leistungs- bzw. bedarfsgerecht zu verteilen.¹⁹

16 Vgl. BT-Drs 15/1525, S. 104; siehe dazu auch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses im Deutschen Ärzteblatt 2004, Heft 38 vom 17.09.2004, im Internet unter www.ebm2000plus.de.

17 So auch Stellungnahme der Bundesärztekammer zum GKV-WSG v. 03.11.2006, S. 20.

18 Beschluss des Gemeinsamen Bewertungsausschusses v. 16.12.2005.

19 Staffeldt, BKK, 2006, 285; vgl. auch Schönbach, BKK 2006, 277 und Stillfried, BKK 2006, 280.

Das Patientenklassifikationssystem bedurfte jedoch umfangreicher Anpassungsarbeiten, bevor es auf die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland übertragen werden konnte. Kritiker befürchteten, dass die Einführung von Morbi-Regelleistungsvolumina als „Blackbox“ einerseits wenig nachvollziehbar und andererseits mit „Upcoding-Effekten“, ähnlich wie bei der Einführung der DRGs im Krankenhausbereich, verbunden sei. Damit ist gemeint, dass die Ärzte die nicht auszuschließenden Interpretationsspielräume bei Festsetzung der Diagnosen nutzen, um eine höhere Vergütung zu erhalten (Manipulationsanfälligkeit der Diagnosen). Diese Gefahr ist auch nach dem Vergütungssystem des GKV-WSG nicht auszuschließen, insbesondere dann, wenn ab dem 01.01.2011 arztgruppenspezifische Fallpauschalen für Versicherungsträger, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden sind, eingeführt werden (vgl. § 87 Abs. 2d Satz 3 SGB V).

Auf Empfehlung des Erweiterten Bewertungsausschusses wurde zudem im Mai 2006 ein Institut für die ambulante Vergütung gegründet. Dieses soll in Analogie zum Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) im Krankenhausbereich die kontinuierliche Pflege des Risikokataloges sowie die Berechnung der Risikozuschläge übernehmen. Das Institut hat im Herbst 2006 seine Arbeit aufgenommen. Das GKV-WSG hat die Arbeit dieses Institutes durch seine gesetzliche Verankerung bestätigt.

6. Scheitern der Vergütungsreform des GMG

Bis Ende 2006 gelang es den Gesamtvertragspartnern bzw. dem Erweiterten Bewertungsausschuss aus den oben geschilderten Gründen nicht, die notwendigen Beschlüsse und Vereinbarungen zur Umsetzung der Regelleistungsvolumina zu treffen:

- So hat der Bewertungsausschuss bis zum 30.06.2005 kein Verfahren beschlossen, das Regelungen zur Bestimmung der Morbiditätsstruktur der Versicherten und des damit verbundenen Behandlungsbedarfes, zur Aufteilung des Behandlungsbedarfes auf die Arztgruppen und eine Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur vorsehen sollte (vgl. arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina gemäß § 85a SGB V).

Damit fehlt die Grundlage für die Vereinbarung der Gesamtvergütung ab 01.01.2007 gemäß § 85a SGB V.

- Zudem hatte der Bewertungsausschuss bis zum 30.06.2005 einen Beschluss zu fassen, der u. a. das Verfahren zur Berechnung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina bestimmt.²⁰
- Die budgetneutrale Einführung der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina in 2006 konnte nicht umgesetzt werden, weil die Grundlagen für entsprechende Vereinbarungen fehlten (z. B. die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach §§ 85a und 85b SGB V).
- Auch die für das Jahr 2007 im Gesetz getroffenen Regelungen können nicht so wie vom Gesetzgeber ursprünglich geplant umgesetzt werden, weil sie auf Vereinbarungen für das Jahr 2006 aufbauen, die aus den vorstehend genannten Gründen nicht realisiert werden konnten.

Wegen der Unfähigkeit, das bestehende System bis zum 01.01.2007 zu reformieren, blieb es im Ergebnis bei der Konstellation des Altsystems, in welchem die Krankenkassen den kassenärztlichen Vereinigungen ein Honorarbudget zahlten, das sich aus einer Kopfpauschale und der Zahl der Versicherten der jeweiligen Kasse zusammensetzte. Der Unmut der Ärzteschaft war dementsprechend groß. Beklagt wurde, dass die Vergütung der ambulant tätigen Kassenärzte durch die Budgetierung in den letzten drei Jahren inflationsbereinigt um 13 % zurückgegangen sei. Hinzu kam nach Ansicht der Ärzteschaft, dass das bestehende Honorarsystem 30 Prozent der Leistungen entweder nicht oder nicht kostendeckend vergüte, da der Behandlungsbedarf im Vergleich zu den Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen für die ambulante ärztliche Versorgung steige. Die Krankenkassen erwiderten demgegenüber, den steigenden Honorarforderungen der Ärzte aufgrund des Beitragsstabilitätsgrundsatzes nicht gerecht werden zu können und verwiesen zudem darauf, dass sich die Anzahl der niedergelassenen Ärzte seit 1960 verdoppelt habe.²¹

Kritisiert wurde zudem auch die Intransparenz des Systems: Es sei mit einem Budget, mit einem erweiterten Bewertungsmaßstab, mit einer Punktwertvergütung und mit Honorarverteilungsmaßstäben, die in allen KV-Bereichen

20 Der Gesetzesauftrag des § 85b SGB V umfasst die „Zuweisung“ von arztbezogenen Regelleistungsvolumina durch die KV ab 01.01.2007. Leistungen im Rahmen der Regelleistungsvolumina sind mit einem festen Punktwert zu vergüten. Dieser liegt jedoch bis heute nicht vor. Durch die noch ausstehende Umsetzung von § 85a SGB V sind auch die Voraussetzungen für eine Umsetzung von § 85b SGB V auf KV-Ebene nicht gegeben.

21 Vgl. Wortprotokoll des Ausschuss für Gesundheit, 33. Sitzung, 13.11.2006, S. 12.

unterschiedlich strukturiert sind, für die Vertragsärzte kaum noch durchschaubar.²² Die Vertragsärzte forderten dementsprechend eine Honorierung ihrer Leistungen in Euro.

7. Die Honorarreform mit dem GKV-WSG

a. Einleitung

Das GKV-WSG verwirklicht eine Honorarreform mit dem Ziel, ärztliche Leistungen mit festen Preisen zu versehen. Eine Mengensteuerung bleibt über die Regelleistungsvolumina weiterhin möglich. Die gesetzgeberische Absicht, das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergehen zu lassen, setzt sich auch mit dem GKV-WSG weiter fort. Insgesamt finden sich viele Ansätze des GMG auch im GKV-WSG wieder. Die in den Eckpunkten noch geplante vollständige Abschaffung der Budgets ist allerdings ausgeblieben.

Ein wesentlicher Unterschied zu der letzten Honorarreform besteht darin, dass der Gesetzgeber - möglicherweise aufgrund der vergangenen Erfahrungen - den Einfluss des BMGs auf den Fortgang der Honorarreform verstärkt hat: So kann es nach 87 Abs. 6 SGB V i. d. F. des GKV-WSG an den Sitzungen der Bewertungsausschüsse oder des zu gründenden Instituts des Bewertungsausschusses teilnehmen. Ihm sind zudem die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse vorzulegen. Innerhalb von zwei Monaten kann das BMG die Beschlüsse beanstanden oder eine Nichtbeanstandung mit Auflage verbinden. Letztendlich kann es, soweit Beschlüsse der Bewertungsausschüsse ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb der gesetzten Frist zu Stande kommen, die Vereinbarungen selbst festsetzen. Dies erhöht den Druck auf die verantwortlichen Akteure, die Honorarreform umzusetzen, erheblich. Wie dies allerdings angesichts der widerstreitenden Interessen und der komplexen Materie zeitnah geschehen soll, bleibt abzuwarten. Der Zeitdruck könnte zu Lasten der Qualität gehen (z. B. Datenerhebungen, Gutachten).

Auch das nach dem GKV-WSG bis zum 30.04.2007 zu gründende Institut des Bewertungsausschusses war bereits am 17.05.2006 von den Trägern des Bewertungsausschusses nach einem vorangegangenen Hinweis des BMGs zur Notwendigkeit einer Umstrukturierung der Organisation des Bewertungsausschusses gegründet worden. Dieses Institut hat nach Angaben der Träger des Bewertungsausschusses im Kern zwei Aufgaben. Zum einen ist das die Pflege und Weiterentwicklung eines Patientenklassifikationsverfahrens zur zuverlässigen Abschätzung des Versorgungsbedarfs der Versicherten. Zum anderen übernimmt das Institut Analysen und Berechnungen für die Anpassung von Abrechnungspositionen und der Sachkostenpauschalen im

22 Vgl. Wortprotokoll des Ausschusses für Gesundheit, 33. Sitzung, 13.11.2006, S.9

einheitlichen Bewertungsmaßstab. Der damit eingeleitete Prozess der Professionalisierung des Entscheidungsverfahrens des Bewertungsausschusses wird nunmehr weiter gefördert und gesetzlich abgesichert.²³

Neu ist auch der Euro-EBM, der bereits zum 01.01.2009 kommen soll. Aus der Punktzahl-Gebührenordnung werden dann 17 Euro-Gebührenordnungen – für jede KV-Region eine. Sie sehen feste Preise in den zuvor festgelegten arztdividuellen Regelleistungsvolumina und einen Morbiditätsbezug vor. Damit hat sich eine der wichtigsten Forderungen der KBV, die Abschaffung der sog. „Muschelwährung“, zu Gunsten von mehr Planungs- und Kalkulationssicherheit erfüllt.²⁴ Grundlage für die regionalen Gebührenordnungen bildet ein bundeseinheitlicher Orientierungswert für Punktwerte im Regelfall.

Der kommende Übergangs-EBM für das Jahr 2008 und der Euro-EBM ab dem Jahre 2009 bilden stärker als zuvor Vergütungspauschalen. Der Vorteil dieser liegt darin, dass sie dem Arzt mehr Transparenz geben, die Leistungen bündeln und die Vergütung der ambulanten Leistung vergleichbar zu der stationären ärztlichen Vergütung, die mit DRG-Fallpauschalen arbeitet, machen. Erst zum 01.01.2011 werden arztgruppenspezifische Fallpauschalen für Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden sind, eingeführt (vgl. § 87 Abs. 2d Satz 3 SGB V). Aber auch die arzt- oder praxisbezogenen Regelleistungsvolumina gemäß § 87b SGB V können nach Abs. 3 Satz 3 Praxisbesonderheiten berücksichtigen, so dass das individuelle Versichertenklientel einer Praxis berücksichtigt werden kann.

Mit dem GKV-WSG erfolgte jedoch ausschließlich eine Honorarreform im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Vergütung. Für den vertragszahnärztlichen Bereich ist entgegen der vertragsärztlichen Vergütung keine Angleichung der Honorare über alle Kassenarten vorgesehen. Damit werden nach vereinzelter Kassenansicht die historisch bedingten Schieflagen im Wettbewerb zwischen den Kassenarten fortgeschrieben.²⁵ Die Ersatzkassen zahlen nach wie vor eine höhere Vergütung als die AOKen. Um gleiche Ausgangsbedingungen im Wettbewerb herzustellen, hätte daher eine Punktwertangleichung zwischen den Kassenarten erfolgen müssen. Dies geschieht nun ausschließlich im ambulanten ärztlichen Bereich.

23 Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) v. 24.10.2006, BT-Drs. 16/3100, S. 369, 370.

24 Vgl. Klartext Oktober 2006, S. 4 (Herausgegeben von der KBV).

25 Vgl. Änderungsvorschläge der BARMER am GKV-WSG v. 24.10.2006, S. 9.

b. Die Neuordnung der ambulanten Vergütung

Die für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehende Gesamtvergütung soll sich zukünftig an der Morbidität der Versicherten orientieren. Das heißt, für zusätzliche Leistungen, die aus einem Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten herrühren, wird von den Krankenkassen mehr Honorar zur Verfügung gestellt. Das neue vertragsärztliche Vergütungssystem tritt am 01.01.2009 in Kraft. Bis Ende 2008 gilt das bestehende vertragsärztliche Vergütungssystem weiter, wobei aber bereits zum 01.01.2008 die ärztlichen Leistungen im EBM als Pauschalen abgebildet und Qualitätszuschläge ermöglicht werden (**Übergangs-EBM für 2008**).

Zum Abbau von Über- und Unterversorgung werden künftig finanzielle Anreize gesetzt, die zu einer regional ausgewogenen Arztdichte beitragen sollen. Zuschläge zum Abbau von Unterversorgung sind bereits rückwirkend ab dem 01.01.2007 vollständig – und nicht nur wie bisher zu 50 Prozent – durch die Krankenkasse zu finanzieren (vgl. § 87 Abs. 2e SGB V).

Das von Budgets und schwankenden Punktwerten geprägte Honorarsystem wird durch eine **Euro-Gebührenordnung** abgelöst („bundeseinheitliche Punktwerte als Orientierungswerte in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen“). Die Euro-Gebührenordnung enthält Pauschalvergütungen in überschaubarer Zahl sowie Einzelvergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen (z. B. Hausbesuche). Von den Orientierungspunktwerten wird maßgeblich abhängen, was die Vertragsärzte im Jahr 2009 verdienen. An ihnen sollen sich, wie der Name schon vermuten lässt, die Verhandlungspartner auf der Landesebene bei ihren jeweiligen konkreten Festlegungen der Punktwerte orientieren. Kassen und KBV müssen diese auf Bundesebene aushandeln. Angepasst werden soll der Wert jährlich bis zum 31.08. und zwar auch nach den „für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten“ (vgl. § 87 Abs. 2g SGB V). Die Orientierungspunktwerte fallen zudem für den Fall der Unter-, Regel- oder Überversorgung anders aus (vgl. § 87 Abs. 2e Satz 1 SGB V). Für die Vergütung der Haus- und Fachärzte gelten dabei unterschiedliche Kriterien, die den Unterschieden der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung Rechnung tragen:

- So sind gemäß § 87 Abs. 2b SGB V die im EBM aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung als Versichertenpauschalen abzubilden. Für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, können Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden. Mit den Pauschalen werden die gesamten im Abrechnungszeitraum üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet. Die Pauschalen können nach Morbiditätskriterien wie Alter und Geschlecht differenziert werden, um mit

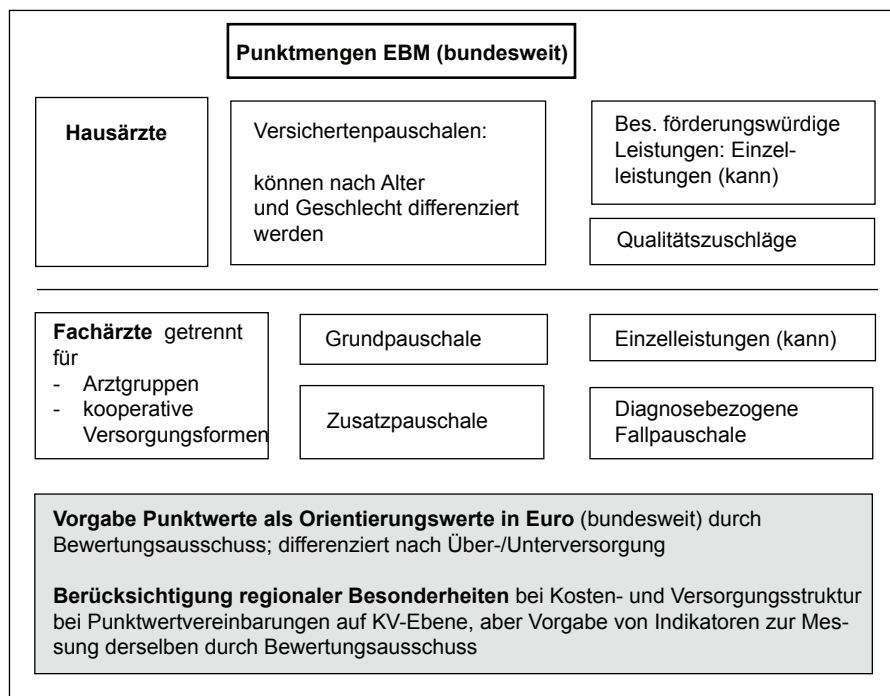
dem Gesundheitszustand verbundene Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen. Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird.

- Die im EBM aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abzubilden (vgl. § 87 Abs. 2c Satz 1 SGB V). Einzelleistungen können, müssen aber nicht vorgesehen werden, soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Mit den Grundpauschalen werden die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet. Mit den Zusatzpauschalen wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt. Abweichend hiervon wird die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen vergütet.
- Für die fachärztliche Versorgung im Rahmen von kooperativen Versorgungsformen sind spezifische Fallpauschalen festzulegen, die dem fallbezogenen Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in diesen Versorgungsformen Rechnung tragen (vgl. § 87 Abs. 2c Satz 5 SGB V). Der EBM muss insoweit auch Mindestanforderungen an die institutionelle Ausgestaltung der Kooperationen der beteiligten Ärzte formulieren (vgl. § 87 Abs. 2d Satz 1 SGB V).
- Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten (vgl. § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V).

Die ursprünglich vorgesehene Kostenneutralität des EBM bei Über- und Unterversorgung wird nicht vorgeschrieben. Für besonders qualifizierte Leistungen wird es Honorarzuschläge geben. Die notwendige Kosten- und Mengensteuerung erfolgt im Ergebnis also durch Anreizmechanismen in der Gebührenordnung sowie mengen- und praxisbezogene Preisabstaffelungen.²⁶ Der EBM kann die Abrechnung an Leistungen der vom G-BA und den Bundesmantelvertragspartnern beschlossenen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen knüpfen (vgl. § 87 Abs. 2d Satz 1 SGB V).

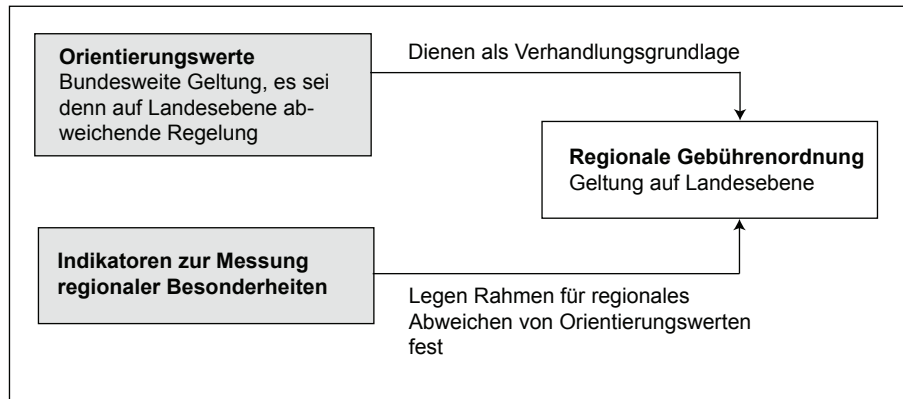
26 Glossar der Gesundheitsreform 2007 des BMG (Stand 08.03.2007), S. 4.

Eine Zwischenstufe auf dem Weg ist ein neuer EBM, der zum 01.01.2008 für ein Jahr in Kraft treten soll (vgl. hierzu im Einzelnen 9). Er operiert zwar noch mit Punkten, wird sich aber dennoch von seinem Vorgänger unterscheiden, indem er eine maximale Pauschalisierung anstrebt (z. B. hausärztliche Versorgung: Versichertenpauschalen, siehe oben). Nur für besonders förderungswürdige Leistungen dürfen Einzelleistungen oder Komplexe im EBM gelistet sein. Für den EBM für das Jahr 2008 gelten alle oben dargestellten Regelungen des § 87 Abs. 2b, 2c SGB V mit Ausnahme der Sätze 4 (arztgruppenspezifische Fallpauschalen für besonders aufwändige und überproportionale Kosten) und 6 (psychotherapeutische Leistungen) des letztgenannten Absatzes ebenfalls.



Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen verhandeln auf Landesebene bis 31.10. eines Jahres die Vergütung für das Folgejahr auf Basis der dann bundeseinheitlichen Orientierungswerte mit der Möglichkeit, über Zu- und Abschläge regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur abzubilden. Die bundesweit geltenden Orientierungswerte dienen den Vertragspartnern auf Landesebene nur als Grundlage der späteren regionalen Preisvereinbarungen. Sie kommen daher nur dann zur Anwendung, wenn die Vertragspartner auf Landesebene keine abweichende Regelung treffen sollten. Den Rahmen für diese Zu- und Abschläge gibt der Bewertungsausschuss auf Bundesebene vor. Eine zusätzliche Unterschei-

zung zwischen Arztgruppen und eine Unterscheidung zwischen Kassenarten findet nicht mehr statt. Kassenärztliche Vereinigungen und Kassen müssen eine regionale Euro-Gebührenordnung beschließen.



Hier wird erstmalig die seitens der Ärzteschaft jahrzehntelang geforderte Transparenz hergestellt, wonach der Arzt seine Vergütung von vornherein erkennen kann. Für die Krankenkassen bedeutet diese Umstellung mangelnde Kalkulationssicherheit, weil der bisherige „Ausgleichsfaktor“ Punktwert wegfällt und die Gesamtvergütung in Kombination mit der Übertragung des Morbiditätsrisikos „ungedeckelt“ ist. Von einer vollkommenen Aufhebung der Budgetierung kann aber nicht die Rede sein.

Für die Ärzte gelten ab 2009 Regelleistungsvolumina (vgl. § 87b Abs. 2 SGB V). Überschreitungen des Regelleistungsvolumens dürfen dann nur noch abgestuft vergütet werden (Ausnahme: Außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl behandelter Versicherter).

Für Leistungen der Psychotherapeuten, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Nervenärzte, Fachärzte für Psychosomatik sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte gibt es kein Regelleistungsvolumen.²⁷ Psychotherapeutische Leistungen können außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung extrabudgetär honoriert werden, da ICD-10-Diagnosen²⁸ den Behandlungsaufwand bei psychischen Störungen

27 Die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen werden durch das Gutachterverfahren bezüglich der Indikationsstellung qualitätsgesichert; jede Therapie muss durch die Krankenkassen genehmigt werden.

28 ICD-10 Schlüssel: Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sind nach den Paragraphen 295 und 301 Sozialgesetzbuch V verpflichtet, Diagnosen zu ver-

nicht zuverlässig abbilden können. Außerdem gilt auch hier, dass bei antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen eine zusätzliche Mengensteuerung nicht angemessen wäre.

Des Weiteren hat das BMG seinen Einfluss auf die Umsetzung der ärztlichen Vergütungsreform verstärkt: So kann das BMG einen Dritten mit den Aufgaben des Instituts beauftragen, wenn das Institut nicht „in einer seinen Aufgaben entsprechenden Weise“ gegründet wird oder wenn es seine Aufgaben nicht korrekt erledigt. Die Beauftragung eines Dritten begründet für Ärzte und Kassenseite die Gefahr, jeglichen Einfluss auf die Honorarreform zu verlieren.

Auch die Geschäftsordnung und die Verfahrensordnung des Bewertungsausschusses müssen vom BMG genehmigt werden. Zudem kann das BMG die Beschlüsse des Bewertungsausschusses innerhalb von zwei Monaten beanstanden.²⁹ Wenn Beschlüsse nicht innerhalb der vom BMG gesetzten Frist zustande kommen, kann das BMG den Erweiterten Bewertungsausschuss anrufen. Insgesamt kann man daher von einem nicht unerheblichen Einfluss des BMG auf die Arbeit des Bewertungsausschusses sprechen.

c. Die Neuregelungen im Einzelnen

Zur besseren Verständlichkeit soll hier auch eine normbezogene Übersicht der inhaltlichen Veränderungen der ambulanten ärztlichen Honorierung erfolgen, da der Gesetzestext sehr unübersichtlich gestaltet ist und nur schwer ein Auffinden der einschlägigen Norm auf den ersten Blick ermöglicht.

Folgende Änderungen des GKV-WSG betreffen **§ 87 SGBV** („Bundesmantelvertrag, EBM, bundeseinheitliche Orientierungswerte“):

- Aufteilung der Leistungen des EBM in fachärztliche und hausärztliche Versorgung (§ 87 Abs. 2a Satz 1 SGB V).

schlüssel. Grundlage dafür ist die International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), eine von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. In Deutschland wird in der ambulanten und stationären Versorgung die ICD-10-GM verwendet, die jedes Jahr aktualisiert und um neue Diagnosen erweitert wird. Zusätzlich zu den Diagnose-Codes gibt es Zusatzkennzeichen wie z. B. „A“ für ausgeschlossene Diagnose oder „V“ für Verdachtsdiagnose.

29 Das BMG kann den Nichtbeanstandungsbescheid mit Auflagen verbinden und für die Erfüllung der Auflagen eine Frist setzen. Erfüllt der Bewertungsausschuss die Auflage nicht innerhalb der gesetzten Frist, kann das BMG die Vereinbarung treffen. Das Institut muss dem BMG in diesem Fall nach dessen Weisung zuarbeiten.

- Abbildung der hausärztlichen Leistungen im EBM als Pauschale, die nach Geschlecht und Alter differenziert werden können. Besonders förderungswürdige Leistungen als Einzelleistungen (§ 87 Abs. 2b SGB V).
- Abbildung fachärztlicher Leistungen als Grund- und Zusatzpauschalen (§ 87 Abs. 2c SGB V). Abbildung in Einzelleistungen möglich, soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist (Größerer Spielraum für Einzelleistungen). Sonderregelung für die Abbildung psychotherapeutischer Leistungen. Für Versorgung in kooperative Versorgungsformen werden spezifische Fallpauschalen festgelegt.
- Betriebswirtschaftliche Abstufung der Leistungsbewertungen im EBM ab einem Schwellenwert wird zur Kann-Regelung (§ 87 Abs. 2 Satz 3 SGB V).
- Abrechnungs- und Qualitätsvorgaben im EBM (z. B. Sicherstellung der vollständigen Erbringung der Leistung, Erreichung des notwendigen Qualitätsstandards, Vorgaben für institutionelle Ausgestaltung der fachärztlichen Kooperationen, vgl. § 87 Abs. 2d SGB V). Abrechenbarkeit der Pauschalen nur durch einen Arzt bzw. Kürzung bei Abrechnung durch mehrere Ärzte wird zur Kann-Regelung.
- Neuer Übergangs-EBM tritt zum 01.01.2008 in Kraft; Bewertung für die psychotherapeutischen Leistungen tritt zum 01.01.2009, die diagnosebezogene Fallpauschalen treten zum 01.01.2011 in Kraft (vgl. § 87 Abs. 2d Satz 3 SGB V).
- Vorgabe zur kostenneutralen Kalkulation der unterschiedlichen Orientierungswerte bei Über- und Unterversorgung wird aufgehoben (keine Finanzierung der Erhöhungen durch Kürzungen, vgl. § 87 Abs. 2e SGB V).
- Regelungen zur regelmäßigen Anpassung der Orientierungswerte (vgl. 87 Abs. 2g SGB V): Das Anpassungskriterium „voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklung“ wird durch „Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten“ ersetzt (regionale Besonderheiten bei der Kostenstruktur).
- Gründung des Instituts: KBV und SpiK erhalten die Möglichkeit, in der Übergangsphase die Aufgaben zwischen Institut, KBV und SpiK aufzuteilen (vgl. § 87 Abs. 3b SGB V).
- Möglichkeit der Ersatzvornahme durch das BMG, soweit das Institut seinen gesetzlichen Aufgaben nicht nachkommt (§ 87 Abs. 3b Satz 4 und 5 SGB V).

- Festlegung einer Verfahrensordnung für das Institut wird gestrichen (vgl. § 87 Abs. 3e SGB V).³⁰
- Bericht zur Wirkung der Orientierungswerte wird um ein Jahr verschoben (vgl. § 87 Abs. 3a SGB V)
- Ergänzung, dass Krankenkassen und KVen dem Bewertungsausschuss die zur Erfüllung seiner Aufgaben notwendigen Daten zu liefern haben. Dies gilt nun auch für Daten zu Einzelvertragsformen (§ 87 Abs. 3f SGB V).
- Finanzierung des Instituts des Bewertungsausschusses erfolgt durch Zuschlag auf jeden ambulant-kurativen Behandlungsfall in der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. § 87 Abs. 3c SGB V).

Folgende Neuerungen sind in **§ 87a SGB V** niedergelegt („Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten“):

- Regionale Euro-Gebührenordnung ab 01.01.2009 (§ 87a Abs. 1 SGB V).
- Vereinbarung Punktwerte unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten durch KVen und KK jeweils zum 31.10. eines Jahres (§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V; Zu- und Abschläge zu Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB V). Zu-/Abschlag darf nicht nach Arztgruppen oder Kassenarten differenziert werden (Einheitliche Festsetzung, vgl. § 87a Abs. 2 Satz 4 SGB V).
- Aus regionalem Punktwert und EBM nach § 87 Abs. 1 ist regionale Gebührenordnung mit Europreisen zu erstellen (§ 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V)
- Krankenkassen haben ggf. anfallende Nachzahlungen spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum (zeitnah) zu leisten (vgl. § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V).
- Öffnungsklausel: Möglichkeit, vertragsärztliche Leistungen in bestimmten Fällen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung mit Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten (§ 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V).
- Morbiditätsbezogene Gesamtvergütung (als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des EBMs mit der Zahl und Morbiditätsstruktur verbundener Behandlungsbedarf der Versicherten, bewertet mit dem regionalen Punktwert nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V) ist jährlich bis zum 31.10. für das Folgejahr mit befreiender Wirkung für die Krankenkassen an die KVen

30 Klarstellung, dass der Bewertungsausschuss in der Geschäftsordnung die Art und Weise der Vorbereitung der Beschlüsse durch das Institut festlegt.

zu zahlen. Der Behandlungsbedarf des Versicherten ist jeweils nach Maßgabe des vom Bewertungsausschuss beschlossenen Verfahrens nach § 87a Abs. 5 SGB V anzupassen (§ 87a Abs. 4 SGB V).

- Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Veränderung der Morbiditätsstruktur gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem für die vertragsärztliche Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren.
- Beschluss zu nicht vorhersehbarem Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs wird auf den 31.08.2008 vorgezogen (vgl. § 87a Abs. 5 Satz 5 SGB V).

Die Vergütung der Ärzte (arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina) ist nun im neu gestalteten **§ 87b SGB V** geregelt:

- Das Regelleistungsvolumen kann sowohl auf Arzt als auch auf Arztpraxis bezogen werden (§ 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V).
- Vorgabe, dass antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten sind (§ 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V).
- Öffnungsklausel, dass in bestimmten Fällen auch andere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden können (§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V).
- Katalog der Kriterien zur Festlegung der Regelleistungsvolumina erheblich gekürzt (§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1-4 SGB V). Soweit dazu Veranlassung besteht, können auch Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden (§ 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V).
- Vorgabe der Kapazitätsgrenze wird zur Kann-Regelung („Können“, § 87b Abs. 3 Satz 4 SGB V).
- Verschiebung der Festlegung der Berechnungsformel vom 31.10.2008 auf den 15.11.2008 (§ 87b Abs. 4 Satz 3 SGB V).
- Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise durch die KV erstmalig zum 30.11.2008 (§ 87b Abs. 5 SGB V).

§ 87c SGB V („Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2009 und 2010“):

- Verschiebung der erstmaligen Festlegung der Orientierungswerte bei Über- und Unterversorgung vom 31.08.2008 auf den 31.08.2009 (§ 87c Abs. 1 Satz 1 SGB V).
- Verzicht auf die Anforderung, den Orientierungswert so festzulegen, dass insgesamt Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind.
- Öffnungsklausel, dass durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder des Bewertungsausschusses der Orientierungswert im Regelfall 2009 auch in anderer Höhe festgelegt werden kann als laut Berechnungsformel (vgl. § 87c Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- Anpassung der Berechnungsformel zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes im Regelfall mit dem Ziel der Erhöhung des Orientierungswertes (abgestellt wird auf ein höheres Finanzvolumen = Gesamtvergütung 2008 plus Veränderungsrate für 2009) und auf eine niedrigere Leistungsmenge (Leistungen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und honorarwirksamen Begrenzungsregelungen) (vgl. § 87 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V).
- Bei Ermittlung des Orientierungswertes im Regelfall sowie der Gesamtvergütung für das Jahr 2009 werden Leistungsdaten der letzten vier Quartale und Simulationsberechnungen zum neuen EBM verwendet.
- Verschiebung der Termine (vgl. § 87c Abs. 2 SGB V): erstmalige Vereinbarung regionaler Punktwerte im Regelfall vom 31.10.2008 auf den 15.11.2008; erstmalige Vereinbarung regionaler Punktwerte bei Über- und Unterversorgung vom 31.10.2008 auf den 31.10.2009; erstmalige Vereinbarung der Gesamtvergütungen vom 31.10.2008 auf den 15.11.2008.

d. Keine vollständige Abschaffung der Budgetierung, Honorarzuwächse

Eine der wichtigsten Forderungen der KBV war die Abschaffung der Budgets. Die in den Eckpunkten noch versprochene Ablösung der Budgetierung³¹ wird

31 „Kennzeichen eines neuen Vergütungssystems sind: Ablösung der bisherigen Budgetierung durch ein neues Vergütungssystem mit Mengensteuerung, Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung, Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen.“ (vgl. Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006 v. 04.07.2006, S. 5). Weiterhin hieß es: „Einschneidende Veränderungen betreffen das ärztliche Vergütungssystem im ambulanten Bereich, die jedoch erst am 01.01.2009 in Kraft treten. Die von Budgets und Punktwerten geprägte Honorarsystematik wird durch eine Euro-Gebührenordnung

im endgültigen Gesetz jedoch nicht vollständig umgesetzt. Bereits die ersten Reg.-Entwürfe des GKV-WSG³² wiesen jedoch zahlreiche Budgetierungsregelungen auf und limitierten die ärztliche Vergütung weiterhin, um Beitragserhöhungen zu vermeiden.³³

Es wurde allerdings darauf verzichtet, gesetzlich Gebot zu normieren, den Orientierungswert als wichtigstes Kriterium Festsetzung der ärztlichen Vergütung so festzulegen, dass insgesamt Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind. Ab 2010 wird der Orientierungswert an die Kostenentwicklung (allgemeine Kostendegression, vgl. § 87 Abs. 2g Satz 1 Nr. 3 SGB V) und einige andere Faktoren (Investitions- und Betriebskosten, § 87 Abs. 2g Satz 1 Nr. 1 SGB V) angepasst. Die Krankenkassen befürchten insofern eine doppelte Dynamisierung der Ausgaben für ärztliche Leistungen, nämlich mit einer Preis- und einer Mengensteigerung.³⁴

mit für den fachärztlichen und den hausärztlichen Versorgungsbereich jeweils unterschiedlichen Pauschalvergütungen sowie wenigen Einzelleistungsvergütungen abgelöst werden (§§ 85a und b SGB V). Die bisherige Budgetierung, die an die Grundlohnsumme anknüpft, wird abgeschafft. Die Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung orientieren sich zukünftig an der Morbidität der Versicherten, so dass für zusätzliche Leistungen, die aus einem Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten herrühren, von den Krankenkassen auch mehr Honorar zur Verfügung zu stellen ist. Durch die Pauschalisierung soll dem heute noch bestehenden systemimmanenten Anreiz zur Erbringung und Abrechnung medizinisch nicht notwendiger Leistungen entgegengewirkt werden.“

32 Z. B. 4. Arbeitsentwurf eines GKV-WSG v. 09.10.2006 oder Referentenentwurf v. 11.10.2006.

33 Die Orientierungswerte nach § 87 Abs. 2c SGB V waren so festzulegen, dass bundesweit insgesamt Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind. Die Berechnungsformel in § 87 Abs. 2c SGB V für den Übergang in das Jahr 2009 führte dazu, dass der Orientierungswert 2009 – bei unterstellten konstanten Leistungsmengen – dem rechnerischen bundesdurchschnittlichen Punktwert aus dem Vergütungssystem 2006 bis 2008 entspricht. Die im Bewertungsausschuss bereits beschlossenen betriebswirtschaftlich angemessenen Punktwerte bleiben unberücksichtigt. Die bisherige Budgetierung wirkt aufgrund dieser rechnerischen Vorgaben fort. Vgl. hierzu Niedersächsisches Ärzteblatt 2006 (Heft 10).

34 Vgl. Wortprotokoll des Ausschuss für Gesundheit, 33. Sitzung, 13.11.2006, S. 21.

Dennoch sieht das Gesetz im Falle von Leistungsausweitungen Abstufungen vor. Gleichzeitig sieht es aber auch zahlreiche Öffnungsklauseln vor, um Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung zu erbringen. Allerdings muss gewährleistet sein, dass ein Großteil der von den Krankenkassen insgesamt bereitgestellten Honorarsumme (morbiditybedingte Gesamtvergütungen) für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen der Regelleistungsvolumina, d. h. zur Vergütung der Leistungen mit den Europreisen der regionalen Gebührenordnung, verwendet wird.³⁵ Die KBV sprach insofern von „altem Wein in neuen Schläuchen“, was sicherlich nur teilweise zu treffend ist.³⁶ Angesichts des ursprünglichen Regierungsvorhabens ist die endgültige Gesetzfassung dementsprechend auf eine massive Kritik der KBV gestoßen.³⁷

Maßnahmen zur Begrenzung der übermäßigen Ausdehnung der ambulanten ärztlichen Leistungen:

- Erstens gibt das Gesetz vor, den neuen EBM auf der Grundlage des bestehenden zu gestalten. Die betriebswirtschaftliche Bewertungsgrundlage des EBM vom 01.04.2005 wird auch für die Festsetzung der neuen Pauschalen von Bedeutung sein. Zudem kann der EBM gemäß § 87 Abs. 2 Satz 3 SGB V betriebswirtschaftliche Abstufung der Leistungsbewertungen ab einem festzulegenden Schwellenwert vorsehen.
- Zweitens sieht die Regelung des § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V (arztbezogene Regelleistungsvolumina) nach wie vor eine „Begrenzung der übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Arztes“ vor, auch wenn der letztendliche Gesetzesentwurf diese Worte nicht mehr wiedergibt: So wird die arztbezogene Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen vergütet. Hiervon kann nur abgesehen werden bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten. Im Gegensatz zur Regelung im GMG wird die Höhe dieser Abstufung nicht mehr gesetzlich vorgegeben (vorher: Zehntel des Preises je Abrechnungspauschale), sondern die Höhe der Abstufung ist vom Bewertungsausschuss zu bestimmen. Der Bewertungsausschuss kann dabei z. B. auch eine nach Leistungsmengen differenzierte Abstufung festlegen. Der Selbstverwaltung auf

35 Vgl. Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) v. 24.10.2006, BT-Drs. 16/3100, S. 351.

36 Klartext Oktober 2006, S. 4 (Herausgegeben von der KBV).

37 Z. B. Stellungnahme der KBV zum 4. Arbeitsentwurf eines GKV-WSG v. 09.10.2006.

Bundesebene wird somit ermöglicht, die Abstufungsregelung entsprechend der damit gemachten Erfahrungen im Zeitablauf flexibel anzupassen, wenn dies erforderlich ist. Die vom Bewertungsausschuss festgesetzte Abstufungsregelung muss dabei aber insgesamt dazu geeignet sein, eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes zu verhindern.³⁸

- Die dritte Begrenzung erfolgt über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Jedes Jahr sollen die KVen mit den Krankenkassen ein Finanzvolumen für die vertragsärztliche Vergütung bestimmen. Darüber hinausgehenden Behandlungsbedarf trägt, von den gesetzlich vorgesehenen Ausnahmen abgesehen (z. B. nicht vorhersehbarer Anstieg der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, Vereinbarung über extrabudgetär zu vergütende besonders förderwürdige vertragsärztliche Leistungen, vgl. § 87a Abs. 3 Satz 5 und 6 SGB V), die Ärzteschaft.

Im Ergebnis wurde im GKV-WSG die Budgetierung nicht vollständig aufgehoben und die finanzielle Unterdeckung ärztlicher Leistungen aus der Vergangenheit nicht behoben, aber aus dem Budgetdeckel ist ein Budgetsieb geworden. Dieses ist besonders durchlässig für Leistungen, die der Gesetzgeber gezielt fördern möchte. Die KBV hat damit die berechtigte Hoffnung, dass ab 2009 die Ärzte ein besseres Honorar für ihre Leistungen erwarten können.

Erfreulich dürfte aus Sicht der Ärzteschaft auch sein, dass im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens die Vorgabe zur kostenneutralen Kalkulation der unterschiedlichen Orientierungswerte bei Über- und Unterversorgung aufgehoben wurde (vgl. 87 Abs. 2e SGB V). Die Krankenkassen werden bei massiven Mehrausgaben für die ambulante ärztliche Vergütung mit Beitragssatzsteigerungen rechnen müssen. GKV-weit wäre allein bei einer Punktwertanpassung an die von der Ärzteschaft geforderten 5,11 Cent mit Mehrausgaben bis zu 5 Mrd. EUR zu rechnen.³⁹

38 Vgl. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) v. 24.10.2006, BT-Drs. 16/3100, S.351.

39 Wortprotokoll des Ausschuss für Gesundheit, 33. Sitzung, 13.11.2006, S. 21.

e. Zeitvorgaben für die Umsetzung der Honorarreform

Die Spitzenverbände haben die Vorgaben des GKV-WSG nach folgendem Zeitrahmen abzuarbeiten.

Bis 30.04.2007 (§§ 87 Abs. 3b SGB V):

- Gründung eines Institutes, das den Bewertungsausschuss bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unterstützt. Dies ist geschehen.

Bis 31.10.2007 (§ 87 Abs. 2d SGB V):

- Erarbeitung einer neuen Euro-Gebührenordnung mit festen Preisen in Form von Pauschalentgelten für den haus- und fachärztlichen Bereich (Inkraft-Treten zum 01.01.2008). Auch dies ist gelungen.

Bis 31.08. 2008 (vgl. §§ 87 Abs. 2e, 87 Abs. 2f, 87a Abs. 5, 87c Abs. 4, 87b Abs. 4, 87b Abs. 4 i. V. m. 87b Abs. 2 Satz 3, 87b Abs. 4 SGB V):

- Beschluss zur Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs.
- Erstmalige Festlegung bundeseinheitlicher Punktwerte als Orientierungswerte in € zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen.
- Erstmalige Festlegung von Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur.
- Bestimmung des Verfahrens zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina.
- Bildung von diagnosebezogenen Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren.

Bis 31.10. 2008 (§§ 87 Abs. 2d, 87c Abs. 4 SGB V):

- Beschluss des Bewertungsausschusses zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen je Zeiteinheit im EBM⁴⁰.
- KVen übermitteln den Landesverbänden der Krankenkassen die für die erstmalige Vereinbarung der Gesamtvergütungen erforderlichen vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens die letzten vier Kalendervierteljahre umfassen.

Spätestens ab 01.11. 2008 (§ 87 Abs. 3b SGB V):

- Volle Wahrnehmung der Aufgaben durch das Institut.

40 Die Problematik der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen wird damit durch Gesetz einer Regelung zugeführt.

Bis 15.11.2008 (§§ 87c Abs. 3 u. 4, 87b Abs. 4 SGB V):

- Erstmalige Vereinbarung der regionalen Vertragspartner über regionale Punktwerte für den Regelfall, regionale Euro-Gebührenordnungen, morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen, regionale Berechnungsformel zu den Regelleistungsvolumina.

Bis 30.11. 2008 (§ 87b Abs. 5 SGB V):

- Erstmalige Zuweisung der Regelleistungsvolumina an die Vertragsärzte, d. h. diese erfahren bis zum 30.11.2008 ihr spezifisches Regelleistungsvolumen, also die Menge an Leistungen, die sie zu 100 % des in Euro festgelegten Punktwerts erbringen können. Einen Monat später wird dann der Pauschalen-EBM zum Euro-EBM.

Ab 01.01.2009 (§ 87b Abs. 1 SGB V):

- Vergütung der Ärzte nach dem neuen Vergütungssystem.⁴¹

Bis 30.06. 2009 (§ 87a Abs. 5 SGB V):

- Beschluss des Bewertungsausschusses zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur, Bestimmung von Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen zwischen stationärem und ambulantem Sektor, Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte.

Bis 31.08. 2009 (§§ 87 Abs. 2e, 87c Abs. 1 SGB V):

- Erstmalige Anpassung des Orientierungswertes im Regelfall sowie der Indikatoren für regionale Besonderheiten bei der Versorgungs- und Kostenstruktur inklusive Korrektur möglicher Fehlschätzungen im Vorjahr für das Jahr 2010 (Beschluss des Bewertungsausschusses).
- Erstmalige Vereinbarung der Orientierungswerte für Über- und Unterversorgung (Beschluss des Bewertungsausschusses).

Bis 31.10.2009 (§§ 87c Abs. 3, 87b Abs. 4 SGB V):

- Vereinbarung der regionalen Vertragspartner über regionale Punktwerte für den Regelfall und erstmalig Punktwerte für Über- und Unterversorgung.
- Erstellung der regionalen Euro-Gebührenordnungen einschließlich Euro-Preise für Über- und Unterversorgung.

41 Die neue Vergütungssystematik trifft die Kostenträger – anders als bei bisherigen Honorarreformen – ohne Erprobungs- oder Testphase.

- Erstmalige Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen auf der Grundlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses.

Ab 01.01.2010:

- Erstmalige Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisanreize Erst durch die Änderungsanträge der Länder wurde der Beschluss zu diagnosebezogenen Fallpauschalen für fachärztliche Leistungen auf 2010 verschoben.

Bis 31.08.2010 (§ 87 Abs. 2e SGB V):

- Anpassung aller Orientierungswerte durch den Bewertungsausschuss einschließlich erstmaliger Anpassung der Orientierungswerte für Über- und Unterversorgung.

Bis 31.10.2010 (§ 87 Abs. 2d SGB V):

- Beschluss des Bewertungsausschusses zu diagnosebezogenen Fallpauschalen für fachärztliche Leistungen.

Zum 01.01.2011 (§ 87 Abs. 2d SGB V):

- In-Kraft-Treten des EBM mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen für fachärztliche Leistungen.

Angesichts der Komplexität des GKV-WSG der gesetzlichen Vorgaben zur Reformierung der ambulanten ärztlichen Vergütung ist jedoch zu befürchten, dass auch der erneute „Fahrplan des Gesetzgebers“ nur schwer einzuhalten ist.

f. Bewertung der Honorarreform nach dem GKV-WSG: Kostenzuwachs unabdingbar

– Weitere Pauschalisierung im EBM:

Die weitere Zusammenfassung von Leistungen zu Vergütungseinheiten (Gebührenordnungspositionen) im neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) – im hausärztlichen Bereich patienten- bzw. fallbezogen zu „Versicherten“-Pauschalen, im fachärztlichen Bereich leistungsbezogen zu arztgruppenspezifischen Grund- und Zusatzpauschalen (vgl. oben) – lässt sich mit einer administrativen Vereinfachung der Abrechnung begründen. Problematisch ist jedoch, dass die Mengensteuerungsfunktion der Pauschalierungen im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens aufgeweicht worden ist. Außerdem hat der Gesetzgeber insbesondere im fachärztlichen Bereich aus der Möglichkeit der Einzelleistungsvergütung als

Ausnahmeregelung quasi einen Regelfall gemacht.⁴² § 87 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz SGB V lautet:

„...; die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann dabei insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt.“

Auch muss insbesondere die Pauschalierung im hausärztlichen Bereich hinsichtlich ihrer Steuerungseffekte hinterfragt werden. Negative Anreize, die von einer solchen Pauschalierung ausgehen, sind Minimierungen der je Fall eingesetzten Ressourcen – d. h. von Leistungsintensität und/oder Kosten. Dies wird insbesondere bei schwerer erkrankten bzw. multimorbiden Patienten zu vermehrten Überweisungen innerhalb der eigenen Fachgruppe, fachgruppenübergreifend und möglicherweise auch in den stationären Bereich führen.

– **Gefahr einer nicht effektiven Mengenbegrenzung**

Auch die ursprünglich vorgesehene indirekte Mengensteuerung über Abstufungen der Leistungsbewertung im EBM nach Erreichen eines betriebswirtschaftlich zu ermittelnden Schwellenwerts ist nicht mehr Vorgabe, sondern nach dem Motto „Aufgeschoben ist nicht aufgehoben“ zukünftige Möglichkeit. Zwar soll über arztbezogene Regelleistungsvolumina nach § 87b SGB V gemäß GKV-WSG Mengensteigerungen ein Riegel vorgeschoben werden. Insoweit jedoch die über die Regelleistungsvolumina hinausgehende und abgestuft zu vergütende Menge der vertragsärztlichen Leistungen als morbiditätsbedingter Behandlungsmehrbedarf geltend gemacht wird und durch die Kassen zu 100 % zu erstatten ist, wäre die Regelung im Sinne eines Steuerungsmechanismus nur Makulatur.

– **Steigen der morbiditätsbezogenen Leistungsmengen**

Die von den Vertragsparteien vereinbarte voraussichtliche Leistungsmenge für 2009 soll aber zusätzlich um eine vom Bewertungsausschuss festgelegte bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge erhöht werden. § 87 c Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V lautet:

„Abweichend von § 87a Abs. 3 Satz 1 erfolgen die erstmaligen Vereinbarungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für das Jahr 2009 bis zum 15. November 2008. Dabei wird der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf für jede Krankenkasse wie folgt bestimmt: Für jede Krankenkasse ist die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen

42 Schauenburg/Behrend/Staffeldt, Die BKK 2007 (Heft 4), 135ff. (135).

chen Leistungen je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse um die vom Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der Kriterien gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 4 zu schätzende bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2009 gegenüber dem Vorjahr anzupassen und mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2009 zu multiplizieren.“

Schon deshalb wird das erste Jahr der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht mehr kostenneutral sein.

Für die Entwicklung von Leistungsmenge und Gesamtvergütung über das Einführungsjahr hinaus ist die Frage entscheidend, welche Leistungsmenge der Bemessung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur zugrunde gelegt wird. Dies soll nach § 87a SGB V gemäß GKV-WSG auf Basis von diagnosebezogenen Risikoklassen – d. h. einer Versichertenklassifikationssystematik – und dem versichertenbezogenen Leistungsbedarf erfolgen. Noch im Regierungsentwurf war definiert, dass als Grundlage für die Veränderung der Morbiditätsstruktur der „tatsächlich erbrachte Leistungsbedarf“ heranzuziehen sei. Dies ist mit den Änderungsanträgen gestrichen worden und im GKV-WSG nicht mehr konkretisiert. Dennoch wird die Ärzteschaft insofern fordern, die tatsächlich erbrachte Leistungsmenge in die Klassifikationssystematik mit einfließen zu lassen. Würde dementsprechend bei der morbiditätsorientierten Weiterentwicklung des Leistungsbedarfs via Klassifikationssystem die tatsächlich erbrachte Leistungsmenge maßgebend, ergäbe dies in Kombination mit den „hoch“-gerechneten Punktwerten enorme Leistungszuwächse und entsprechende Vergütungsforderungen.

Im Ergebnis würde dann das bisher erbrachte Versorgungsniveau zu einem deutlich höheren Preis zur Verfügung stehen.

– **Leerlauf der arztindividuellen Regelleistungsvolumina?**

Ein größeres Risiko von Ausgabensteigerungen für die GKV birgt aber die vorprogrammierte Überschreitung des auf Basis der gekappten Leistungsmenge vereinbarten Behandlungsbedarfs. Von der Ärzteschaft wird eine Überschreitung grundsätzlich zu 100 Prozent als medizinisch notwendig geltend gemacht werden und damit voll zu vergüten sein. Auch das Bundesministerium für Gesundheit argumentiert in diese Richtung. Wie oben beschrieben, laufen hier die arztindividuellen Regelleistungsvolumina nach § 87b SGB V als Steuerungsmechanismus ins Leere.

– **Unvereinbarkeit der starken Pauschalisierung im hausärztlichen Bereich mit der Anwendung des Versichertenklassifikationssystems**

Eine weitere methodische Problematik bei der Anwendung des Versichertenklassifikationssystems entsteht durch die weitgehende Pauschalierung der Abrechnung insbesondere im hausärztlichen Bereich. § 87 Abs. 2b Satz 1-3 SGB V lautet:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sind als Versichertenpauschalen abzubilden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, können Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden. Mit den Pauschalen nach Satz 1 werden die gesamten im Abrechnungszeitraum üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet. Die Pauschalen nach Satz 1 können nach Morbiditätskriterien wie Alter und Geschlecht differenziert werden, um mit dem Gesundheitszustand verbundene Unterschiede im Behandlungsaufwand der Versicherten zu berücksichtigen.“

Eine Differenzierung der Pauschalen nach Diagnosen findet nicht statt. Dies führt dazu, dass die für einen Versicherten dokumentierten Diagnosen von seinem tatsächlichen Behandlungsbedarf und dem erbrachten Leistungsaufwand weitgehend entkoppelt sind. Die versichertenbezogenen Behandlungsbedarfe werden sich unabhängig von der Diagnose und dem Krankheitsschweregrad stark angleichen, und zwar noch stärker als durch die bisherigen Pauschalierungen im EBM. Zusammen mit dem für die Ärzte kaum mehr vorhandenen Anreiz zur exakten Diagnose-Kodierung wird die Differenzierungsfähigkeit der Diagnosen stark eingeschränkt. Im Effekt werden sich die unterschiedlichsten Diagnosen in Bezug auf die Höhe des Behandlungsbedarfs kaum mehr unterscheiden. Damit wird das Versichertenklassifikationssystem, welches ja gerade den Zweck hat, diagnosebezogen nach versichertenindividuellem Leistungsbedarf zu differenzieren, in seiner Funktionsfähigkeit stranguliert.⁴³

Es erscheint außerdem unsinnig, Morbiditätsveränderungen für die Fortschreibung der Gesamtvergütung nach einem komplexen klinisch-ökonomisch konstruierten Versichertenklassifikationssystem zu ermitteln, wenn sich diese Komplexität in der Vergütung der einzelnen Ärzte nicht widerspiegelt.

43 Schauenburg/Behrend/Staffeldt, Die BKK 2007 (Heft 4), 135ff. (137).

– **Ab 2010: Unterversorgungszuschläge, politisch sinnvoll, aber kostentreibend**

Sowohl die Orientierungswerte als auch die regionalen Euro-EBM werden aus Gründen der Bedarfsplanung über Zu-/Abschläge für unter-/überversorgte Regionen vorgesehen. Entgegen den ersten Entwurfsversionen des GKV-WSG sollen diese nicht mehr aus Überversorgungsabschlägen finanziert werden. Dies geht aus dem Gesetzeswortlaut nicht (mehr) hervor, ergibt sich aber eindeutig aus der Entstehungsgeschichte der Norm. Der Gesetzgeber spricht in der Gesetzesbegründung insoweit von „Sonderpreisen“ und „Normalpreisen“.⁴⁴

Weiterhin werden die bei der Ermittlung des Punktwertes für die Euro-Gebührenordnung zu berücksichtigenden regionalen Besonderheiten (praxis-kostenrelevante Faktoren, vgl. hierzu § 87 Abs. 2g Nr. 1 SGB V) von Ärzte-seite ausschließlich vergütungserhöhend interpretiert werden.

Außerdem können noch Qualitätszuschläge bzw. Leistungs- und Strukturzuschläge zu Buche schlagen. Sowohl die hausärztliche Versorgung⁴⁵ als auch die fachärztliche Versorgung⁴⁶ sehen entsprechende Regelungen vor.

– **Extrabudgetär zu vergütende Leistungen**

Die Möglichkeiten, neben der Gesamtvergütung nach § 87a SGB V und außerhalb der arztbezogenen Regelleistungsvolumina gemäß § 87b SGB V vergütbare Leistungen zu vereinbaren, sind noch einmal deutlich erweitert worden. Während die Regelung in § 85a SGB V a. F. gemäß GMG (nach GKV-WSG entfallen) quasi eine abschließende Liste von außerhalb der Gesamtvergütung und ohne Mengensteuerung zu vergütenden Leistungen vorsah, ist dies gemäß § 87a Abs. 3 SGB V grundsätzlich für alle Leistungen möglich, soweit diese besonders förderungswürdig oder medizinisch erforderlich sind – was man prinzipiell ja jeglicher ärztli-

44 Vgl. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) v. 24.10.2006, BT-Drs. 16/3100.

45 § 87 Abs. 2b Satz 4 SGB V: „Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird.“

46 § 87 Abs. 2c Satz 3 SGB V: „Mit den Zusatzpauschalen nach Satz 1 wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt.“

cher Tätigkeit am und mit dem Patienten unterstellen können sollte. In § 87a Abs. 3 Satz 5 2. Halbsatz SGB V heißt es insoweit

„...in Vereinbarungen nach § 8a Abs. 3 Satz 1 SGB V⁴⁷ (kann darüber hinaus geregelt werden, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.“

Auch diese Regelung werden die Ärzte vergütungserhöhend zu nutzen wissen.⁴⁸

g) Verabschiedung eines Übergangs-EBM für 2008 zeitgerecht bewältigt

Bereits einige Wochen vor Ablauf der seitens des Gesetzgebers festgesetzten Frist, ist es der KBV und den SpiKK gelungen, den geforderten neuen EBM für das Jahr 2008 zu verabschieden. Am 19. Oktober 2007 konnte in den letzten strittigen Punkte Einigkeit erzielt werden. Dazu gehörte unter anderem die Höhe des kalkulatorischen Arztgehalts. Dieser Wert steigt von bisher 95.000 Euro jährlich auf 105.000 Euro. Auch die Einbeziehung der Mehrwertsteuererhöhung auf 19 Prozent konnte die KBV durchsetzen. Die beschlossenen Aufwertungen der Leistungen im EBM werden erst 2009 wirksam. Grund dafür ist, dass 2008 per Gesetz noch die alte Budgetierung gilt. Die KBV hatte ursprünglich eine Erhöhung der Bewertung um insgesamt 36,2 % im Hinblick auf

- die neuen tarifvertraglichen Vergütungsregelungen für Krankenhausärzte,
- die Absenkung der kalkulatorischen Produktivität des Arztes um zehn Prozentpunkte,
- die Kosten für eine zusätzliche Sprechstundenhilfe und
- die Mehrwertsteuererhöhung zum 1. Januar 2007

gefordert. Schlussendlich konnte sich die KBV zwar nicht mit allen Forderungen durchsetzen, aber doch in wichtigen Bereichen, die die Krankenkassen ursprünglich nicht bereit waren zu akzeptieren. Insgesamt können die Bewertungsänderungen zu einer Steigerung der Punktzahlsumme von maximal 9,9 % führen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Jahr 2008 weiterhin noch die Budgetierungsregelungen gelten und Punktzahlsteigerungen zunächst

47 Anmerkung der Verfasserin: Vereinbarung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Landesebene.

48 Schauenburg/Behrend/Staffeldt, Die BKK 2007 (Heft 4), 135ff. (138).

einmal zu einer Senkung der Ausgangsbasis des für 2009 zu vereinbarenden Orientierungspunktwertes führen. Auch in der Struktur des EBM gelang der KBV die Umsetzung ihrer Vorstellungen in wichtigen Teilen. So wird es im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich einen sehr starken Grad der Komplexierung der Leistungen geben, womit die Abrechnungsbürokratie deutlich abgebaut werden kann. Dennoch ist eine Abbildung von erhöhtem Behandlungsaufwand z. B. bei chronisch kranken Patienten oder bei Tumorpatienten durch Zuschläge möglich.

Mit dem EBM 2008 ist ein bedeutender Schritt in Richtung der Euro-Gebührenordnung vollzogen worden. Der EBM 2008 tritt zeitgleich mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Kraft, sodass von diesem Zeitpunkt an jede ärztliche Leistung ohne Budgetierung des gesamten Leistungsvolumens eines Vertragsarztes mit einem festen Euro-Wert honoriert werden kann.⁴⁹ Allerdings ermächtigt § 87 Abs. 2 f SGB V die Vertragspartner auf Landesebene ab 2009, von den auf Bundesebene vereinbarten Orientierungspunktwerten Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, sodass auch die Euro-Gebührenordnung letztendlich keine unmittelbare Bewertung der Leistungen in Euro vorsehen wird. Zudem ist bei einer Überschreitung eines Mengenschwellenwertes eine Abstufung des Punktwertes möglich (vgl. § 87 Abs. 2 Satz 3 SGB V).

- Hausärztliche Versichertenpauschalen/fachärztliche Grundpauschalen

Für den hausärztlichen Versorgungsbereich gelten für die drei Altersgruppen 0 -5., 6. – 59., ab 60. Lebensjahr) behandlungsfallbezogenen Versichertenpauschalen in Höhe von 1.000, 900 und 1.020 Punkten. Mit der Pauschale, sind wie der Name schon sagt, auch viele andere Leistungen abgegolten. Dies sind z.B. die hausärztliche Grundvergütung, Koordination der hausärztlichen Betreuung, versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft, Konsultationskomplex, Ganzkörperstatus, Ruhe-EKG etc.

Bei Überweisungen und im Vertretungsfall werden diese Versichertenpauschalen um 50 % reduziert. Für den fachärztlichen Versorgungsbereich gelten arztgruppenspezifische behandlungsfallbezogene Grundpauschalen, die ebenfalls entsprechend den oben genannten drei Altersgruppen differenziert werden.

Gemeinschaftspraxen erhalten ab dem kommenden Jahr keinen Zuschlag zum bisherigen Ordinationskomplex mehr. Nachdem EBM 2008 rechnen Gemeinschaftspraxen künftig dieselbe Versichertenpauschale ab wie Einzelpraxen. Für Praxen, in denen zwei Ärzte gemeinschaftlich auf einer Zulassung arbeiten (Job- Sharing), ergeben sich aus der höheren Bewertung weitreichende Folgen: Wenn sich die Bewertung der Leistungen im EBM erhöhen,

49 Mit weiteren Einzelheiten: *Pitschas*, GesR 2008, S. 57ff.

ist die alte aufgrund der niedrigeren Bewertung des früheren EBM festgelegte Punktobergrenze der Job-Sharing-Praxis sachlich nicht mehr zutreffend. Diese Praxen werden demnach also eine Erhöhung beantragen.

- Zuschlag für multimorbide und chronisch kranke Patienten

Hausärzte erhalten mit dem EBM 2008 einen Zuschlag für multimorbide und chronisch kranke Patienten. Voraussetzung ist, dass diese Patienten mindestens zwei Mal pro Quartal zu ihrem Hausarzt gehen. Der Zuschlag wird zusätzlich zur Versichertenpauschale gezahlt, die die Hausärzte für jeden Patienten erhalten sollen. Die Pauschale ist ebenfalls in drei Altersklassen gestaffelt. In der „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses ist definiert, wer als schwerwiegend chronisch krank gilt. Dies sind Personen, die sich nachweislich wegen derselben Krankheit in ärztlicher Dauerbehandlung befinden und eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 Prozent oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

- Zusatzpauschalen Onkologie

Für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung können in den betreffenden Fachgebieten Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Dermatologie, Innere Medizin, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Urologie zusätzlich zu den jeweiligen Grundpauschalen Zuschläge in Höhe von 540 Punkten angesetzt werden. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 30. September 2008 die Häufigkeit der entsprechenden EBM-Positionen erheben und auf dieser Grundlage eine Bereinigung der Leistungsbewertung der Grundpauschalen der betroffenen Arztgruppen durchführen. Spätestens bis

zum 30. September 2009 soll dann eine Überprüfung des Bereinigungsverfahrens stattfinden.

Bezüglich der schmerztherapeutischen Leistungen konnte zunächst keine Einigung erzielt werden. Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses hat sich aber im Nachgang in seiner Sitzung am 31. Oktober 2007 über eine Neukonzeption der Schmerztherapie verständigt. Danach wird es neben der schmerztherapeutischen Grundpauschale (Nr. 30700) eine Zusatzpauschale (Nr. 30702) für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung sowie einen Zuschlag für die Erbringung der Schmerztherapie in schmerztherapeutischen Einrichtungen (Nr. 30704) geben.

- Einführung von Qualitätszuschlägen im hausärztlichen Versorgungsbereich

Verschoben ist zunächst die Einführung der Qualitätszuschläge für besondere Leistungen bei Hausärzten. Lediglich für die Zusatzqualifikation Psychosomatik kommt der Qualitätszuschlag schon zum Jahresbeginn 2008. Für andere qualitätsgesicherte Leistungen wie Sonografie, Proktoskopie, Langzeit-EKG und Blutdruckmessungen, Spirometrie, Ergometrie oder Chirotherapie soll es frühestens zur Jahresmitte Qualitätszuschläge geben. Bis dahin rechnen Hausärzte diese Leistungen weiterhin als Einzelleistungen ab. Ob die Qualitätszuschläge an bestimmte Mindestmengen geknüpft werden, war bis zuletzt äußerst umstritten. Der Hausärzteverband hat sich stets vehement dagegen ausgesprochen.

- Anpassung der Beschlüsse zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V

Zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinisch notwendigen Versorgung der Versicherten in der GKV mit ärztlichen Leistungen sind die in den Honorarverteilungsverträgen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V getroffenen Regelungen zur Begrenzung der von einer Arztpraxis bzw. einem Arzt abgerechneten Leistungen an die Erhöhung des Punktzahlvolumens ggf. in geeigneter Weise anzupassen, wenn eine solche Veränderung in einer Kassenärztlichen Vereinigung für eine für den jeweiligen Honorarverteilungsvertrag relevante Arztgruppe gemäß den nachstehenden Regelungen zu erwarten ist.

- Anpassung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Kriterien zur Verteilung von Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 4a SGB V (Vergütungsanteile für die haus- und fachärztliche Versorgung)

Da die Anpassung der Leistungsbewertungen mit Wirkung zum 1. Januar 2008 auch Auswirkungen auf den für die Ermittlung des Trennungsfaktors

zur Trennung der Vergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Vergütungsteil relevanten Leistungsbedarf hat, wird der Bewertungsausschuss die Beschlüsse zur Festlegung von Kriterien zur Verteilung von Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 4a SGB V überprüfen und bis zum 15. November 2007 anpassen.

Verfasserin:

Dr. Marion Wille

Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstraße 70 - 72

34131 Kassel

Die Hilfsmittelversorgung in der LKV nach dem GKV-WSG¹

A. Einleitung

Der Anspruch der gesetzlich Versicherten auf Hilfsmittel ergibt sich aus § 33 SGB V. Hilfsmittel kommen im Rahmen der Krankenhausbehandlung, von Vorsorgeleistungen und Rehamaßnahmen vor. Hilfsmittel sind Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit diese nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind. Danach kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkassen nicht übernimmt.

Die Ausstattung mit einem Hilfsmittel umfasst auch Änderung, Reparatur und Ersatz sowie die Ausbildung in seinem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unververtretbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Die Bewilligung des Hilfsmittels kann davon abhängig gemacht werden, dass sich der Versicherte das Hilfsmittel anpassen und sich im Gebrauch ausbilden lässt (§ 33 Abs. 5 Satz 2 SGB V).

Ferner haben Pflegebedürftige Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen Leistungsträgern zu leisten sind (§ 40 Abs. 1 SGB XI).

Der Hilfsmittelbegriff bzw. Pflegehilfsmittelbegriff ist im SGB V bzw. SGB XI nicht näher definiert und von anderen Medizinprodukten bzw. gesundheitsbezogenen Dienstleistungen abgegrenzt. Die Rechtsprechung hat in der Vergangenheit aber zu einer Konkretisierung des Begriffs beigetragen. Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel sind sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware in unverändertem Zustand oder als Basisprodukt mit entsprechenden handwerklicher Zurich-

¹ Die folgende Darstellung entstand unter freundlicher Mitwirkung von Dr. Marion Wille.

tung, Ergänzung bzw. Abänderung von den Leistungserbringern abgegeben werden. Zu den Hilfsmitteln können auch sächliche Mittel oder technische Produkte zählen, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen. Pflegehilfsmittel werden unterschieden in zum Verbrauch bestimmte und technische Produkte.

Aber nicht jedes sächliche Produkt, von dem ein Nutzen für einen kranken oder behinderten Menschen ausgeht, ist ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel im sozialrechtlichen Sinn. Während § 27 Abs. 1 SGB V direkt auf die Krankenbehandlung abstellt, sollen Hilfsmittel i.S.v. § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V dazu dienen, den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Formaljuristisch wird dadurch eine eindeutige Abgrenzung von Hilfsmitteln zu Sachmitteln vorgenommen, die z. B. im Rahmen einer Krankenhausbehandlung oder einer ärztlichen Behandlung eingesetzt werden (z. B. Sprechstundenbedarf, Praxisausstattung, Anlagegüter oder Verbrauchsgüter in stationären Einrichtungen).

Pflegehilfsmittel dagegen müssen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

Die Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung² enthalten die folgende Begriffsbestimmung:

„Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen. Zu ihnen gehören:

- Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel
- Sehhilfen (siehe Abschnitt E)
- Hörhilfen (siehe Abschnitt F)
- Sächliche Mittel oder technische Produkte, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen (z. B. Spritzen, Inhalationsgeräte und ähnliche Applikationshilfen)
- Änderungen, Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.“

Den Hilfsmittelrichtlinien kommt jedoch insoweit keine normative Kraft zu, weil der Gemeinsame Bundesausschuss nicht ermächtigt ist, den Begriff des Hilfsmittels neu zu definieren.

2 In der Fassung von 17.06.1992, zuletzt geändert am 19.10.2004 (in Kraft getreten am 06.01.2006).

Ein Hilfsmittel darf aber kein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens sein (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Das BSG führt insofern aus

„Die Gewährung eines Hilfsmittels (ist) ... dann ausgeschlossen, wenn es zu den Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens zählt, dessen Anschaffung in den eigenwirtschaftlichen Bereich des Versicherten fällt. Darunter fallen Gegenstände, die allgemein im täglichen Leben verwendet werden, d. h. üblicherweise von einer großen Zahl von Personen regelmäßig benutzt werden.“³

Nach Auffassung des BSG ist für die Abgrenzung der Hilfsmittel zu den allgemeinen Gebrauchsgegenständen der täglichen Lebens alleine auf die Zweckbestimmung des Produktes abzustellen (vgl. BSG-Urteil vom 16.09.1999 –B 3 KR 1/99 R (USK9956)).

Gleiches gilt auch für die soziale Pflegeversicherung. Obwohl im Gesetz nicht ausdrücklich darauf hingewiesen wird, ist der Ausschluss unter Berücksichtigung der Gesetzesbegründung dem systematischen Zusammenhang zu entnehmen.

Nach der bisherigen Rechtslage durften Hilfsmittel an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Zuzulassen war, wer eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gewährleistet und die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt (vgl. § 126 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V a. F.). Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dazu gemeinsam Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 126 Abs.1 Satz 2 SGB V a. F. abgegeben (vgl. § 126 Abs. 2 SGB V a. F.). Die Zulassung konnte widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht mehr erfüllt hat. Mit dem GKV-WSG ist nun die Notwendigkeit der kassenrechtlichen Zulassung weggefallen. Eine Versorgung erfolgt künftig nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen. Zur Leistung bis zum 31.12.2008 bleiben jedoch die Leistungserbringer berechtigt, die bereits am 31.03.2007 zugelassen waren.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei werden in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Hilfsmittel in Festbetragsgruppen zusammengefasst. Auf der Grundlage dieser Gruppeneinteilung setzen dann die Spitzenverbände der Krankenkassen bundesweit einheitliche Festbeträge fest. Die Krankenkasse übernimmt für ein Hilfsmittel, für das ein Festbetrag festgesetzt ist, die Kosten nach § 33 Abs. 7 SGB V nur bis zur Höhe dieses

³ BSG, SozR 3-2500, § 33 SGB V Nr. 5, 7, 13, 16, 18.

Betrages. Soweit ein Hilfsmittel abgegeben wird, dessen Preis über dem Festbetrag liegt, hat der Versicherte die über den Festbetrag liegenden Mehrkosten selbst zu tragen. Insbesondere für Hilfsmittel, die individuell angefertigt sind, werden keine Festbeträge festgesetzt, weil der dahinterstehende Dienstleistungsaufwand nicht standardisierbar ist. In diesem Fall ergibt sich der Preis aus vertraglichen Vereinbarungen.

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiedereinsatz sowie über die Preise und deren Abrechnung konnten auch bisher die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Verbänden der Leistungserbringer schließen, soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können (§ 127 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Auch konnten die Krankenkassen Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen als in den Verträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V bei gleicher Qualität schließen (vgl. § 127 Abs. 2 SGB V). Hierzu sollte die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden. Der Vertragsgedanke ist im Hilfsmittelbereich daher keinesfalls neu, wird aber mit dem GKV-WSG in einer anderen Konsequenz durchgesetzt: Zur Leistung ist ab dem 01.01.2009 grundsätzlich nur noch befugt, wer über einen Vertrag mit der Krankenkasse oder ihrem Verband verfügt (Ausnahme § 127 Abs. 3 SGB V n. F.).

Während die Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere die Verordnung von Hilfsmitteln durch Vertragsärzte regeln, verfolgt das in § 139 SGB V (vorher § 128 SGB V) vorgesehene Hilfsmittelverzeichnis eine andere Zielsetzung. Das allein von den Spitzenverbänden der Krankenkassen erstellte Hilfsmittelverzeichnis soll vor allem für Krankenkassen, für die verordnenden Ärzte und nicht zuletzt für die Versicherten mehr Markttransparenz schaffen. Es bewirkt eine Nachfragesteuerung zugunsten von Produkten, die in dem Verzeichnis enthalten sind. Das Verzeichnis gliedert die Hilfsmittel in verschiedene Produktgruppen, -untergruppen und -arten. In einer Produktart werden in der Funktion sowohl gleichartige als auch gleichwertige Produkte zusammengefasst. Des Weiteren enthält es beispielsweise leistungsrechtliche Aussagen über die Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln, Angaben zur Produktqualität sowie Produktbeschreibungen. Das Hilfsmittelverzeichnis setzt sich zur Zeit aus 33 Produktgruppen mit ca. 15.000 Einzelprodukten zusammen. Zentrale Norm für die Aufnahme neuer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis ist § 139 Abs. 2 SGB V. Danach ist Voraussetzung, dass der Hersteller die Funktionstauglichkeit, den therapeutischen Nutzen und die Qualität des Hilfsmittels nachweist (sog. „Herstellernachweis“). Die Rechtsnatur des Hilfsmittelverzeichnisses ist umstritten. Die Einordnung reicht von

einer bloßen Information⁴ bzw. Orientierungshilfe⁵ bis hin zum Rechtsnormcharakter⁶. Nach der Rechtsprechung des BSG⁷ hat das Hilfsmittelverzeichnis nicht die Funktion einer Positivliste dergestalt, dass festgelegt würde, welche Hilfsmittel der Versicherte beanspruchen kann, sondern es stellt lediglich eine unverbindliche Auslegungshilfe für Gerichte und Orientierungshilfe für Krankenkassen dar.⁸ Die Entscheidung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 139 SGB V über den Antrag eines Hilfsmittelherstellers auf Aufnahme eines neuen medizinischen Produkts in das Hilfsmittelverzeichnis stellt einen Verwaltungsakt dar. Über die Entscheidung ist dem Antragsteller ein Bescheid zu erteilen, und zwar unabhängig davon, ob dem Antrag stattgegeben oder ob er abgelehnt wird.⁹

B. Die GKV-WSG Regelungen im Überblick

Auch die Ausgaben für Hilfsmittel sind in der Vergangenheit kontinuierlich angestiegen und betragen zwischenzeitlich mehr als 5 Mrd. Euro jährlich. Die Reformen seit Beginn der neunziger Jahre konnten diese Entwicklung zwar dämpfen, allerdings sind die bisher geschaffenen Steuerungsmöglichkeiten nicht ausreichend, um effizienten und effektiven Versorgungsstrukturen zum Durchbruch zu verhelfen. Zudem existieren für Hilfsmittel keine Preise, die sich im Wettbewerb am Markt entwickelt haben. Darin ist ein wesentlicher Grund zu sehen, warum Wirtschaftlichkeitsreserven im Hilfsmittelsektor nicht von der Hand zu weisen sind, die der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG vor allem durch das Mittel des Vertragswettbewerbes mobilisieren möchte. Des

4 Kranig in Hauck/Haines § 128 SGB V, Rdnr. 3.

5 Kraußkopf, § 128 SGB V, Rdnr. 2.

6 Ebsen in HS-KV § 7, Rdnr. 89.

7 BSG SozR 3-2500, § 33 Nr. 16, 20, 25, 27.

8 Vgl. zu der Thematik insgesamt Bleil, Zulassungs- und Vertragsrecht der Heil- und Hilfsmittellieferanten im Kranken- und Pflegeversicherungsrecht (Diss. 2005), S. 42 ff. .Vgl. zur rechtlichen Betroffenheit der Hersteller bei Ablehnung einer Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis Zuck, Hilfsmittel und die rechtliche Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnisses, MedR 2003, 335 ff ; Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S. 136 m. w. N..

9 Dies hat der Gesetzgeber durch § 139 Abs. 2 Satz 5 SGB V i. d. F. des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) vom 14.11. 2003 (BGBl. I S. 2190) mit Wirkung ab 01.01.2004 ausdrücklich normiert, ohne dass damit eine Rechtsänderung verbunden war. Der Gesetzgeber hat lediglich die auch vorher schon bestehende, vom BSG dargestellte Rechtslage bestätigt (BSGE 87, 105 = SozR 3-2500 § 139 Nr. 1).

Weiteren wird der Leistungsanspruch des Versicherten auf Hilfsmittel erweitert.

Es ergeben sich im Wesentlichen folgende Änderungen:

Vertragsrechtliche Regelungen

- Die vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen werden wettbewerbskonform ausgerichtet. In der Konsequenz wird die kassenrechtliche Zulassung durch vertragliche Regelungen ersetzt und eine Versorgung grundsätzlich von Vertragspartnern der Krankenkassen vorgenommen.
- Verträge sollen vorrangig im Wege der Ausschreibung geschlossen werden.
- Kollektiv- und einzelvertragliche Regelungen umfassen auch festbetragsgebundene Hilfsmittel. Der Festbetrag begrenzt als Höchstpreis die Leistungspflicht der GKV.

Leistungsrechtliche Regelungen

- Der Versorgungsanspruch schwerstbehinderter Menschen wird bei stationärer Pflege über die medizinische Rehabilitation hinaus erweitert. Die Pflicht der Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb notwendig sind, bleibt hiervon unberührt.
- Es wird klargestellt, dass die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen in die Leistungspflicht der GKV fallen, soweit diese Maßnahmen zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich sind.
- Versicherte haben die Mehrkosten und ggf. entstehende höhere Folgekosten bei der Wahl einer über das Maß des Notwendigen hinausgehenden Versorgung selbst zu tragen.

Hilfsmittelverzeichnis

- Die Nachweiskriterien zur Aufnahme von Medizinprodukten¹⁰ in das Hilfsmittelverzeichnis werden geändert. Die materielle Überprüfung von Funktions- und Sicherheitsaspekten entfällt und ist durch die CE-Kennzeichnung abgegolten (vgl. § 139 Abs. 4 SGB V).¹¹

Zusätzlich zur Produktqualität wird künftig auch die Versorgungsqualität im Hilfsmittelverzeichnis geregelt. Hier können indikations- und einsatzbezogene Produkthanforderungen festgelegt werden (vgl. § 130 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Diese Mindeststandards sind in den Verträgen nach § 127 SGB V zu beachten und sollen überregional zu einem gleichmäßig hohen Versorgungsniveau nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse beitragen.

Ursprünglich hatte der Hersteller nach § 139 Abs. 2 SGB V die Funktionstüchtigkeit, den therapeutischen Nutzen sowie die Qualität seines Hilfsmittel nachzuweisen. Zukünftig gilt der Nachweis der Funktionstauglichkeit und der Sicherheit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Darüber hinausgehende Anforderungen an die Sicherheit und die Funktionstauglichkeit der Produkte können nicht mehr verlangt werden. Durch die CE-Kennzeichnung wird jedoch lediglich dokumentiert, dass die grundlegenden Anforderungen der Europäischen Richtlinien erfüllt werden und das jeweils vorgeschriebene Konformitätsbewertungsverfahren durchgeführt worden ist. Im Hilfsmittelbereich genügt hierzu in den meisten Fällen eine Selbstzertifizierung durch den Hersteller. Es bestehen daher Bedenken, dass die CE-Kennzeichnung kein ausreichendes Regelungsniveau für die Sicherheit und die Funktionstauglichkeit der Produkte bietet. Soweit dies zur Gewährleistung

10 Medizinprodukte sind alle Produkte, z. B. Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe, zugehörige Software oder andere Gegenstände, die zur Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen für den Menschen bestimmt sind. Hierzu zählen auch Produkte für Untersuchungen, den Ersatz oder die Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs und zur Empfängnisregelung, sowie die In-vitro-Diagnostika, die als Labordiagnostika oder als Selbstteste in Laienhand in den Verkehr gebracht werden. Alle Medizinprodukte unterliegen dem Medizinproduktegesetz (MPG), das zusammen mit seinen Verordnungen die europäischen Richtlinien 90/385/EWG (aktive Implantate), 93/42/EWG (Medizinprodukte) und 98/79/EG (In-vitro-Diagnostika) in deutsches Recht umsetzt.

11 Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich 27.03.2007, S. 3

einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist, können im Hilfsmittelverzeichnis indikations- oder einsatzbezogen aber nunmehr besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel festgelegt werden. Besondere Qualitätsanforderungen können auch festgelegt werden, um eine ausreichend lange Nutzungsdauer oder in geeigneten Fällen den Wiederseinsatz von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten zu ermöglichen (vgl. § 139 SGB V). Das gilt entsprechend auch für das Pflegehilfsmittelverzeichnis (vgl. § 78 SGB XI).

CE-Kennzeichen:

Gemäß § 6 Abs. 1 MPG dürfen Medizinprodukte, mit Ausnahme von Sonderanfertigungen, Medizinprodukte aus In-Haus-Herstellung, Medizinprodukte gemäß § 11 Abs. 1 (Sondervorschriften im Interesse des Gesundheitsschutzes) sowie Medizinprodukte, die zur klinischen Prüfung oder In-vitro-Diagnostika, die für Leistungsbewertungszwecke bestimmt sind, in Deutschland nur in den Verkehr gebracht oder in Betrieb genommen werden, wenn diese mit einer CE-Kennzeichnung versehen sind. Mit dieser dürfen Medizinprodukte nur versehen werden, wenn die grundlegenden Anforderungen nach § 7 MPG, die auf sie unter Berücksichtigung ihrer Zweckbestimmung anwendbar sind, erfüllt sind und ein für das jeweilige Medizinprodukt vorgeschriebenes Konformitätsbewertungsverfahren nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 37 Abs. 1 MPG (Medizinprodukte-Verordnung) durchgeführt worden ist (§ 6 Abs. 2 MPG). Der Hersteller bestätigt mit der CE-Kennzeichnung die Konformität des Produktes mit den zutreffenden EG-Richtlinien und die Einhaltung der darin festgelegten „wesentlichen Anforderungen“.

Der Versorgungsanspruch auf Sehhilfen bleibt unverändert bestehen und wird lediglich systematisch neu dargestellt.

C. Die Regelungen im Einzelnen:

I. Versorgungsanspruch schwerstbehinderter Versicherter

§ 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V n. F. konkretisiert den Versorgungsanspruch schwerstbehinderter Versicherter dahingehend, dass dieser nicht vom Grad der Rehabilitationsfähigkeit abhängt. Versicherte können bei stationärer Pflege auch dann Anspruch auf die individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der GKV haben, wenn eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft beispielsweise nur passiv oder sehr eingeschränkt möglich ist. Bei stationärer Pflege (Aufnahme in Pflegeheim) soll der Anspruch gegenüber der Krankenkasse auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich nicht dadurch ausgeschlossen sein, dass eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft nur noch in eingeschränktem Maße ermöglicht werden kann. Im Ergebnis wird hierdurch der Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse erweitert. Die

vom Bundessozialgericht¹² entwickelten Grundsätze zur Abgrenzung der Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden im Übrigen durch diese Regelung nicht in Frage gestellt.¹³

Die Pflegekasse leistet im Rahmen der stationären Pflege des Versicherten keine separaten Hilfsmittel, sondern vergütet die Bereithaltung dieser durch die Pflegeheime durch die Zahlung der Pflegesätze. Die Pflicht der Heimträger zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI (Pflegeheime), die für den üblichen Pflegebetrieb notwendig sind und/oder der Erfüllung des Versorgungsauftrags entsprechend der konzeptionellen Ausrichtung eines Pflegeheimes und der dafür erforderlichen Sachausstattung dienen, bleibt von der Neuregelung unberührt. Die ggf. entstehenden Kosten für Zubehörteile und Verbrauchsmaterialien zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie für Reparaturen und Wartungen sind dem Leistungsträger (GKV oder Heimträger) zuzuordnen, der auch das Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel (Basisprodukt) finanziert hat.¹⁴ Stationäre Pflegeeinrichtungen haben die Pflegebedürftigen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ausreichend und angemessen zu pflegen und dafür das typische Inventar bereitzustellen. Die Vorhaltepflcht der Pflegeeinrichtung hängt entscheidend vom jeweiligen Versorgungsauftrag¹⁵ und den vertraglichen Regelungen (z. B. §§ 72, 80a

12 Insbesondere in den Entscheidungen vom 10. 02.2000 - B 3 KR 26/99 R -, 06.06.2002 - B 3 KR 67/01 R -, 24.09.2002 - B 3 KR 15/02 R - und 28.05.2003 - B 3 KR 30/02 R.

13 Vgl. Begründung zum Änderungsantrag 8 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz), BT-Drs. 16/3100.

14 Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich 27. März 2007, S. 4

15 Bei der Beurteilung des Versorgungsumfangs der Pflegeheime wird von Einrichtungen ausgegangen, die einen Kreis von Heimbewohnern mit unterschiedlichen pflegebegründenden Krankheiten oder Behinderungen sowie entsprechend differenzierten Pflegestufen versorgen. Einzelne Pflegeheime spezialisieren sich auf die Versorgung eines jeweils eng definierten Kreises von Pflegebedürftigen (z. B. Apalliker/Wachkoma- Patienten, Suchtkranke, Beatmungspatienten, Multiple-Sklerose-Erkrankte) und vereinbaren dies in den Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI. Aus diesem Grunde kann die Abgrenzung der Leistungspflicht für notwendige Hilfsmittel bei Heimbewohnern nicht allgemeinverbind-

SGB XI) ab. Soweit der Versorgungsvertrag bzw. die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI, welche die Pflegekassen mit dem Heimträger abschließen, nichts Ausdrückliches zur Heimausstattung vorschreibt, ist die zur Durchführung von üblichen Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderliche Ausstattung vorzuhalten, weil sich dies aus dem Wesen jeder Pflegeeinrichtung ohne Weiteres ergibt. Die durch die ständige Rechtsprechung getroffene Abgrenzung, ob das Hilfsmittel überwiegend dem Behinderungsausgleich dient und ggf. die Leistungsverpflichtung der GKV besteht, oder aber die Grundpflege den Schwerpunkt bildet und die Vorhaltepflcht des Heimträgers begründet, ist auch nach geänderter Gesetzeslage sach- und systemgerecht. Was im Einzelnen zur üblichen Sachausstattung gehört und wie die Abgrenzung zu den von den Krankenkassen zu leistenden Hilfsmitteln in diesen Bereichen vorzunehmen ist, kann nur jeweils für konkrete Gegenstände entschieden werden, unter Berücksichtigung der Einrichtungsstruktur und Bewohnerklientel der stationären Einrichtung.¹⁶

Besteht der Verwendungszweck eines Gegenstandes ganz oder überwiegend darin, die Durchführung der Grundpflege zu ermöglichen oder zu erleichtern, so begründet allein die Tatsache, dass er auch dem Behinderungsausgleich dient, nicht die Leistungspflicht der Krankenkassen. Insbesondere solche Produkte, die von den Bewohnern gemeinsam beansprucht werden, fallen regelmäßig in die Zuständigkeit der stationären Pflegeeinrichtung, weil davon auszugehen ist, dass die pflegerelevanten Ziele, etwa die Erleichterung oder Ermöglichung von Pflegemaßnahmen, überwiegen. Als Beispiel für diese Kategorie von Gegenständen wird der einfache Schieberollstuhl genannt, wenn er primär Transportfunktionen für die Allgemeinheit zur Verrichtung pflegerischer Maßnahmen erfüllt. Die Hilfsmittelversorgung zu Lasten der GKV setzt laut Rechtsprechung gerade nicht bei dem Ziel an, den Versicherten stets dorthin zu bringen, wo die verschiedenen Pflegeleistungen erbracht werden. Auch Hilfsmittel, die allgemein der Prophylaxe dienen oder andere

lich und rein produktspezifisch vorgenommen werden. Vielmehr ist in der Praxis jeder einzelne Versorgungsfall insbesondere auch unter Berücksichtigung der Einrichtungsstruktur und Bewohnerklientel der stationären Einrichtung individuell zu prüfen. Hierbei sind die Versorgungsverträge bzw. die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen heranzuziehen.

16 Vgl. ständige Rechtsprechung des BSG, insbesondere Urt. v. 22.07.2004 - B 3 KR 5/03 R. Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich 27.03.2007, S. 6.

pflegerische Maßnahmen ersetzen, sind regelmäßig vom Pflegeheim vorzuhalten. Erst wenn durch ein individuell von einem einzelnen Versicherten genutztes Hilfsmittel eine Teilnahme am Leben der Gemeinschaft - ggf. auch nur passiv oder eingeschränkt - ermöglicht wird, kann nach geänderter Gesetzeslage die Leistungspflicht der GKV entstehen. Dies gilt auch, wenn eine verantwortungsbewusste Selbstbestimmung oder eine Rehabilitation des Versicherten nicht mehr möglich ist oder der Ist-Zustand der Behinderung nicht mehr verbessert werden kann. Art und Umfang der Ausstattung mit Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln richten sich nach der Bewohnerstruktur und dem zu erwartenden Versorgungsbedarf. In diesem Sinne hat das BSG deutlich herausgestellt, dass der Heimträger dafür einzustehen hat, dass jedem Heimbewohner die für ihn erforderlichen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel vom Heim bereitgestellt werden müssen. Die Pflegekassen sind lediglich für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im häuslichen Bereich zuständig, da § 40 SGB XI rechtssystematisch den Leistungen bei häuslicher Pflege zugeordnet ist. Die Begrenzung auf die häusliche Pflege ist sachgerecht, weil Pflegehilfsmittel im Pflegeheim i. d. R. die Grundpflege betreffen und im Rahmen der Heimausstattung bereits vorhanden sind.

Hilfsmittel in der stationären Versorgung: Abgrenzung der Finanzierungszuständigkeit

<p>Leistungspflicht der GKV:</p> <p>Grad der Rehabilitationsfähigkeit ist unerheblich.</p> <p>Keine Erfassung durch Versorgungsvertrag bzw. Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80 a SGB XI.</p> <p>Hilfsmittel dient überwiegend dem Behinderungsausgleich.</p> <p>Starkes Indiz: Individuelle Nutzung des Hilfsmittels durch Versicherten.</p>	←	<p>Vorhaltepflcht der Pflegeeinrichtung</p> <p>Hilfsmittels, die für Pflegebetrieb notwendig sind und/oder der Erfüllung des Versorgungsauftrages entsprechend der konzeptionellen Ausrichtung des Pflegeheims entsprechen und der dafür erforderlichen Sachausstattung dienen.</p> <p>Im Übrigen die zur Durchführung der von üblichen Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftl. Versorgung erforderliche Ausstattung. Indiz: Gemeinsame Nutzung des Hilfsmittels.</p> <p>Ermöglichung der Grundpflege ist Schwerpunkt des Hilfsmittels.</p>
---	---	---

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben den Abgrenzungskatalog zur Finanzierungszuständigkeit für die verschiedenen Hilfsmittel bei stationärer Pflege vom 14. März 2003 an die neue Gesetzeslage angepasst. Die formale Beschlussfassung erfolgte am 07.05.2007 durch das Beschlussgremium der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 213 SGB V.

Vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne der §§ 43a und 71 Abs. 4 SGB XI erfüllen sehr unterschiedliche Aufgaben, dienen unterschiedlichen Benutzerkreisen mit dementsprechenden Gestaltungskonzepten und haben daher auch in sächlicher Hinsicht eine sehr unterschiedliche Ausstattung. In der Regel steht im Vordergrund des Einrichtungszwecks die Teilhabe am Arbeitsleben, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen; die Pflege wird nur am Rande mit durchgeführt. Derartige Einrichtungen sind daher anhand ihres Pflegeprofils unter Anwendung der für stationäre Pflegeeinrichtungen / Pflegeheime geltenden Grundsätze zu beurteilen, ggf. auch stationsweise.¹⁷

In der ambulant-häuslichen Versorgung, d. h. im allgemeinen Lebensbereich des Versicherten, ergeben sich durch das GKV-WSG keine Änderungen.¹⁸

II. Mehrkostenprinzip und Wahlfreiheit

In § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V n. F. wird das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V für den Hilfsmittelbereich konkretisiert. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.

17 Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich 27.03.2007, S. 6.

18 Nur für den Einzelnen bestimmte, individuell genutzte Hilfsmittel (z. B. Sehhilfen, Hörgeräte, Prothesen) sind bei medizinischer Notwendigkeit (Behinderungsausgleich oder Krankenbehandlung) auch dann von der GKV zu finanzieren, wenn sich der Versicherte in einem Pflegeheim befindet und dort stationär gepflegt wird. Der grundsätzliche Versorgungsanspruch gegenüber der GKV gilt unabhängig davon, ob das Hilfsmittel ausschließlich im Pflegeheim eingesetzt wird. Hilfsmittel, die der Durchführung der Behandlungspflege dienen, fallen grundsätzlich in die Leistungspflicht der GKV. Dies gilt zeitlich begrenzt auch für die unmittelbare Nachsorge. Die in den Produktgruppen 50 bis 54 des Pflegehilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte decken im Regelfall die Grundpflege ab. Sie fallen daher grundsätzlich nicht in den Zuständigkeitsbereich der GKV. Die Leistungspflicht der GKV entsteht nicht erst, wenn es um die Behandlung einer akuten Erkrankung bzw. den Ausgleich einer Behinderung geht, sondern - zeitlich begrenzt für die notwendige Dauer gemäß dem ärztlichen Behandlungskonzept - stets, wenn nach ärztlicher Einschätzung die Entstehung einer Erkrankung oder Behinderung ohne den Einsatz eines speziellen Hilfsmittels konkret und unmittelbar droht.

§ 33 Abs. 6 SGB V n. F. korrespondiert mit den Änderungen in § 126 SGB V n. F. und regelt die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen den jeweiligen Vertragspartnern ihrer Krankenkasse und den Leistungserbringern, die auf Grund der Übergangsregelung in § 126 Abs. 2 SGB V n. F. versorgungsbe-rechtigt sind. In der Gesetzesbegründung wird deutlich, dass zur wirkungs-vollen Nutzung des Ausschreibungsinstruments grundsätzlich die Versorgung durch einen von der Krankenkasse zu benennenden Leistungserbringer (Aus-schreibungsgewinner) vorgesehen wird, damit den vertraglich vereinbarten Abnahmeverpflichtungen Rechnung getragen werden kann (exklusive Versor-gung).

Bei mehreren vorhandenen Vertragspartnern (Ausschreibungsgewinnern) kann den Versicherten ein Wahlrecht zwischen diesen eingeräumt werden.

Bei berechtigtem Interesse kann der Versicherte nach § 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V n. F. auch einen anderen Leistungserbringer als den benannten Vertrags-partner wählen, wenn er die Mehrkosten selbst trägt. Im Vorhinein hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen kritisiert, dass sich weder aus der Vor-schrift noch ihrer Begründung entnehmen lasse, wann ein solches berechtigtes Interesse vorliege. Insofern sei zu befürchten, dass diese Ausnahmeregelung willkürlich genutzt werde.

Systematik § 33 Abs. 6 SGB V (neu)
Grundsätzlich Wegfall des Wahlrechts des Versicherten bei Ausschreibung, Erstattungshöhe = Vertragspreis.
Ausnahme bei berechtigtem Interesse: Versicherter muss Mehrkosten übernehmen (z. B. höherwertige Versorgung, langjährige Betreuung durch bestimmten Leistungserbringer)

Da künftig nur noch Vertragspartner der Krankenkasse zur Versorgung berech-tigt sind, regelt § 33 Abs. 7 Satz 1 SGB V, dass die jeweils vertraglichen Preise für die Kostenübernahme der Krankenkassen maßgeblich sind. Dies gilt auch für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde; der Fest-betrag ist ein Höchstpreis. Mehrkosten zu Lasten der Versicherten können vertraglich ausgeschlossen werden. Dies ist zwingende Voraussetzung für einen funktionierenden Vertragswettbewerb. Außerdem wird die Bereitschaft der Leistungserbringer steigen, auch über die Versorgung mit festbetragsge-bundenen Hilfsmitteln Verträge zu schließen, wodurch eine aufzahlungsfreie Versorgung garantiert werden kann.

III. Wartungen und technische Kontrollen

Durch § 33 Abs. 1 Satz 4 SGB V n. F. wird klargestellt, dass der Versorgungsan-spruch auch die notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen umfasst. Der Anspruch nach § 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfasst daher auch die notwen-

dige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Sofern diese Maßnahmen in den geltenden Verträgen bereits geregelt sind, müssen grundsätzlich keine Anpassungen vorgenommen werden. Wie in der Gesetzesbegründung klargestellt wird, stellt die Regelung bezüglich der grundsätzlichen Erforderlichkeit und des Umfangs der Wartungsmaßnahmen und technischen Kontrollen auf den Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken und den Stand der Technik ab und ermöglicht den Krankenkassen somit eine auf das Maß des Notwendigen beschränkte sachgerechte Umsetzung. Dabei sind auch die Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)¹⁹ zu berücksichtigen. Im Vorhinein hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen kritisiert, dass die Regelung durch den unspezifischen Bezug auf das Medizinprodukterecht in der Gesetzesbegründung weit über das hinaus gehe, was tatsächlich regelungsbedürftig sei.

Die Festlegung der Erforderlichkeit und des Umfangs von Wartungen und technischen Kontrollen wird - wie in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck kommt - in das pflichtgemäße Ermessen der Krankenkassen gestellt. Die Durchführung derartiger Maßnahmen darf nach Ansicht der Spitzenverbände der Krankenkassen in Einklang mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V nicht über das Maß des Notwendigen hinausgehen. Gemäß der MPBetreibV beschränken sich sicherheitstechnische Kontrollen zunächst per se auf aktive Medizinprodukte, d. h. auf solche, deren Betrieb von einer Energiequelle abhängig ist. Bzgl. der Erforderlichkeit i.S. des Schutzes vor unvermeidbaren Risiken kann auf § 5 MPBetreibV rekurriert werden, der eine Sonderbestimmung für den Betrieb von aktiven Medizinprodukten der Anlage 1 enthält, weil von diesen Produkten wegen ihrer lebenserhaltenden Funktion besondere Gefahren ausgehen. Zu den Medizinprodukten der Anlage 1 gehören folgende Hilfsmittel bzw. Produktarten des Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V:

- Elektrostimulationsgeräte der Produktgruppe 09 „Elektrostimulationsgeräte“
- Defibrillatorweste²⁰

19 Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung - MPBetreibV in der zum Zeitpunkt der Verabschiedung dieser Verlautbarung aktuellen Fassung der Bekanntmachung vom 21.08.2002 (BGBl. I S. 3396).

20 Z. B. LifeVest, Positionsnummer 99.99.03.0001.

- Elektronische Infusionspumpen der Produktuntergruppe 03.99.05, sofern diese zur Applikation in den Blutkreislauf vorgesehen sind
- Pumpen zur parenteralen Ernährung der Produktarten 03.99.06.1 und 03.99.06.3
- Geräte zur maschinellen Beatmung der Produktuntergruppe 14.24.09 (Geräte zur Überdruckbehandlung bei obstruktiver Schlafapnoe der Untergruppe 14.24.07 (CPAP-Geräte) stellen keine Beatmungsgeräte im Sinne der einschlägigen Norm zu Beatmungsgeräten dar. Es ist somit davon auszugehen, dass diese Produkte nicht von der Anlage 1 MPBetreibV erfasst werden. Geräte zur Behandlung der zentralen Schlafapnoe und der Cheyne-Stokes-Atmung sind dagegen den Beatmungsgeräten zuzuordnen, diese werden bereits jetzt im Hilfsmittelverzeichnis in der Produktuntergruppe 14.24.09 geführt.

Hinsichtlich der Anlage 1 der MPBetreibV wird zur Zeit eine politische Diskussion geführt. Seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen wird dabei die Berücksichtigung der Elektrostimulationsgeräte in Frage gestellt, da von diesen Geräten bei einem Funktionsausfall kausal keine Lebensgefahr ausgeht.

Zur Gewährleistung der notwendigen Sicherheit der Produkte und zum Schutz des Patienten werden für die in der Anlage 1 MPBetreibV genannten Produkte sicherheitstechnische Kontrollen vorgeschrieben, die spätestens alle 2 Jahre durchzuführen sind. Anlage 1 der MPBetreibV kann als Orientierungshilfe dienen, von welchen Produkten ein unvertretbares gesundheitliches Risiko für den Patienten ausgeht und Wartungen und sicherheitstechnische Kontrollen grundsätzlich durchgeführt werden sollten. Als weiteres Kriterium ist dabei das durch einen Ausfall oder eine Fehlfunktion entstehende gesundheitliche Risiko sowie die Möglichkeit des Patienten zum aktiven Fehlermanagement zu beachten.²¹

21 Die SpiK empfehlen, für diese Hilfsmittel die ggf. bereits seit der Medizingeräteverordnung geltenden vertraglichen Regelungen zur regelmäßigen Wartung und Kontrolle weiterzuführen oder unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten anzupassen. Sollten vertragliche Regelungen noch fehlen, sollten diese zeitnah geschlossen werden. Dabei sollte der Aufwand für Wartungen und technische Kontrollen als Folgekosten in eine Gesamtwirtschaftlichkeitsbetrachtung der Versorgung einbezogen werden. Möglicherweise stellen wartungsfreie Produkte die wirtschaftlichere Alternative dar. Vgl. Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich v. 27.03.2007, S. 9.

IV. Stärkung des Vertrags- und Preiswettbewerbs

Alte Regelung	Neue Regelung
§ 127 Abs. 2 SGB V Einzelverträge (möglich) nach Ausschreibung (Soll-Vorschrift)	§ 127 Abs. 1 SGB V Verträge (Soll-Vorschrift) nach Ausschreibung (vorrangig)

1. Wegfall der Zulassungen zum 01.01.2009

Eine Stärkung des Vertrags- und Preiswettbewerbs in der Hilfsmittelversorgung ergibt sich insbesondere durch den **Wegfall der Zulassung** und erweiterte vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen. Die im Eckpunktepapier bereits intendierte Stärkung des Wettbewerbsprinzips ist jedoch nichts grundlegend Neues. Bereits mit der Einführung des Festbetragswesens im Jahre 1989 sowie der Durchschnittspreisreglung und des Ausschreibungs-instruments mit dem GMG Anfang 2004 wurde die Erstreckung des Preiswettbewerbes auf den Hilfsmittelmarkt beabsichtigt. Die Steuerungsfähigkeit des Hilfsmittelmarktes hat sich in der Vergangenheit allerdings als zu gering erwiesen.²²

Für die aufgrund der Übergangsregelung nach § 126 Abs. 2 SGB V n. F. bis zum 31.12.2008 versorgungsberechtigten Leistungserbringer wird die Leistungspflicht der Krankenkasse auf den niedrigsten Vertragspreis begrenzt, den diese mit anderen Leistungserbringern für jeweils vergleichbare Leistungen geschlossen hat. Die Beschränkung auf den niedrigsten Vertragspreis gilt nur für vertragsungebundene Leistungserbringer. Hat die Krankenkasse mit Leistungserbringern andere Preise für die gleiche Leistung vereinbart, gelten für diese Vertragspartner die mit ihnen jeweils vereinbarten Preise.²³ Die Krankenkassen sind künftig nicht mehr verpflichtet, mit jedem qualifizierten Leistungserbringer einen Vertrag zu schließen.²⁴ Da eine Überprüfung

22 Grienberger, KrV 2006, 249, 250.

23 Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich 27.03.2007, S. 12.

24 Nicht mehr der Patient, sondern die Krankenkasse entscheidet zukünftig, wer die Versorgung durchführt. Im Extremfall werden insbesondere durch Ausschreibungsverfahren nach Produktart (7Steller) multimorbide Patienten mit zahllosen Ansprechpartnern konfrontiert. Der daraus resultierende zusätzliche Abstimmungs- und Koordinierungsbedarf wird nach Ansicht der Spitzenverbände der Krankenkassen weder den Anforderungen des Patienten noch den Wirtschaft-

der grundsätzlichen Eignung der Leistungserbringer in einem Zulassungsverfahren auf Landesebene nicht mehr stattfindet, müssen die Krankenkassen durch eine Überprüfung vor Vertragsabschluss und geeignete vertragliche Regelungen sicherstellen, dass diese Anforderungen während der gesamten Vertragslaufzeit durchgängig erfüllt sind. Satz 3 sieht zentrale Empfehlungen zur einheitlichen Anwendung der Anforderungen nach Satz 2 vor, die grundsätzlich den bisherigen Empfehlungen zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen entsprechen. Insofern gelten die Zulassungsempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 126 SGB V vom 02.05.1991 als Mindestvoraussetzungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V n. F. weiter und sollten bei neuen Vertragsabschlüssen berücksichtigt werden.²⁵

Den nach geltendem Recht am 31.03.2007 zugelassenen Leistungserbringern wird durch § 126 Abs. 2 SGB V n.F. die Möglichkeit gegeben, sich während einer angemessenen Übergangszeit (bis 31.12.2008) auf die neuen Bedingungen einzustellen, soweit sie nicht ohnehin schon vertragliche Beziehungen zu den Krankenkassen unterhalten. Treten nach dem 31.03.2007 neue Leistungserbringer hinzu, können diese Hilfsmittelversorgungen nur aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung durchführen.

Aber auch die landwirtschaftlichen Krankenkassen sind gefordert, die Übergangszeit für die Schaffung vertraglicher Vereinbarungen auf der Grundlage der neuen Rechtssystematik zu nutzen.

lichkeitsgrundsätzen gerecht. Auch bei Vergabe einzelner Versorgungsbe-
reiche (Aufspaltung der Patientenversorgung in einzelne Lose) ergeben sich
Abstimmungsprobleme. Ferner sind die sich daraus ableitenden Versorgungs-
strukturen (mehrere Leistungserbringer versorgen eine/n Patienten/in) kostenin-
tensiver, als die gewollte umfassende Betreuung „aus einer Hand“.

25 Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur
Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) im Hilfs-
mittelbereich 27.03.2007, S. 15.

**Systematik des § 127 SGB V (neu):
Sicherstellung der Versorgungsberechtigung**

Wegfall des Zulassungsverfahrens auf Landesebene zum 31.12.2008

<p>Regel: Ausschreibung gem. § 127 Abs. 1 Satz 1 SGB V Ausschreibung n. Vergaberecht. Bei Erfolg: Vertragsabschluss. Preisobergrenze: Festbetrag. Exklusive Versorgung des Versicherten.</p>	<p>Ausnahme: Vertrag gem. § 127 Abs. 2 SGB V, soweit Ausschreibung nicht zweckmäßig (z.B. individuell angefertigten Hilfsmitteln, Versorgung mit hohem Diensteanteil). Notwendiger Inhalt: Qualität, Wiedereinsatz, Service, Fortbildung, Preise, Abrechnung, Zwing. Bekanntgabe der Vertragsabsicht Preisobergrenze: Festbetrag keine exklusive Versorgung des Versicherten</p>
--	--

Auffang-/Einzelfallregelung nach § 127 Abs. 3 SGB V: Soweit Vertrag nach § 127 Abs. 1 oder 2 SGB V nicht vorliegt oder Versorgung unzumutbar ist (Kostenvoranschlagsverfahren, Preisobergrenze: Festbetrag.).

Bei bestehenden Verträgen gilt das Prinzip der Vertragskontinuität. Die nach bisheriger Rechtslage geschlossenen Verträge gelten nach dem 01.04.2007 unverändert weiter. Dies gilt auch, wenn mit anderen Leistungserbringern als bereits existierenden Vertragspartnern neue Verträge nach § 127 Abs. 1 oder 2 SGB V n. F. für vergleichbare Leistungen geschlossen werden und die Altverträge nicht vertragsgerecht gekündigt worden sind. Ein Sonderkündigungsrecht aus dem GKV-WSG ergibt sich nicht.²⁶ Die Parteien können die bestehenden Verträge nur in beiderseitigem Einvernehmen ändern. Die Vorgaben des § 127 SGB V n. F. sind dabei zu beachten. Sofern sich ein Leistungserbringer trotz geltenden Altvertrages an einer Ausschreibung beteiligt und den Zuschlag erhält, ersetzt der neue Vertrag den Altvertrag automatisch.²⁷

²⁶ Grienberger, KrV 2007, 118, 118/119.

²⁷ Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich 27.03.2007, S. 16.

Versorgungsberechtigung nach dem GKV-WSG bis zum 31.12.2008
(Übergangszeitraum):

- Altverträge, Preis nach bestehenden Vertragskonditionen.
- Weiterbestand der Zulassungen (Leistungserbringer, die am 31.03.2007 zugelassen waren), aber Beschränkung auf niedrigsten Vertragspreis.
- Bei Ausschreibung: Exkl. Versorgung durch diesen Vertragspartner. Einschränkung Wahlfreiheit des Versicherten (Ausnahme: Berechtigtes Interesse = Mehrkostenprinzip).

Allerdings ist es nicht ausgeschlossen, dass Art. 3 Abs. 1, Art. 12 Abs. 1 GG demjenigen Leistungserbringer, der über keinem Vertrag nach alter Rechtslage (Abschluss vor dem 01.04.2007) und keine Zulassung verfügt, ein Beitritt zu diesem Vertrag zu ermöglichen. Ob diese Vertragserweiterungsabsicht gemäß § 127 Abs. 2 Satz 3 SGB V öffentlich gemacht werden muss, ist nach dem Gesetz nicht ganz klar.

Ohne ein Beitrittsrecht wären diese Leistungserbringer gänzlich von der Versorgung ausgeschlossen. Eine Lieferung des Hilfsmittels ist dann aber nur zu denselben vertraglichen Konditionen möglich. Die Mengenkalkulation der bisherigen Vertragspartner dürfte hierdurch allerdings beeinträchtigt werden. Welche Rechtsauffassung sich hier durchsetzen wird, bleibt abzuwarten. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass die meisten Krankenkassen ihre Altverträge (ordentlich) aufkündigen werden, um die Hilfsmittelversorgung zur Erzielung noch besserer Preise auszuschreiben.

Sofern ein Festbetrag gilt, können Verträge maximal in Höhe des Festbetrages vereinbart werden. Liegt der jeweilige Vertragspreis unter dem Festbetrag, ergibt sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers in diesen Fällen nicht aus dem Festbetrag, sondern ist entsprechend § 33 Abs. 7 SGB V n. F. auf den Vertragspreis begrenzt. Die übergangsweise nach § 126 Abs. 2 SGB V n. F. versorgungsberechtigten Leistungserbringer werden auf den niedrigsten Vertragspreis, den die einzelne Krankenkasse für eine vergleichbare Leistung mit einem anderen Leistungserbringer vereinbart hat, verwiesen.

2. Vertragsabschluss im Wege des Ausschreibung

Für die Hilfsmittelbeschaffung ist eine grundsätzliche Ausschreibungspflicht in § 127 Abs. 1 S. 1 SGB V gesetzlich normiert. Durch diese sollen nach Ansicht des Gesetzgebers Einsparungen bei den Leistungsausgaben in relevanter Größenordnung erreicht werden. Angesichts von Rechtsunsicherheiten und offenen Fragen wurden Ausschreibungen in der Vergangenheit weitgehend vereitelt oder nach individuellen Regeln durchgeführt. Auch die Individualität

der Versorgung wurde nicht selten als Grund vorgeschoben, auf eine Ausschreibung zu verzichten.²⁸

Nach dem GKV-WSG sollen die Krankenkassen ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften, soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, im Wege der Ausschreibungen Verträge mit Leistungserbringern über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen (vgl. § 127 Abs. 1 Satz 1 SGB V).²⁹ Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen. Die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten (vgl. § 127 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V). Die Krankenkassen haben ferner für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Nur soweit Ausschreibungen nicht zweckmäßig sind, können Rahmen- oder Einzelverträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln abgeschlossen werden.

Künftig erfolgt die Versorgung der Versicherten nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen. Für nach bisherigem Recht zugelassene Leistungserbringer gelten angemessene Übergangsfristen. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind.³⁰

Aus dem Gesetzeswortlaut des § 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V n. F. ergibt sich, dass das Ausschreibungsinstrument vorrangig einzusetzen ist. Gemäß der Gesetzesbegründung sind bei den Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich die jeweils gültigen Vorschriften des Vergaberechts anzuwenden.

Insoweit ist auf einen aktuellen Beschluss des Bundeskartellamts vom 09.05.2007 hinzuweisen. Die 1. Vergabekammer des Bundeskartellamts hat mit Beschluss vom 9. Mai 2007 entschieden, dass die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) öffentliche Auftraggeber sind. Sie müssen bei der Beschaffung von Bau-, Liefer- und Dienstleistungen das Kartellvergaberecht und die Vergabungsordnungen für Bauleistungen (VOB/A), Leistungen (VOL/A) und freiberufliche Leistungen (VOF) beachten, wenn der Auftragswert die gesetzlich

28 Grienberger, KrV 2006, 249, 250.

29 Vgl. Änderungsantrag 27 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz), BT-Drs. 16/3100.

30 Glossar zur Gesundheitsreform 2007 des BMG (Stand 08.03.2007), S. 44, 45.

festgelegten Schwellenwerte überschreitet. Diese Entscheidung unterwirft die GKV-Kassen dem geltenden Kartellvergaberecht. Allerdings kann nicht die Rede davon sein, dass dieses mittlerweile höchstrichterlich entschieden ist. Vielmehr ist nach wie vor streitig, ob die Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber einzuordnen sind.

Kernvoraussetzungen für die Anwendung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) sind drei Faktoren:

- ein öffentlicher Auftraggeber gem. § 98 GWB,
- ein öffentlicher Auftrag gem. § 99 GWB und
- das Erreichen des Schwellenwertes gem. § 100 Abs. 1 GWB.

Bei Liefer- und Dienstleistungen liegt der Schwellenwert für die notwendige Ausschreibung bei 206.000 Euro. Dadurch müssen Aufträge öffentlich ausgeschrieben werden, bevor einem Anbieter der Zuschlag erteilt wird. Es muss der Anbieter zum Zuge kommen, der das wirtschaftlichste Angebot abgegeben hat. Unternehmen, die nicht berücksichtigt wurden, können die Auftragsvergabe durch die zuständige Vergabekammer – und anschließend durch das zuständige Oberlandesgericht - überprüfen lassen. Aber auch wenn Zweifel an der Rechtmäßigkeit bzw. Korrektheit eines laufenden Vergabeverfahrens bestehen, können die Bieter nach vorheriger Rüge gegenüber der ausschreibenden Krankenkasse einen Nachprüfungsantrag bei der Vergabekammer stellen. Das laufende Vergabeverfahren wird dadurch zum Stillstand gebracht. Die betroffene Krankenkasse hat dann gegenüber der Vergabekammer Stellung zu den Vorwürfen zu nehmen. Stellt die Vergabekammer Vergabeverstöße fest, wird die Ausschreibung aufgehoben. Der Beschluss der Vergabekammer ist für alle Parteien verbindlich. Beschwerde kann beim Oberlandesgericht eingelegt werden.

Für die Einordnung als öffentlicher Auftraggeber durch das Bundeskartellamt im o.g. Beschluss war insbesondere maßgeblich, dass die GKV-Kassen aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Unter der Finanzierung aus öffentlichen Mitteln seien nicht nur direkte Zuwendungen des Staates zu verstehen, es reiche bereits aus, wenn die Zahlungen kraft Gesetzes über Beitragszahlungen der Bürger und der Arbeitgeber garantiert würden. Dem entschiedenen Fall lag ein Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit wiederverwendbaren Hilfsmitteln, wie u. a. Gehhilfen und Rollstühlen, zugrunde. Der Vertrag sollte zwischen einer GKV-Kasse und Sanitätshäusern, abgeschlossen werden. Bei der Beschaffungsmaßnahme wurde das Vergaberecht nicht beachtet.

Ausdrücklich anzumerken ist insoweit, dass sich dieser Beschluss alleinig auf die Hilfsmittelbeschaffung (§§ 126-128 SGB V) bezieht, deren Rechtsgrundlage anders ausgestaltet ist als die für die Arzneimittelversorgung (§ 129 ff.

SGB V) und die insoweit bestehenden Möglichkeiten, Rabattverträge abzuschließen (§ 130a Abs. 8 SGB V). Für die Hilfsmittelbeschaffung ist eine grundsätzliche Ausschreibungspflicht in § 127 Abs. 2 S. 2 SGB V gesetzlich normiert, was bei Rabattverträgen aber gerade nicht der Fall ist. Insoweit wurde im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-WSG die zunächst einmal vorgesehene Normierung einer Ausschreibungspflicht für Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V (Referentenentwurf) bewusst wieder gestrichen und nicht Gesetz. Darüber hinaus war Gegenstand des o.g. Bundeskartellamts-Beschlusses der Beschaffungsvorgang in seiner Gesamtheit und nicht - wie dies bei Rabattverträgen gemäß § 130a Abs. 8 SGB V der Fall ist - lediglich die Gewährung eines Rabattes auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers, was allenfalls als ein Teil eines Beschaffungsvorgangs gesehen werden könnte.³¹

Die Krankenkassen haben insbesondere bei ausgeschriebenen Verträgen für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Dabei ist darauf zu achten, dass der Wettbewerb als solcher nicht auf Leistungsanbieter in bestimmten Bezirken aufgrund lokaler Präferenzen beschränkt werden darf. Um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, kann im Rahmen der vorgesehenen Vergabeverfahren die Bildung entsprechender Gebiets- und Teillose angezeigt sein. Ferner können auch Zusammenschlüsse von Leistungserbringern (Bietergemeinschaften) zur Teilnahme an einer Ausschreibung zugelassen werden. Eine Wohnortnähe wird unterstellt, wenn der Versicherte z. B. mit einem Pkw oder öffentlichen Verkehrsmittel innerhalb einer angemessenen Zeit den Leistungserbringer erreichen kann oder der Leistungserbringer vertraglich die Versorgung der Region vereinbart hat und den Versicherten nach Terminvereinbarung zu Hause aufsucht bzw. frei Haus beliefert. Die Wohnortnähe hängt insbesondere von der Art des Hilfsmittels ab. Bei Produkten, die keinen Anpassungs- und Beratungsbedarf erfordern, ist eine Wohnortnähe des Leistungserbringers zum Versicherten auch dann gegeben, wenn eine zeitnahe Anlieferung bzw. Zusendung des Hilfsmittels gewährleistet ist. Dazu gehören insbesondere Verbrauchsmaterialien, die nachgeliefert werden.

31 Der Abschluss von Rabattverträgen hat nicht einen Beschaffungsvorgang zum Gegenstand, der unter die Vorschriften des Vergaberechts fällt: Bei den Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V erfolgt allein die Vereinbarung eines prozentualen Preisabschlages auf die Abgabepreise des pharmazeutischen Unternehmers. Der Rabatt regelt damit lediglich ein Preiselement. Rabatte sind aber keine Lieferung, über die öffentliche Aufträge abgeschlossen werden: Gegenstand der Beschaffung sind die Arzneimittel selbst und nicht lediglich die Vereinbarung eines Preiselements.

Von einer Ausschreibung kann indessen abgesehen werden, sofern sie nicht zweckmäßig ist. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen gemäß § 127 Abs. 1 Satz 4 SGB V n. F. in der Regel nicht zweckmäßig. Kommt die Kasse aus gutem Grund zu einer anderen Einschätzung, können sie dennoch durchgeführt werden. Wie sich dieser Dienstleistungsanteil konkret definieren lässt, wird durch den Gesetzgeber nicht beantwortet. Eine Klarstellung wird wohl künftig durch die Gerichte erfolgen. Weitere Ausnahmefälle für den Verzicht auf eine Ausschreibung können vorliegen, wenn es in strukturschwachen Regionen nur einen einzigen geeigneten Leistungserbringer gibt, der für den betreffenden Bereich liefern kann. Eine weitere Ausnahme kann darin begründet sein, dass wegen eines besonders geringen Bedarfs der Aufwand des Ausschreibungsverfahrens in einem offensichtlichen Missverhältnis zu dem möglichen Ergebnis steht.³²

Ab Erreichen des Schwellenwertes von derzeit 206.000 Euro spielen Erwägungen, ob eine Ausschreibung zweckmäßig ist, keine Rolle mehr. Dies gilt zumindest insoweit, als das europäische Vergaberecht den Regelungsgehalt des § 127 Abs. 2 SGB V als nachrangige Norm verdrängt. Man spricht hier vom „Vorrang des Europarechtes“.

Allerdings ist diese rechtliche Auslegung (Vorrang des Europarechts) nach wie vor umstritten und höchstrichterlich nicht geklärt: Das Kartellvergaberecht setzt einen öffentlichen Auftraggeber gemäß § 98 GWB und die Vergabe eines öffentlichen Auftrag gemäß § 99 GWB voraus. Es ist insoweit nicht abschließend geklärt, ob die gesetzlichen Krankenkassen Auftraggeber im Sinne des Vergaberechtes sind, und ob Hilfsmittelverträge als vergaberechtliche öffentliche Aufträge einzuordnen sind. Die neuere Rechtsprechung des EuGH (Urt. zu Rundfunkanstalten v. 13.12.2007, Az.: C-337/06) spricht jedoch dafür, dass dieser die Anwendbarkeit des Vergaberechtes bejahen und die insoweit dort anhängige Rechtsfrage dementsprechend entscheidend wird. Auch die Aufsichtsbehörden gehen davon aus, dass das Kartellvergaberecht ab Erreichen des Schwellenwertes den § 127 SGB V insoweit sperrt (vgl. Schreiben v. 02.11.2007, per Email vom 7.11.2007 an die LKKen übersandt). Es ist derzeit durchaus auch zulässig, diese Rechtsauffassung nicht zu teilen, da diese, wie bereits ausgeführt, nicht höchstrichterlich bestätigt ist, und von einer Anwendbarkeit des § 127 Abs. 2 SGB V auszugehen. Dann können Ausschreibungen nach § 127 Abs. 1 SGB V unterbleiben, soweit sie nicht zweckmäßig sind.

32 Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich 27.03.2007, S. 16.

Fakt ist aber, dass selbst wenn man sich der Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörden in einem vorauseilenden Gehorsam anschließt, also nach Kartellvergaberecht unter Missachtung der Kriterien des § 126 f. SGB V ausschreiben möchte, man sich momentan in einem Dilemma der sich widersprechenden Rechtsordnungen (SGB V und GWB) befindet: Bis zum 31.12.2008 sind die über eine Zulassung verfügenden Hilfsmittelbringer weiterhin zur Leistung berechtigt (§ 126 Abs. 2 SGB V). Das heißt, es könnte einem Ausschreibungsgewinner momentan nur schwer die alleinige Versorgung zugesprochen werden, wie dies eigentlich das GWB und auch § 33 Abs. 6 Satz 2 SGB V vorsehen. Hieraus folgt, dass entweder keine korrekten Ausschreibungen möglich sind, weil die Kassen die Lieferanten mit einer Zulassung bis zum 31.12.2008 nicht von der Belieferung ausschließen dürfen, oder diese Übergangsfrist ist aber durch

§ 33 SGB V außer Kraft gesetzt und faktisch bedeutungslos, weil jede Krankenkasse ihre Versicherten dem Ausschreibungsgewinner zuweisen wird. Hinzukommt, dass nach § 8 Nr. 1 Abs. 1 VOL/A die Leistung eindeutig und erschöpfend zu beschreiben ist. Eine Festlegung der Ausschreibungskriterien, insbesondere der zu vergebenden Volumen, ist daher kaum möglich. Zwar kann das Kartellvergaberecht insofern abschließend die Vergabe der Aufträge im Wege der öffentlichen Ausschreibung regeln (Vorrang des Europarechts), allerdings obliegt es dem SGB V abschließend zu definieren, wer leistungsberechtigt im Sinne des SGB V ist. Insoweit spricht einiges dafür, dass § 126 Abs. 2 SGB V von dem bereits erwähnten „Vorrang des Europarechts“ nicht erfasst wird. Aus den vorstehend genannten Gründen ist eine formellrechtlich korrekte Ausschreibung nach dem GWB nur schwer möglich.

Hinzukommt, dass die Vorbereitung einer Ausschreibung wegen der erforderlichen Wirtschaftlichkeitsanalysen und Datenauswertungen einen gewissen Vorlauf benötigt. Es kann einem öffentlichen Auftraggeber nicht zugemutet werden, ins „Blaue hinein“ auszuschreiben und dann mit zahlreichen gerichtlichen Verfahren belastet zu werden. Auch das Vergaberecht sieht vor, dass bei einem drohenden vertraglosen Zustand in Fällen der Daseinsvorsorge, ohne formalistisches Verfahren, Verträge direkt mit den Anbietern abschließen kann (vgl. § 3a Nr. 4 f VOL/A bzw. § 3a Nr. 2d VOL/A). Wird ein Vertrag nicht ausgeschrieben, wird er nach § 127 Abs. 2 SGB V n. F. in der Regel durch Verhandlung geschlossen. Die Vertragsabsicht ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen. Die Auswahl des Veröffentlichungsmediums steht der Krankenkasse frei.³³ Sind weder Verträge nach § 127 Abs. 1 noch nach Abs. 2

33 Bei der Auswahl von Publikationsmedien - wie z. B. Fachzeitschriften - ist darauf zu achten, dass damit die als Vertragspartner geeigneten Leistungserbringer umfassend erreicht werden. Erfolgt die Veröffentlichung ausschließlich

SGB V n. F. möglich, erfolgt die Versorgung auf Basis einer Vereinbarung im Einzelfall gemäß § 127 Abs. 3 SGB V n. F. Diese Versorgungsgrundlage stellt die Ausnahme dar.³⁴

V. Festbeträge

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen Festbetragsgruppen, wobei hinsichtlich der Zusammenfassung funktional gleichartiger Produkte ein Bezug zum Hilfsmittelverzeichnis hergestellt wird (vgl. § 36 SGB V). Außerdem können auch Einzelheiten der Versorgungen im Festbetragsgruppensystem geregelt werden.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde die Aufgabe für die in den Festbetragsgruppen aufgeführten Hilfsmittel Festbeträge festzusetzen, auf die Spitzenverbände der Krankenkassen übertragen. Die bundeseinheitliche Festsetzung von Festbeträgen hat zu einer strukturellen wie veraltungstechnischen Vereinfachung, aber auch zur gleichberechtigten Behandlung der Versicherten in verschiedenen Versorgungsregionen geführt. Problematisch war allerdings die Beschaffung von entsprechenden Daten (Herstellerabgabepreise, Abgabefrequenzen etc.) für eine sachgerechte Festsetzung der Festbeträge. Mit dem GKV-WSG sind nun in § 36 Abs. 2 Satz 3 SGB V entsprechende Mitwirkungspflichten für Hersteller und Leistungserbringer festgelegt worden.

in Lokalzeitungen, ist zu bedenken, dass lediglich ortsansässige Leistungsanbieter angesprochen werden. Dies kann geeignet sein, wenn es um ortsnahe Versorgungen geht oder das Versorgungsgebiet der Krankenkasse räumlich eng begrenzt ist. Die Bekanntmachung kann ergänzend auch auf der kasseneigenen Homepage im Internet erfolgen.

34 Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich 27.03.2007, S. 17.

Echter Preiswettbewerb kann bei festbetragsgebundenen Hilfsmitteln erst dann entstehen, wenn Anreize für Vertragsabschlüsse unterhalb der Festbeträge und eine ausreichende Rechtssicherheit für solche Preisvereinbarungen geschaffen werden. Dies ist dann der Fall, wenn ausschließlich die Vertragspartner für bestimmte Abgabemengen Auftragsgarantien erhalten.³⁵

Verfasser:

Albert Willke

Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstraße 70 - 72

34131 Kassel

35 Vgl. hierzu Grienberger, KrV 2006, 249, 250.

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz

Memorandum zum Arbeitsschutz in der Landwirtschaft 2007

Bonn, 06. November 2007

Dieses Memorandum enthält die wichtigsten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz am 6. November 2007 durchgeführten Fachgesprächs „Arbeitsschutz in der Landwirtschaft und im Gartenbau“. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Verbänden, Unternehmen, Verwaltung und Wissenschaft haben das Auftreten von Muskel- und Skeletterkrankungen im Zusammenhang mit dem Tragen von Lasten, Vibrationen, ungünstiger Körperhaltung und weiteren Ursachen bei den in der Landwirtschaft und im Gartenbau Beschäftigten ausführlich dargestellt und über Abhilfemaßnahmen diskutiert. Das Memorandum soll in allen betroffenen Bereichen Impulsesetzen, aktiv zur Vermeidung bzw. Verminderung von Muskel- und Skeletterkrankungen in der Landwirtschaft und im Gartenbau beizutragen.

Muskel- und Skeletterkrankungen (MSE) spielen bei den Erkrankungen von Arbeitnehmern und Unternehmern in der Landwirtschaft und im Gartenbau eine bedeutende Rolle. Mehr als die Hälfte der stationären Heilbehandlungen wird durch orthopädische Leiden verursacht, die für die Betroffenen oft sehr belastend sind. Rund 44 % aller 2006 neu bewilligten Erwerbsminderungsrentender landwirtschaftlichen Alterskassen sind auf MSE zurückzuführen. Hierdurch entstehen jährlich Kosten durch Renten neuzugänge von zuletzt rd. 6,1 Mio. . Es müssen verstärkte Anstrengungen unternommen werden, um diesen Betrag zu senken.

Tätigkeiten in der Landwirtschaft und im Gartenbau sind immer mit körperlichen Belastungen verbunden. Das vielfältige Tätigkeitsspektrum erschwert es, direkte Zusammenhänge zwischen den Erkrankungen und den konkreten berufsbedingten Belastungen herzustellen. Häufig ist die Summe der körperlichen Schwerarbeit Ursache für schwerwiegende Erkrankungen. Trotzdem ist es unerlässlich, die Belastungen im Berufsalltag zu identifizieren und die Ansatzpunkte für die Minderung der Belastungen und deren Auswirkungen zu erarbeiten.

Als Ursachenkomplexe stehen im Vordergrund: Heben und Tragen von schweren Lasten, Vibrationen und Fehlhaltungen. Folgende präventive Möglichkeiten zur Verringerung der Ursachen sind vorhanden und sollten genutzt werden:

1. Technische Arbeitsmittel müssen so konzipiert sein, dass ein belastungsarmes und ergonomisch günstiges Arbeiten möglich ist.

Generell sind landwirtschaftliche Arbeiten so zu organisieren, dass körperliche Belastungen so gering wie möglich gehalten werden. Z. B. sind beim Tragen von Lasten die einschlägigen Bestimmungen der Lastenhandhabungsverordnung zu beachten. Hiernach sind bei nicht zu vermeidenden schweren körperlichen Arbeiten mindestens folgende Maßnahmen des Arbeitsschutzes unerlässlich:

- Unterweisung und Unterrichtung von Beschäftigten (Versicherten) auf Basis gesicherter Regeln und Handlungshilfen, z. B. der Vorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz (VSG),
- Einhaltung von erforderlichen Pausenregimen,
- Schaffung günstiger ergonomischer Ausgangsbedingungen wie ausreichend Platz, rutschfeste Böden, ausreichende Beleuchtung, günstige Greifbedingungen,
- wo immer möglich und nötig, sind technische Einrichtungen zu nutzen, z. B. Hebehilfen, um schwere Tätigkeiten zu erleichtern.

2. Bei der Versorgung der Landwirtschaft mit abgepackten Produktionsmitteln/Betriebsmitteln (Saatgut, Düngemittel, Pflanzenschutzmittel, Tiernahrung, Reinigungs- und Desinfektionsmittel, Schmierstoffe, Baumaterialien) gibt es heute einen deutlichen Trend der Lose-Ware-Lieferung, der weiter ausgebaut werden sollte. Einige Waren werden heute noch in Gebinden zwischen 30 und 100 kg angeboten. Die Bemühungen der Hersteller, der Abpackunternehmen und der Handelsstufe, noch vorhandene 50 kg-Gebinde durch kleinere zu ersetzen, werden fortgesetzt. Es sollten Gebinde angeboten werden, deren Gewicht 25 kg nicht übersteigt.

3. Im Bereich des Schutzes vor Vibrationen, insbesondere beim Fahren mit landwirtschaftlichen Maschinen und Fahrzeugen und beim Bedienen von Maschinen sind bereits bedeutende Fortschritte, z. B. bei der Konstruktion von Fahrersitzen in Ackerschleppern, erzielt worden. Es besteht jedoch insbesondere bei der Reduzierung von Hand-Arm-Vibrationen weiterer Handlungsbedarf. Die Verordnung zur Umsetzung der EG-Richtlinien 2002/44/EG und 2003/10/EG zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch Lärm und Vibrationen (LärmvibrationsArbSchV) enthält die notwendigen Bestimmungen zum Schutz der Arbeitnehmer vor Vibration am Arbeitsplatz. Die einschlägigen Bestimmungen der Verordnung für den Umgang mit Maschinen und Geräten sind auch von den landwirtschaftlichen Unternehmerinnen und Unternehmern zu beachten. Mittelfristiges Ziel sollte es sein, alle Produkte so vibrationsarm

zu gestalten, dass sie ohne Einschränkung der arbeitstäglichen Einsatzdauer eingesetzt werden können.

4. Der Anteil an Arbeiten mit lang anhaltend ungünstigen Körperhaltungen, insbesondere Erntearbeiten im Obst- und Gemüseanbau, konnten aufgrund der in den vergangenen Jahrzehnten fortgeschrittenen Mechanisierung, insbesondere durch moderne Erntetechnik, bereits deutlich verringert werden. Für die Vermeidung der ungünstigen Körperhaltung bei landwirtschaftlichen oder gärtnerischen Arbeiten bestehen generell folgende Möglichkeiten:

- Weitere Entwicklung arbeitssparender und –entlastender Techniken,
- die Bereitschaft der Unternehmer zu erhöhen, in solche Techniken zu investieren.
- Vermeidung von Fehlhaltungen bei der Arbeitsplanung
- Unterrichtung und Unterweisung.

Weitere Forschungsarbeiten sind unbedingt erforderlich, um die mit körperlicher Arbeit verbundenen Risiken zu ermitteln und Lösungswege aufzuzeigen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Fachgesprächs sind sich darin einig, dass die Prävention von MSE als Beitrag zur Vermeidung persönlicher Leiden und zur Senkung der Kosten im landwirtschaftlichen Sozialsystem und damit auch der Beitragsbelastung der Unternehmer eine vielschichtige Aufgabe ist, der sich alle Beteiligten verstärkt stellen müssen. Von besonderer Bedeutung dabei ist, zu erreichen, dass das Präventionsbewusstsein bei den in der Land- und Forstwirtschaft Tätigen nachhaltig gesteigert wird. Dies sollte zu gegebener Zeit überprüft werden.

Das „Memorandum zum Arbeitsschutz in der Landwirtschaft 2007“ ist ein Beitrag zur Europäischen Arbeitsschutzwoche zu Muskel- und Skeletterkrankungen „Pack's leichter an“ vom 22. - 26. Oktober 2007

Auslandszahlungen							
2007	Empfängerland	AdL		LAR		insgesamt	
Schl.		Anzahl Fälle	Betrag in EUR	Anzahl Fälle	Betrag in EUR	Anzahl Fälle	Betrag in EUR
148	Niederlande	630	151.002,29	36	4.995,06	666	155.997,35
348	Kanada	579	224.588,70	–	–	579	224.588,70
151	Österreich	465	133.549,34	12	424,95	477	133.974,29
161	Spanien	288	101.456,09	–	–	288	101.456,09
158	Schweiz	158	43.237,17	–	–	158	43.237,17
129	Frankreich	110	40.865,17	–	–	110	40.865,17
152	Polen	87	26.396,77	–	–	87	26.396,77
368	Vereinigte Staaten von Amerika	84	26.237,49	–	–	84	26.237,49
523	Australien	63	22.689,81	–	–	63	22.689,81
135	Irland	58	22.361,30	–	–	58	22.361,30
168	Vereinigtes Königreich	57	21.555,17	–	–	57	21.555,17
124	Belgien	48	19.675,07	–	–	48	19.675,07
126	Dänemark und Färöer	48	18.855,12	–	–	48	18.855,12
462	Philippinen	39	8.288,04	–	–	39	8.288,04
441	Israel	36	12.536,52	–	–	36	12.536,52
143	Luxemburg	24	6.155,52	–	–	24	6.155,52
263	Südafrika	24	9.395,82	–	–	24	9.395,82
476	Thailand	22	6.545,17	–	–	22	6.545,17
137	Italien	19	6.721,35	–	–	19	6.721,35
131	Slowenien	13	3.892,70	–	–	13	3.892,70

**Statistischer Nachweis
über die Rentenzahlungen ins Ausland für 2007**

Auslandszahlungen							
2007		AdL		LAR		insgesamt	
Schl.	Empfängerland	Anzahl Fälle	Betrag in EUR	Anzahl Fälle	Betrag in EUR	Anzahl Fälle	Betrag in EUR
123	Andorra	12	3.276,24	–	–	12	3.276,24
127	Estland	12	3.985,74	–	–	12	3.985,74
128	Finnland	12	7.344,66	–	–	12	7.344,66
130	Kroatien	12	3.099,12	–	–	12	3.099,12
141	Liechtenstein	12	5.755,02	–	–	12	5.755,02
147	Monaco	12	3.317,52	–	–	12	3.317,52
153	Portugal	12	4.909,92	–	–	12	4.909,92
157	Schweden	12	3.317,64	–	–	12	3.317,64
164	Tschechische Republik	12	813,54	–	–	12	813,54
267	Namibia	12	4.213,38	–	–	12	4.213,38
326	Bolivien	12	5.034,79	–	–	12	5.034,79
332	Chile	12	3.841,26	–	–	12	3.841,26
163	Türkei	11	6.531,60	–	–	11	6.531,60
451	Libanon	11	4.264,13	–	–	11	4.264,13
327	Brasilien	9	4.970,17	–	–	9	4.970,17
365	Uruguay	9	3.822,60	–	–	9	3.822,60
353	Mexiko	3	826,95	–	–	3	826,95
Summe		3.039	975.654,14	48	5.420,01	3.087	981.074,15