



Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

Rabattverträge



Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

4/2009

Rabattverträge

Inhalt 4/2009

FACHBEITRÄGE

Dr. Marion Wille Die vertragsärztliche Vergütung nach dem SGB V – Umsetzungsstand nach dem GKV-WSG	383
Dr. Erich Koch Zum Stand der Umsetzung des LSVMG im Bereich der Selektivverträge	409
Marco Beyer Geänderte Rahmenbedingungen zur Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize	421

PERSÖNLICHES

Hauptgeschäftsführer der Bundesverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung a.D., Dr. Kurt-Wilhelm Noell, verstorben	447
Ehrenzeichen LSV	450

BÜCHER

Meike Schils, Das betriebliche Eingliederungsmanagement im Sinne des § 84 Abs. 2 SGB IX,	451
Roman Ringwald: Daseinsvorsorge als Rechtsbegriff – Forsthoff, Grundgesetz und Grundversorgung,	453

Dr. Marion Wille

Die vertragsärztliche Vergütung nach dem SGB V - Umsetzungsstand nach dem GKV-WSG

Die ärztliche Vergütung ist eine der ewigen Baustellen des Gesetzgebers im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier scheint sich eine Reform nahtlos an die andere anzuschließen, was dazu geführt hat, dass die Regelungsmaterie der §§ 82 ff. SGB V kaum noch durchdringbar ist. Insbesondere das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) hat die ärztliche Vergütung auf eine neue Grundlage gestellt und soll dementsprechend im Mittelpunkt dieses Aufsatzes stehen. Kernpunkte dieser Reform sind die regionale Euro-Gebührenordnung mit festen Euro-Preisen, morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen sowie arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina. Hierdurch wird das bisherige, durch Budgets und floatende Punktwerte geprägte Honorarsystem abgelöst und das Morbiditätsrisiko geht auf die KVen über. Die ersten Schritte zur Umsetzung der GKV-WSG-Reform sind bereits vollbracht: Während die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) bereits zum 1. Januar 2008 fristgerecht erfolgt ist, erwies sich die Beschlussfassung für die Neuordnung der ärztlichen Vergütung zum 1. Januar 2009 als ausgesprochen schwierig. Dasselbe gilt für das Jahr 2010, mittlerweile sind zahlreiche Nachjustierungen der Vergütungsreform erforderlich gewesen.

Bereits dieses Jahr begann für die niedergelassenen Ärzte mit einer historischen Steigerung des Vergütungsvolumens um mehr als 3,5 Mrd. Euro im Vergleich zu 2007. Das Gesamteinkommen der Ärzte ist in der Folge um 20.000 Euro auf durchschnittlich 162.000 Euro gestiegen. 2010 werden die Ärzte insgesamt ihr Honorar noch einmal steigern können. Bereits 2008 hat die GKV insgesamt rund 24 Mrd. Euro - 475 Euro je Mitglied - für die ärztliche Versorgung ausgegeben.¹ Die schlichte Bereitstellung immer neuer Finanzmittel für die ambulante ärztliche Versorgung löst jedoch keinesfalls die grundlegenden Probleme, mit denen sich die ambulant ärztliche Versorgung konfrontiert sieht. Dies betrifft insbesondere:

1 Laut Statistischem Bundesamt betrug das durchschnittliche Einkommen eines Arztes aus der GKV im Jahr 2003 rund 85.000 Euro. Rechnet man Einkommen aus der privaten Krankenversicherung (PKV), IGEL-Leistungen etc. dazu, ergibt sich ein durchschnittliches Gesamteinkommen je Arzt von 126.000 Euro. Diese Zahlen sollen vorweg genannt werden, um die ärztliche Vergütung auch der Höhe nach ein wenig greifbarer zu machen.

– **Die Kriterien für die Weiterentwicklung der ärztlichen Vergütung**

Die Nachbesserung der Honorarreform ist geboten, um in Zukunft eine nicht gerechtfertigte mehrfache Dynamisierung der ärztlichen Vergütung auszuschließen.

– **Die Messung der Morbiditätsveränderung**

Für die Messung der Morbiditätsveränderung mit Hilfe eines Klassifikationsverfahrens liegen bisher keine Erfahrungen vor. Daher muss die Validierung der Berechnungsergebnisse verpflichtend geregelt werden, um die Beitragszahler vor ungerechtfertigten Honorarzahllungen zu schützen.

– **Die Transparenz des Leistungsgeschehens bei pauschalierter Vergütung**

Mit der Einführung von Pauschalen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab geht die Transparenz des Leistungsgeschehens verloren. Deshalb ist sicherzustellen, dass die im Rahmen der Pauschalen erbrachten so genannten Teilleistungen weiterhin dokumentiert werden.²

Der vorliegende Aufsatz möchte nicht nur einen Überblick über die Entwicklung der ärztlichen Vergütung in den letzten Jahren geben, sondern auch den Umsetzungsstand der aktuellen Vergütungsreform mit dem GKV-WSG widerspiegeln. Abschließend wird ein Kurzüberblick über den Inhalt der einzelnen Paragraphen der §§ 82 ff. SGB V gewährt, um so die Systematik dieser Regelungen darzustellen.

A. Die ärztliche Vergütung im Fokus der letzten Reformen

I. Einleitung

In jeder der rund 172.000 kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Praxen kommt Tag für Tag ein komplexes System von Leistungen zum Einsatz, die

² Vgl. Positionspapier für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem des SpKK, 2009.

von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.³ Die gesetzlichen Krankenkassen (KVen) leisten ihrerseits jedoch keine direkten Zahlungen an den einzelnen Vertragsarzt, sondern eine sog. Gesamtvergütung an die KVen. Die Höhe dieser Gesamtvergütung wird zwischen der jeweiligen KV und dem jeweiligen Krankenkassenverband festgelegt.

Alle vertragsärztlichen Leistungen werden vorab mit der Gesamtvergütung der Kassen an die KVen abgegolten – Nachforderungen sind nicht möglich. Den KVen gehören alle Vertragsärzte einer Region als Mitglieder an. An diese gibt die KV über einen festgelegten Verteilungsschlüssel (vormals Honorarverteilungsvertrag: Nach dem GKV-WSG für vertragsärztliche Versorgung entfallen, vgl. § 87b SGB V) die Gesamtvergütung weiter. Das heißt, die Vertragsärzte erhalten von ihrer KV ein Honorar, das sich aus dem Topf der Gesamtvergütung der Kassen an die KVen speist. Grundlage des Arzthonorars sind Punkte, mit denen die ärztlichen Leistungen bewertet werden. Das Punktwertsystem ist im sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt, der auf Bundesebene zwischen der KBV und dem Spitzenverband der KVen vereinbart wird. Der als Bestandteil des Bundesmantelvertrages vereinbarte Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten 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 war. Der Bewertungsmaßstab ist „einheitlich“, weil er gleichermaßen für Primärkassen und Ersatzkassen anzuwenden ist. Er ist nach hausärztlichen Leistungen und fachärztlichen Leistungen gegliedert. Er hat Normcharakter.⁴

Insbesondere mit der Gesundheitsreform 2004 (GMG) versuchte sich der Gesetzgeber an einer Neuordnung der ärztlichen Vergütung, die aber weitestgehend scheiterte. Ziel war zum einen, die erbrachten Leistungen angemessen zu vergüten und für die Ärzte kalkulierbar zu machen. Zum anderen

3 Im Jahr 2007 gab es 137.538 ambulant tätige Ärzte, davon waren 127.132 niedergelassen. Die Gesamtanzahl der Arztpraxen betrug 92.213, davon waren 73.200 Einzelpraxen und 19.013 Gemeinschaftspraxen. Die durchschnittliche Arztdichte je 10.000 Einwohner betrug 38,3. Immer häufiger schließen sich Ärzte verschiedenster Fachrichtungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zusammen. Im 1. Quartal 2008 gab es bundesweit 1023 MVZ, während es 2005 erst 121 waren. Vgl. <https://www.gkv-spitzenverband.de/Aerzte.gkvnet> (Abruf 08.06.2009).

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

sollte das Morbiditätsrisiko – also das Risiko von Ausgabensteigerungen auf Grund erhöhter Krankheitshäufigkeit – stärkere Berücksichtigung finden. Deshalb wurde mit dem GKV-WSG die Erarbeitung des ärztlichen Vergütungssystems im Rahmen eines professionellen Verfahrens auf den Weg gebracht. Die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und KVen wird bei der Umsetzung der Vergütungsreform nun durch ein neutrales professionelles Institut unterstützt (vgl. 87 Abs. 3b SGB V).⁵ Ziel ist ein Vergütungssystem, das einfach und transparent gestaltet ist. Es soll den Ärzten mehr Kalkulationssicherheit ermöglichen, indem sie im Voraus wissen, wie hoch die Vergütung ihrer Leistungen ist.

II. Kopfpauschalen, EBM ohne festen Punktwert: Unzulänglichkeiten des Altsystems

Die gesetzlichen KVen zahlen an die KVen vereinbarte Geldbeträge, die Gesamtvergütungen, mit denen alle Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung abgedeckt sind.⁶ Die Gesamtvergütung stellt das Ausgabenvolumen der KVen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen dar; sie kann als Einzelleistungsbetrag, als Pauschale pro Krankenkassenmitglied, als Fallpauschale oder nach einem System, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt, berechnet werden (vgl. § 85 Abs. 2 S. 2 SGB V). Durch die Einbindung der psychologischen Psychotherapeuten in die GKV wurde das Honorar der psychotherapeutischen Leistungen Bestandteil der Gesamtvergütung.⁷

5 Im Rahmen der Vergütungsreform des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wurden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Spitzenverbände der gesetzlichen KVen (GKV) verpflichtet, bis zum 30.04.2007 ein Institut des Bewertungsausschusses (InBA) zu gründen. Das Institut soll den Bewertungsausschuss bei der Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung unterstützen. Bereits im Mai 2006 hatten die KBV und die Spitzenverbände der KVen ein solches Institut als Gesellschaft bürgerlichen Rechts gegründet. Das seinerzeit geschaffene Institut wurde nach Maßgabe der neuen gesetzlichen Anforderungen in das Institut des Bewertungsausschusses umgewandelt. Gesellschafter des InBA sind seit dem 1. Juli 2008 der GKV-Spitzenverband und die KBV.

6 Vgl. hierzu Wille/Koch, Gesundheitsreform 2007, S. 195 ff..

7 Die Gesamtvergütung wird auch in 2009 im Wesentlichen aus zwei Teilen bestehen: Einen Teil bezahlen die KVen als Einzelleistungen extrabudgetär. Dazu kommt der Anteil, der von der Höhe her begrenzt ist: die so genannte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

Bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 (BGBl. I S. 2266) führte der Gesetzgeber Budgets und mitgliederbezogene Kopfpauschalen ein. Die Kopfpauschale je Mitglied ist jedoch unsensibel gegenüber Veränderungen des Verhältnisses der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen zu den Mitgliedern. Daher löste der Gesetzgeber bereits mit dem GMG vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190) die undifferenzierten mitgliederbezogenen Kopfpauschalen ab und übertrug das finanzielle Risiko einer morbiditätsbedingten Leistungsausweitung auf die KVen. An dem für alle Vertragsärzte verbindlichen EBM ist für jede Untersuchung und Behandlung eine Kennziffer und eine Punktzahl verbindlich festgelegt. Zum Ende eines Abrechnungsquartals werden die von allen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten erbrachten und abgerechneten Leistungen zusammengezählt und ihre Gesamtpunktzahl von der KV berechnet.

Aus der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit resultiert der Anspruch des Arztes auf Teilnahme an der Honorarverteilung nach Maßgabe des Honorarverteilungsvertrages der KV. Das Gesamthonorar wurde in jedem Quartal durch die Gesamtpunktzahl geteilt. Das Ergebnis ergab den Punktwert. Da die Gesamtpunktzahl sich genau so wie die Höhe der Gesamtvergütung ständig verändert, unterlag der Punktwert von Quartal zu Quartal Schwankungen. Trotz der sich verschlechternden Morbiditätsstruktur der Versicherten und der Zunahme von kostenintensiven Behandlungsmethoden der modernen Medizin bewirkte der Grundsatz der Beitragsstabilität (vgl. § 71 SGB V), dass es zu keiner merklichen Einnahmesteigerung bei den KVen und somit zur keiner Erhöhung der an die KVen gezahlten Gesamtvergütung kommt. Letztendlich kam es wegen der sog. gedeckelten Gesamtvergütung zwischen den Ärzten untereinander zu Verteilungs-(un-)gerechtigkeiten. Der Punktwertverfall ergibt sich aus der Tatsache der *gedeckelten* Gesamtvergütung einerseits und einem ständig anwachsenden Punktzahlvolumen der Ärzte gegenüber der KV andererseits. Als Ausfluss der gedeckelten Gesamtvergütung sind Instrumente der Fallzahl-, Fallwertbegrenzungen und der Budgets für die einzelne Arztpraxis entwickelt worden.

III. Die gescheiterte Honorarreform nach dem GMG

Bereits mit dem GMG (BGBl. I S. 2190) versuchte der Gesetzgeber, das ärztliche Honorarsystem grundlegend zu überarbeiten.⁸ Eine wesentliche Neuerung des GMG war daher die Abschaffung der auf mitgliederbezogenen Kopfpauschalen basierenden Honorarbudgets und die Übertragung des finanziellen Risikos einer morbiditätsbedingten Mengenausweitung der abgerech-

8 Vgl. Wille/Koch, Gesundheitsreform 2007, S. 202.

neten ärztlichen Leistungen auf die KKen. So bestand seit dem 01.10.2004 die Notwendigkeit, die Honorarverteilung im Wege eines Vertrages zwischen der KV einerseits und den Landesverbänden der KKen sowie der Verbände der Ersatzkassen andererseits zu vereinbaren (vgl. § 85 Abs. 4 S. 2 SGB V a.F.). Bisher wurde der Honorarverteilungsmaßstab einseitig von den KVen – lediglich im Benehmen mit den Verbänden der KKen – beschlossen. Dadurch haben die KKen einen erheblichen Einfluss auf die Honorarverteilung erhalten. Zudem waren arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina - § 85 Abs. 4 S. 7 SGB V).⁹ Gemäß § 85 Abs. 4 S. 8 SGB V war danach die überschreitende Leistung mit Staffelpunktwerten zu vergüten (Punktwertabstaffelung). Die bisher zwischen den KVen und den KKen-Verbänden auf Landesebene auf der Basis der mitgliederbezogenen Kopfpauschalen vereinbarte und grundlohnsummenorientiert fortgeschriebene pauschalierte Gesamtvergütung wurde durch die arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina ersetzt. Grundlage der Regelleistungsvolumina war der mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten einer Krankenkasse jeweils ermittelte Behandlungsbedarf (arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumina). Der einzelne Arzt erhielt durch die arztbezogenen Regelleistungsvolumina einen festen Vergütungspunktwert. Das arztbezogene Regelleistungsvolumen war die von einem Arzt innerhalb eines bestimmten Zeitraumes abrechenbare Leistungsmenge, die mit einem festen Punktwert vergütet wird (danach abgestaffelt). Geplant war die Einführung der arztgruppenbezogenen/arztbezogenen Regelleistungsvolumina zum 01.01.2007. 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 zum Beispiel den Aufbau einer neu zu implementierenden Datenlogistik.¹⁰ Wegen

9 Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gibt der Gesetzgeber auch nach dem GKV-WSG für die Vergütung der Ärzte arzt- bzw. praxisbezogene Regelleistungsvolumen in § 87b SGB V vor.

10 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. Diese Gefahr ist auch nach dem Vergütungssystem des GKV-WSG nicht auszuschließen, insbesondere dann, wenn ab dem 01.01.2011 arztgruppenspezifische Fallpauschalen für Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden sind, eingeführt werden (vgl. § 87 Abs. 2d S. 3 SGB V). Vgl. Ballast, Die Ersatzkasse 2008/331; Schauenburg, Die BKK 2008/654 ff. (655).

der Unfähigkeit, das bestehende System bis zum 01.01.2007 zu reformieren, blieb es im Ergebnis bei der Konstellation des Altsystems, im welchem die KKen den KVen ein Honorarbudget zahlten, das sich aus einer Kopfpauschale und der Zahl der Versicherten der jeweiligen Kasse errechnete.

IV. Die Honorarreform mit dem GKV-WSG: Morbiditätsbezogene Gesamtvergütung, Regelleistungsvolumina und Euro-EBM

Das GKV-WSG verwirklicht eine Honorarreform mit dem Ziel, ärztliche Leistungen mit festen Preisen zu versehen.¹¹ Eine Mengensteuerung bleibt über die Regelleistungsvolumina weiterhin möglich. Die gesetzgeberische Absicht, das Morbiditätsrisiko auf die KKen übergehen zu lassen, setzt sich auch mit dem GKV-WSG weiter fort. Insgesamt finden sich viele Ansätze des GMG auch im GKV-WSG wieder.¹²

Ein wesentlicher Unterschied zu der letzten Honorarreform besteht darin, dass der Gesetzgeber – möglicherweise aufgrund der vergangenen Erfahrungen – den Einfluss des BMG auf den Fortgang der Honorarreform verstärkt hat (vgl. z.B. § 87 Abs. 6 SGB V). Zum Abbau von Über- und Unterversorgung führte das WSG finanzielle Anreize ein, die zu einer regional ausgewogenen Arztdichte beitragen sollten. Durch das neue Vergütungssystem wird die bisherige Budgetierung bzw. die Vergütung nach mitgliederbezogenen Kopfpauschalen, die unabhängig von einer tatsächlichen Leistungsanspruchnahme von den KKen an die KVen (KVen) gezahlt wurden, abgelöst. Dabei sollen die KKen künftig das sog. Morbiditätsrisiko übernehmen. Problematisch ist allerdings, dass die Morbiditätsveränderung an Werten gemessen wird, die die Ärzte zumindest teilweise selbst in der Hand haben: an dokumentierten Diagnosen und abgerechneten Leistungen bzw. Abrechnungspunkten. Die Gefahr von Manipulationen ist hoch, wie auch Erfahrungen aus anderen Ländern und anderen Sektoren bei ähnlichen Systemumstellungen zeigen.¹³ Grundlage der Vergütung ist eine Gebührenordnung mit festen Preisen und einer Mengensteuerung durch arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina. Durch Vereinheitlichung des Preises für die ärztlichen Leistungen (Punktwert) soll eine Gleichbehandlung der KKen bei der Finanzierung der ärztlichen

11 Vgl. Wille/Koch, Gesundheitsreform 2007, S. 207 ff.

12 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 gegründet worden.

13 Ballast, Die Ersatzkasse 2008/331.

Vergütung erreicht werden.¹⁴ Neu ist, dass die Honorarvereinbarungen für die Kollektivverträge zwischen der KV und der Krankenkassenseite künftig gemeinsam und einheitlich zu treffen sind. Für Einzelverträge in wettbewerblich ausgestatteten Versorgungsformen (§§ 73a - 73c, 136 Abs. 4a, 140a ff. SGB V) kann jede Kasse abweichende Vergütungsvereinbarungen treffen. In den künftigen Kollektivverträgen wird für jede Krankenkasse nach dem Wohnortprinzip die an die KV zu zahlende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vereinbart. Diese errechnet sich für jede Kasse, indem der zu vereinbarenden morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf für ihre Versicherten, d. h. die Leistungsmenge in EBM-Punkten, mit den regional geltenden Punktwerten bewertet wird.¹⁵

Die regionale Euro-Gebührenordnung mit festen Preisen („bundeseinheitliche Punktwerte als Orientierungswerte in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen“) war bis zum 01.01.2009 zu vereinbaren. Die Orientierungspunktwerte fallen zudem für den Fall der Unter-, Regel- oder Überversorgung anders aus (vgl. § 87 Abs. 2e S. 1 SGB V). Für die Vergütung der Haus- und Fachärzte gelten dabei unterschiedliche Kriterien, die den Unterschieden der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung Rechnung tragen. Aus der Punktzahl-Gebührenordnung werden dann 17 Euro Gebührenordnungen – für jede KV-Region eine - erstellt. Sie sehen feste Preise in den zuvor festgelegten arztindividuellen Regelleistungsvolumina und einen Morbiditätsbezug vor. Damit hat sich eine der wichtigsten Forderungen der KBV, die Abschaffung der sogenannten „Muschelwährung“, zu Gunsten von mehr Planungs- und Kalkulationssicherheit erfüllt. Grundlage für die regionalen Gebührenordnungen bildet ein bundeseinheitlicher Orientierungswert für Punktwerte im Regelfall. Für das Jahr 2008 war ein Übergangs-EBM zu bilden. Beide EBM bilden stärker als zuvor Vergütungspauschalen. Der neue EBM setzt für besonders qualifizierte Leistungen Honorarzuschläge fest.

Seit dem 01.01.2009 gelten für die Ärzte Regelleistungsvolumina (vgl. § 87b Abs. 2 SGB V). Überschreitungen des Regelleistungsvolumens dürfen dann nur noch abgestaffelt vergütet werden. 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.

14 Schauenburg Die BKK 2008/654 ff. (655).

15 Vgl. Knieps/Leber VSSR 2008/177 ff. (181).

V. Stand der Umsetzung

1. *Entscheidungen des Erweiterten Bewertungsausschusses in 2008: Fassung zentraler Beschlüsse zur Neuordnung der ärztlichen Vergütung; Festlegung des Orientierungswertes auf 3,5001 ct für 2009*

Die bereits zum 01.01.2008 vorgegebene Reform des EBM ist fristgerecht erfolgt. Die hausärztlichen Leistungen sind zu Versichertenpauschalen je Behandlungsfall, die fachärztlichen Leistungen zu Grundpauschalen und wenigen Zusatzpauschalen zusammengefasst worden. Der Bewertungsausschuss hatte bis Ende August 2008 die zentralen Beschlüsse für die Neuordnung der ärztlichen Vergütung zum 01.01.2009 zu fassen. Da die Forderungen der Ärzteschaft nicht finanzierbar waren, kam im Bewertungsausschuss keine Einigung zustande, so dass der Erweiterte Bewertungsausschuss entscheiden musste. Im Zentrum stand der Beschluss zur Höhe des künftigen Preises für die ärztlichen Leistungen, des sog. Orientierungswertes, als Grundlage für die auf Landesebene gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Punktwerte. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat diesen in seiner Sitzung am 27./28. August 2008 für 2009 auf 3,5001 ct festgelegt.¹⁶ Von besonderer Bedeutung für die Ausgabenentwicklung für ärztliche Leistungen in 2009 war neben der Vorgabe des Orientierungswertes auch die Schätzung des morbiditätsbedingten Anstiegs des Behandlungsbedarfs.¹⁷ Nach den Entscheidungen des Erweiterten Bewertungsausschusses musste auf der Landesebene über die konkrete Umsetzung der Beschlüsse bzw. die regionale Anpassung verhandelt werden. Wie schon auf der Bundesebene war auch auf der Landesebene auf dem Verhandlungswege eine Einigung, insbesondere zur Frage regionaler Abweichungen von dem Orientierungswert, durchweg nur durch das Schiedsamtverfahren möglich. Im Ergebnis bestätigen die Entscheidungen der Landesschiedsämter die Bundesvorgaben im Großen und Ganzen.

Am 23.10.2008 hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss einvernehmlich zu Änderungen des EBM sowie zu Ergänzungen/Änderungen zum

16 Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009; vgl. auch Schauenburg, Die BKK 2008/654 ff. (655).

17 Auf Vorschlag des Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses wurde diese Veränderungsrate daher normativ auf 5,1 % festgesetzt. Letztlich sollte mit diesen und weiteren Detailvorgaben, die u. a. auch die sog. Honorarverteilungsquoten der einzelnen KVen betrafen, die von der Politik bereits zugestandene Zielgröße einer Honorarsteigerung von rund 2,5 Mrd. Euro erreicht werden. Vgl. Schauenburg Die BKK 2008/654 ff. (656).

Beschluss vom 27./28. August 2008 zu beschließen (strittig gebliebenen Sachverhalte wie Anpassung der Gebührenordnungspositionen des EBM; Umgang mit der Korrektur der Schätzung der Veränderungsrate der Steigerung der Grundlohnsumme für das Jahr 2009; Vergütungsniveaus ehemals extrabudgetärer Leistungen im Jahr 2009; Anpassung der HVV-Quoten zum Ausgleich unerwünschter Effekte durch regionale Besonderheiten der bisherigen Honorarverteilung).¹⁸ Im Ergebnis der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 23. Oktober 2008 wurde eine Steigerung des Gesamthonorars im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 2007 um rd. 3 Mrd. Euro auf insgesamt 30,4 Mrd. Euro erreicht (Steigerung in Höhe von 11 %).

Ein weiteres Thema im Bewertungsausschuss war Ende November 2008 die Frage der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen bei Abschluss von sog. Selektivverträgen, z. B. Hausarztverträgen gemäß § 73b SGB V. Hier ist es zu einem einvernehmlich getroffenen Beschluss gekommen. Darin werden die Datengrundlagen und das Verfahren für die quartalsweise erfolgende Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Partner der Gesamtverträge festgelegt, wobei diese sich einvernehmlich auch auf ein abweichendes Verfahren verständigen können. Der Beschluss galt nur für 2009, für 2010 soll der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2009 ein Verfahren beschließen.¹⁹

2. Entscheidungen des Erweiterten Bewertungsausschusses in 2009: Nachbesserungen zur Verhinderung ungewollter Honorarverluste; Festlegung des Orientierungswertes auf 3,5048 ct für 2010

Um die trotz der durch die Reform prognostizierten Honorarzuwächse bei einzelnen Ärzten eingetretenen Honorarverluste abzumildern, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss am 15.01.2009 beschlossen, eine fast zweijährige Konvergenzphase einzuleiten, in der die Auswirkungen der einheitlichen RLV verzögert bzw. abgemildert werden können. In der Zeit vom 01.04.2009 bis zum 31.12.2010 können KVen und KKen auf der Landesebene von den bisherigen Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Vermeidung von ungewollten Honorarverlusten abweichen. Es wurde die Möglichkeit

18 Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009.

19 Vgl. im Einzelnen Schauenburg, Die BKK 2008/654 ff. (658).

geschaffen, Honorarverluste auf die Arzzebene zu begrenzen. Die notwendige Festlegung der Honoraruntergrenze erfolgt regional.²⁰

Nach Überprüfung der Umsetzung seiner Beschlüsse zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 und vom 23. Oktober 2008²¹ (vgl. oben) hat der Erweiterte Bewertungsausschuss mit seinem Beschluss aus der 11. Sitzung vom 17. März 2009 zur Verhinderung ungewollter Honorarverluste für besonders förderungswürdige Leistungen den Beschlussteil H 5 neu gefasst.²² Das BMG hat mit Schreiben vom 13. Mai 2009 seine Nichtbeanstandung gemäß § 87 Abs. 6 Satz 3 erster Halbsatz SGB V mit der Auflage verbunden, dass die aus Sicherstellungsgründen vorgesehenen regionalen leistungsbezogenen Zuschläge zum Regelfallpunktwert der Euro-Gebührenordnung als Übergangsregelung zunächst bis zum 31. Dezember 2009 befristet werden und dass die Regelung auf Grundlage von Abrechnungsdaten zur Vergütungs- und Leistungsentwicklung der entsprechenden Gebührenordnungspositionen aller betroffenen KVen, die mindestens ein Quartal aus dem Jahr 2009 umfassen, überprüft wird. Der Erweiterte Bewertungsausschuss ist dieser Auflage nachgekommen.²³

20 Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGBV in seiner 9. Sitzung am 15.01.2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V.

21 Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 48 vom 28. November 2008, A 2602–A 2604.

22 Damit wurden die Vorgaben zur Vereinbarung von leistungsbezogenen Zuschlägen für belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe) sowie bestimmter Leistungen des ambulanten Operierens (Leistungen des Kapitels 31.2 und 31.5, die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518 und 04520) durch die Partner der Gesamtverträge derart konkretisiert, dass für den Fall der Vergütung dieser Leistungen entsprechend dem Orientierungswert im Jahr 2009 festgestellte Unterschreitungen der im Jahr 2008 hierfür zu zahlenden regionalen Vergütungen vollständig auszugleichen sind.

23 Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 12. Sitzung am 20. Mai 2009 zur Anpassung und Anordnung der sofortigen Vollziehung seines Beschlusses zur Verhinderung ungewollter Honorarverluste für besonders förderungswürdige Leistungen aus der 11. Sitzung am 17. März 2009 mit Wirkung zum 1. April 2009.

Auch auf der Sitzung des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 wurden weitere Nachjustierungen innerhalb der Vergütungssystematik für niedergelassene Ärzte beschlossen. So werden ab dem 1. Juli 2009 verschiedene Leistungen, wie z. B. Anästhesien, Bronchoskopien und Gesprächsleistungen der Psychiater aus den Regelleistungsvolumen herausgenommen. Darüber hinaus wurde die Förderung der ärztlichen Kooperationen (z. B. Medizinische Versorgungszentren) durch Zuschläge je Behandlungsfall von bis zu 40 % (abhängig von Zahl der Fachrichtungen in einer Gemeinschaftseinrichtung) beschlossen. Damit wird berücksichtigt, dass in diesen Einrichtungen Patienten oft mehrere Ärzte aufsuchen, d. h., dass ein Patient („Behandlungsfall“), anders als in einer Einzelarztpraxis, von mehreren Ärzten behandelt werden kann.

Durch Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 wurde der Orientierungswert im Regelfall gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Jahr 2010 in Höhe des korrigierten Orientierungswertes gemäß Nr. 4 mit 3,5048 Cent festgelegt. Hierdurch konnte im Vergleich zum Vorjahr eine relative Preisstabilität erzielt werden.²⁴ Insgesamt werden die KVen aber für das Jahr 2010 rund eine Milliarde Euro zusätzlich für die medizinische Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte zur Verfügung stellen. Nach einer ersten vorsichtigen Schätzung erhalten die niedergelassenen Ärzte im kommenden Jahr rund 32 Milliarden Euro an Honoraren allein von der gesetzlichen Krankenversicherung.

B. Die wichtigsten Regelungen des SGB V in der Übersicht

Die fast jährlichen gesetzlichen Änderungen des SGB V berühren ausnahmslos die Honorarverteilung und bewirken, dass die Beteiligten keinerlei Planungssicherheit haben. Die unübersichtlichen Normen spiegeln die vergeblichen Versuche des Gesetzgebers wider, die steigenden Kosten des Gesundheitswesens durch Budgetierung (85 Abs. 3a SGB V), die Anbindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 85 Abs. 3 S. 2 SGB V) oder durch unmittelbare Eingriffe in die Honorarverteilung selbst (§ 85 Abs. 4b-f SGB V) zu begrenzen. Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber Regelungen, die

24 Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87c Abs. 1 Satz 7 SGB V die Korrektur von Fehlschätzungen der Leistungsmenge bei der Feststellung des Orientierungswertes. Dabei wird ein korrigierter Orientierungswert für das Jahr 2009 ermittelt, der den Aufsatzwert für die Ermittlung des Orientierungswertes des Jahres 2010 gemäß § 87 Abs. 2e SGB V darstellt.

sich durch Zeitablauf überholt haben (z.B. Abs. 3a S. 1), nicht aufhebt und so das Regelungsgerüst noch unübersichtlicher macht. Die nachfolgende Übersicht soll daher eine Gesamtübersicht über das RegelungsDickicht ermöglichen:

§§ 82, 83 SGB V: Grundsätze, Gesamtvergütung

§ 82 SGB V ist i.V.m. § 83 SGB V eine Grundnorm des Vertragssystems in der vertragsärztlichen Versorgung, die an das in § 72 Abs. 2 SGB V festgelegte Vertragsprinzip anknüpft. Sie befasst sich mit der vorherrschenden Vertragsform der vertragsärztlichen Versorgung, dem Gesamtvertrag, und unterscheidet dabei zwischen den Gesamtverträgen auf Bundesebene (Bundesmantelverträge) und den Gesamtverträgen auf Landesebene. Die Bundesmantelverträge enthalten die Vorgaben für den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge. Gegenüber Vertragsärzten und Kassen haben die Verträge die Qualität von Rechtsnormen²⁵. Sie sind für die Vertrag(zahn-)ärzte, die Psychotherapeuten und die ermächtigten Ärzte gemäß § 95 Abs. 3 S. 2, Abs. 4 S. 2 SGB V verbindlich. Gemäß § 87 SGB V vereinbaren KBV/KZBV und der Spitzenverband Bund der KVen den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. für die Zahnärzte den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) jeweils als Bestandteil der Bundesmantelverträge. § 83 SGB V bestimmt über § 82 Abs. 2 SGB V hinausgehende wesentliche Inhalte der Gesamtverträge als Grundlage für die ambulante vertragsärztliche Versorgung und definiert deren Vertragspartner. Die Regelungen der Bundesmantelverträge gilt es durch die Gesamtverträge zu „regionalisieren“ (§ 82 Abs. 1 S. 2 SGB V). Hierbei ist die Vergütung, die es jedes Jahr neu zu verhandeln gilt, besonderer Inhalt der Gesamtverträge. Die Regelung bezweckt, für überbereichliche KK durch die Regionalisierung der Gesamtverträge die Gesamtvergütung jeweils an die KV zu entrichten, in der das Mitglied der betreffenden KK seinen Wohnort hat (Wohnortprinzip). Systematisch ist darauf hinzuweisen, dass die Bestimmungen des § 82 Abs. 2 SGB V als Abs. 2 in den § 83 SGB V gehören.

§ 85 SGB V: Regelung der Gesamtvergütung

§ 85 SGB V regelt die Gesamtvergütung. Zwar ist § 85 SGB V die zentrale Vorschrift für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen. Durch das GKV-WStG wird sie diese Funktion ab dem 01.01.2009 allerdings nur noch für den vertragszahnärztlichen Bereich behalten. Die vertragsärztliche Vergütung wird nun maßgeblich durch die §§ 87, 87a-c SGB V geprägt. Diese installieren über eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sowie

25 BSG 16.09.1997, E 81, 73.

arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina ein neues System der Vergütung.

§ 87 SGB V: Zentrale Norm zur Neuregelung der ärztlichen Vergütung; Regelungsbefugnisse des Bewertungsausschusses

§ 87 SGB V regelt Einzelheiten zu den Bundesmantelverträgen (Schwerpunkt: § 82 SGB V) und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Er enthält zahlreiche Regelungsbefugnisse des Bewertungsausschusses, welcher alle zentralen Vorgaben zum neuen Vergütungssystem für ärztliche Leistungen trifft (vgl. §§ 87a, 87b SGB V), insbesondere die neue Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 SGB V) zu erschaffen hat. Dadurch hat die Bedeutung der Norm zugenommen. Die wichtigsten Regelungen im Einzelnen:

- **Regionale Euro-Gebührenordnung:**

Bereits mit Wirkung vom 01.01.2008 wurde als erster grundlegender Schritt der Vergütungsreform ein neuer (Übergangs-)EBM beschlossen. Damit werden die vertragsärztlichen Leistungen weitgehend als Pauschalvergütungen abgebildet und Zuschläge für besondere Qualität bzw. Qualifikationen eingeführt. Leistungsbewertungen sind hierbei auf der Grundlage sachgerechter Stichproben bei Ärzten und auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln (§ 87 Abs. 2 SGB). Bis zum 31.10.2010 beschließt der Bewertungsausschuss auch über fachärztliche arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen. Diese dienen der Vergütung der Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden sind. Längerfristig sollen diese mit DRG-Fallpauschalen kompatibel werden, um einen fairen Wettbewerb von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu ermöglichen.

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

- Abbildung der hausärztlichen Leistungen im EBM als Pauschalen, die nach Geschlecht und Alter differenziert werden können.
- besonders förderungswürdige Leistungen als Einzelleistungen (§ 87 Abs. 2b SGB V).
- Darstellung der fachärztliche Leistungen als Grund- und Zusatzpauschalen (§ 87 Abs. 2c SGB V), Einzelleistungen nur möglich, soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei

Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

- Sonderregelung für die Abbildung psychotherapeutischer Leistungen. Für Versorgung in kooperative Versorgungsformen werden spezifische Fallpauschalen festgelegt.
- Betriebswirtschaftliche Abstufung der Leistungsbewertungen im EBM ab einem Schwellenwert als Kann-Regelung (§ 87 Abs. 2 S. 3 SGB V). Abrechnungs- und Qualitätsvorgaben im EBM (z.B. Sicherstellung der vollständigen Erbringung der Leistung, 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 als Ermessensregelung,
- **Zeitvorgaben:** Übergangs-EBM trat zum 01.01.2008 in Kraft, die Bewertung für die psychotherapeutischen Leistungen zum 01.01.2009, die diagnosebezogene Fallpauschalen treten zum 01.01.2011 in Kraft (vgl. § 87 Abs. 2d S. 3 SGB V).
- Der Bewertungsausschuss hat neben dem **Orientierungswert** für den Regelfall gleichzeitig besondere Orientierungswerte zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen festzulegen, die von Ärzten in von Unter- oder Überversorgung betroffenen Gebieten erbracht werden (vgl. § 87 Abs. 2e SGB V). Ziel ist die Entfaltung einer steuernden Wirkung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Eine Differenzierung der Orientierungswerte nach Versorgungsgraden ist zulässig. Zudem enthält § 87 Abs. 2g SGB V Regelungen zur regelmäßigen Anpassung der Orientierungswerte (z.B. Nr. 1: „Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten“). § 87 Abs. 2f SGB V ermächtigt die Vertragspartner auf Landesebene ab 2009, von den auf Bundesebene vereinbarten Orientierungspunktwerten Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, sodass auch die Euro-Gebührenordnung letztlich keine unmittelbare Bewertung der Leistungen in Euro vorsehen wird.
- **Gründung des Instituts des Bewertungsausschusses:** Möglichkeit der Ersatzvornahme durch BMGS, soweit das Institut seinen gesetzlichen Aufgaben nicht nachkommt (§ 87 Abs. 3b S. 4 und 5 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).

Der **Regelungsinhalt der wichtigsten Absätze** ist wie folgt zusammenzufassen:

Absatz 1 ist die Ermächtigungsgrundlage für die Verabschiedung der EBM und enthält damit einen Teilausschnitt aus dem Inhalt des Bundesmantelvertrages. Absatz 1a legt den Mindestinhalt des Bundesmantelvertrags im zahnärztlichen Bereich im Zusammenhang mit der Umstellung der Zahnersatzversorgung auf Festzuschüsse fest. Absatz 2 ist die Grundnorm für den wesentlichen Inhalt der Bewertungsmaßstäbe und die Verpflichtung der Bewertungsausschüsse, diesen Inhalt regelmäßig zu überprüfen.

Die neugefassten **Absätze 2a bis 2d** beinhalten spezifische Vorgaben, wie die vertragsärztlichen Leistungen im EBM im Einzelnen abzubilden sind. Enthalten sind hier neben neuen Vorgaben (Pauschalierung, Mengensteuerung, Honorarzuschläge für besondere Qualität) auch Regelungen des bisherigen Rechts, die aktualisiert und verständlicher formuliert wurden. 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 zu der stationären ärztlichen Vergütung (DRG-Fallpauschalen) vergleichbar macht. Für die Vergütung der Haus- und Fachärzte gelten dabei unterschiedliche Kriterien, die den Unterschieden der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung Rechnung tragen. Dementsprechend gibt Absatz 2a die Verpflichtung, den EBM in haus- und fachärztliche Leistungen zu gliedern, vor.

Absatz 2b gibt vor, wie die **hausärztlichen Leistungen** im EBM abzubilden sind. So sind 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 (vgl. Satz 3). Zudem können Qualitätszuschläge vorgesehen werden, mit denen die in besonderen Behandlungsfällen erforderliche Qualität vergütet wird (vgl. Satz 4; z.B. Präventionsleistungen, vgl. FraktE-GKV-WSG;BT-Drs 16/3100, S. 127).

Absatz 2c gibt vor, wie die **fachärztlichen Leistungen** abzubilden sind. 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 S. 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 oder aus bestimmten Behandlungsfällen ergibt (Satz 3). Abweichend hiervon wird die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen vergütet (Satz 4). Aus der Formulierung „abweichend von Satz 3“ ergibt sich, dass die diagnosebezogenen Fallpauschalen anstelle der Zusatzpauschalen (also nicht neben diesen, aber auch nicht anstelle der Grundpauschalen) zu entrichten sind. 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 S. 5 SGB V). Zu den kooperativen Versorgungsformen gehören insbesondere die Integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V), medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 S. 2 SGB V), aber auch Berufsausübungsgemeinschaften (§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV). 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 S. 6 SGB V). Nicht jede Leistung aller Arztgruppen ist Fallpauschalen zugänglich. So ist die Psychotherapeutische Versorgung davon abhängig, dass die Zeit für die Behandlung von Patienten mit psychotherapeutischen Störungen entsprechend vergütet wird. Dementsprechend ist dieser Bereich aus dem pauschalisierten fachärztlichen Vergütung nach § 87 Abs. 2c SGB V ausgenommen.

Absatz 2d enthält Vorgaben für die Pauschalen im haus- und fachärztlichen Bereich und stellt klar, dass der EBM Regelungen zur **Mengenbegrenzung** enthalten muss. 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. Der EBM kann die Abrechnung der Leistungen an vom G-BA und den Bundesmantelvertragspartnern beschlossenen Qualifikations- und Qualitätsanforderungen knüpfen (vgl. § 87 Abs. 2d S 1 SGB V).

Eine Zwischenstufe auf dem Weg war ein **Übergangs-EBM**, der zum 01.01.2008 für ein Jahr in Kraft treten sollte.²⁶ § 87 Abs. 2d S. 3 SGB V legt insoweit den „Fahrplan“ fest, innerhalb dessen die in den Absätzen 2b bis 2d vorgeschriebenen neuen Regelungen im EBM getroffen werden müssen. Er operiert zwar noch mit Punkten, wird sich aber dennoch von seinem Vorgänger unterscheiden, indem er eine maximale Pauschalisierung anstrebt. 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. Bis zum 31.10.2007 musste der Bewertungsausschuss die neue Gebührenordnung beschließen haben. Das GKV-WSG gab damit vor, den neuen EBM auf der Grundlage des bestehenden zu gestalten. Außerdem enthält die Bestimmung ein zeitliches Programm für die Umsetzung des neuen EBM. Zum 01.01.2011 sind arztgruppenspezifische Fallpauschalen für Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden sind, einzuführen (vgl. § 87 Abs. 2d S. 3 SGB V).

Die **Absätze 2e - 2g** enthalten die weiteren Rahmenvorgaben zur **Euro-Gebührenordnung** („bundeseinheitliche Punktwerte als Orientierungswerte in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen“, vgl. § 87a Abs. 2 SGB V). Die Euro-Gebührenordnung enthält Pauschalvergütungen in überschaubarer Zahl sowie Einzelvergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen (z.B. Hausbesuche). Abs. 2e bis h enthalten Regelungen zur Festlegung und Anpassung der Orientierungswerte sowie Regelungen zur Festlegung von Indikatoren für regionale Besonderheiten bei Kosten- und Versorgungsstruktur. An diesen sollen sich die Verhandlungspartner auf der Landesebene bei ihren jeweiligen konkreten Festlegungen der Punktwerte orientieren. Angepasst werden soll der Wert jährlich bis zum 31.08. und zwar

26 Vgl. hierzu Schauenburg Die BKK 2007/482 ff., Rompf GesR 2008, 57 ff..

auch nach den „für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten“ (vgl. § 87 Abs. 2g SGB V).

Absatz 3 regelt die Besetzung des **Bewertungsausschusses**. Die Absätze 3a - 3f treffen für den vertragsärztlichen Bereich (Abs. 3g) Regelungen, mit denen die Bearbeitung der Aufgaben des Bewertungsausschusses professionalisiert und die Transparenz der Beschlüsse erhöht werden soll. Mit den dort getroffenen Regelungen trägt der Gesetzgeber der mit der Vergütungsreform durch das GMG und der EBM-Reform gewonnenen Erfahrung Rechnung.

Die **Absätze 4 und 5** enthalten mit der Einrichtung des erweiterten Bewertungsausschusses einen Konfliktlösungsmechanismus für den Fall, dass im Bewertungsausschuss keine Einigung zustande kommt.

§ 87a SGB V: Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

§ 87a SGB V ist Teil eines Regelungskonzepts, mit dem der Gesetzgeber die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen weitestgehend auf ein neues Fundament stellt und insoweit § 85 Abs. 1 bis 3 SGB V ersetzt. Das zweistufige Vergütungssystem mit Gesamtvergütung der KVen an die KVen und die Honorarverteilung durch die KVen an die Ärzte bleibt auch im neuen System bestehen. Die Gesamtvergütung soll sich zwar nunmehr „morbiditätsorientiert“ entwickeln, wird aber weiterhin ex ante mit befreiender Wirkung von den KVen gezahlt (§ 87a Abs. 3 S. 1 SGB V); Nachbesserungen kann es allenfalls im Rahmen eines eng definierten „nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs“ geben (vgl. § 87a Abs. 3 S. 4 SGB V, Rn 5). Die Mengenkomponekte der **morbiditätsorientierten Gesamtvergütung** (MGV) ergibt sich künftig aus dem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf, die Preiskomponekte bestimmt sich aus der den Leistungen gegenüberstehenden Punktzahl und dem Punktwert. Hatte die Bundesebene bislang schon die Punktzahlen der einzelnen Leistungen festgelegt, zentralisiert das Gesetz nunmehr auch bei der erstmaligen Festlegung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs und dem Punktwert; es sind wesentlich weniger regionale Abweichungen als bislang möglich. Folgende Neuerungen sind dort niedergelegt (stichpunktartig):

- Vereinbarung **Punktwerte** unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten durch KVen und KVen jeweils zum 31.10 eines Jahres (87 Abs. 2 S. 1 SGB V; Zu- und Abschläge zu Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e S. 1 Nr. 1-3 SGB V). Zu-/Abschlag darf nicht nach Arztgruppen/Kassenarten differenziert werden (Einheitliche

Festsetzung, § 87a Abs. 2 S. 4 SGB V). Aus regionalen Punktwert und EBM ist **regionale Gebührenordnung mit Europreisen** zu erstellen (87a Abs. 2 S. 6 SGB V)

- **Morbiditätsbezogene Gesamtvergütung** (als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des EBM mit der Zahl und Morbiditätsstruktur verbundene Behandlungsbedarf der Versicherten, bewertet mit dem regionalen Punktwert nach § 7a Abs. 2 S. 1 SGB V) ist jährlich bis zum 31.10. für das Folgejahr mit befreiender Wirkung für die KVen an die KVen 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 S. 1 Nr. 2 SGB V **diagnosebezogene Risikoklassen** für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem für die vertragsärztliche Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren. Grundlage hierfür sind die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 S. 2 SGB V sowie die Mengen der vertragsärztlichen Leistungen (weitere Morbiditätskriterien können herangezogen werden) (vgl. § 87a Abs. 5 Satz 1 - 3 SGB V). Beschluss eines Verfahrens zur Korrektur der Relativgewichte, wenn Leistungen außerhalb der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung vergütet werden (87a Abs. 5 S. 4 SGB V).

Absatz 1 regelt im Sinne einer Einführungsnorm die Einführung des neuen Vergütungssystems zum 01.01.2009 für den vertragsärztlichen Bereich (vertragszahnärztlichen Bereich: § 85 SGB V). Ersetzt wird die Vereinbarung der Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 2 und 3 SGB V, die durch die Ankoppelung der vertragsärztlichen Vergütung an die Grundlohnsumme zu einer Budgetierung führte. Stattdessen wird auf der Basis einer regionalen Euro-Gebührenordnung eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vereinbart (vgl. § 87a Abs. 2 und 3 SGB V). Die Bundesebene soll einen Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V genannten bundeseinheitlichen Punktwert für alle Leistungen festlegen. Von diesem darf in den einzelnen KV-Bereichen, insbesondere in Fällen einer abweichenden regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur, per Zu- oder Abschlag abgewichen werden. Die Indikatoren zur Messung der regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur werden wiederum auf zentraler Ebene bestimmt. Der vom Orientierungswert abgeleitete regionale Punktwert wird sodann auf alle Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs in

einer sogenannten regionalen Euro-Gebührenordnung angewandt. Dies führt zu ex ante einheitlich bestimmten Eurocent-Preisen, unabhängig davon, ob die Leistungen innerhalb oder außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet werden. Es kommt also sowohl zu einer regionalen Vereinheitlichung als auch zu einer Vereinheitlichung der Punktwerte zwischen den verschiedenen Leistungen.

Zentrales Element des neuen Vergütungssystems ist die Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen in Euro. Diese ergibt sich aus den Bewertungen der Leistungen im EBM und aus den regional zwischen den KVen mit den Landesorganisationen der KKen für das jeweils folgende Jahr vereinbarten Punktwerten. Letztere sind kassenartenübergreifend zu vereinbaren, um eine Gleichbehandlung der KKen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung herbeizuführen. Grundlage dieser regionalen Vereinbarung sind die vom Bewertungsausschuss bestimmten und jährlich anzupassenden Orientierungswerte zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Der Gesetzgeber verfolgt damit grundsätzlich das Ziel, gleiche Leistungen auch unabhängig vom Ort der Leistungserbringung auch gleich zu vergüten und das erhebliche Leistungsgefälle von Bayern nach Mecklenburg-Vorpommern einzuebnen.²⁷ Hierzu werden nach **Absatz 2** auf Landesebene jährlich die regional geltenden Punktwerte für das Folgejahr vereinbart.

Ab dem 01.01.2009 wird die Gesamtvergütung nach der Morbidität der Versicherten und dem daraus folgenden Behandlungsbedarf berechnet. Damit geht das Morbiditätsrisiko auf die KKen über, das heißt eine Erhöhung des Behandlungsbedarfs aufgrund eines Anstiegs der Zahl oder des Schweregrades der zu behandelnden Krankheiten der Versicherten soll von den KKen zusätzlich vergütet werden. **Absatz 3** enthält insofern die Verpflichtung der Vertragspartner nach Absatz 2 zur Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Jedes Jahr sollen die KVen mit den KKen ein Finanzvolumen für die vertragsärztliche Vergütung bestimmen. Die Gesamtvergütung wird für jede Kasse berechnet, indem der zu vereinbarende morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf für ihre Versicherten mit den regional geltenden Punktwerten bewertet, das heißt vervielfältigt wird. Damit wird die Berechnung der Gesamtvergütung nach Kopfpauschalen pro Mitglied abgelöst. In Anlehnung an den bisherigen § 85 Abs. 1 S 1 SGB V bestimmt § 87a Abs. 3 S. 1 SGB V, dass die KKen die Vergütung mit befreiender Wirkung an die jeweilige KV zahlen. Den darüber hinausgehenden Behandlungsbedarf trägt, von den gesetzlich vorgesehenen Ausnahmen abgesehen (z. B. nicht vorher-

27 Vgl. Knieps/Leber VSSR 2008/177 ff..

sehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, Vereinbarung über extrabudgetär zu vergütende besonders förderwürdiger vertragsärztliche Leistungen, vgl. § 87a Abs. 3 S. 5 und 6 SGB V), die Ärzteschaft.

In § 87a **Abs. 4** SGB V werden die Kriterien aufgeführt, die bei der jährlichen Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen sind. Wie das konkret zu geschehen hat, bestimmt der Bewertungsausschuss. **Absatz 5** enthält den Auftrag an den Bewertungsausschuss, Verfahren zur Ermittlung bestimmter Vergütungsparameter festzulegen.

87b SGB V Vergütung der Ärzte (arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina)

§ 87b SGB V regelt ab dem 01.01.2009, nach welchen Maßstäben die von den KVen an die KVen entrichtete Gesamtvergütung an die Vertragsärzte verteilt wird. Für den vertragsärztlichen Bereich werden die Honorarverteilungsmaßstäbe dabei durch die Zuweisung von **Regelleistungsvolumina** ersetzt (§ 85 Abs. 4 und 4a SGB V). Ein Regelleistungsvolumen ist die von einem Arzt oder einer Praxis insgesamt abrechenbare Menge an Leistungen (bewertet in Punkten), die mit einem festen Punktwert vergütet werden. Darüber hinausgehende Leistungen werden mit einem abgestaffelten (verringerten) Punktwert vergütet. Die arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina sollen die Vergütung kalkulierbarer, einfacher, transparenter zu machen. Die vertragszahnärztliche Honorarverteilung bleibt weiter in § 85 Abs. 4 und 4a SGB V geregelt. Die wichtigsten Regelungen sind (stichpunktartig):

- Das Regelleistungsvolumen kann sowohl auf Arzt als auch auf Arztpraxen bezogen werden (§ 87b Abs. 2 S. 2 SGB V).
- Vorgabe, dass antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten sind (§ 87b Abs. 2 S. 6 SGB V).
- Öffnungsklausel, dass in bestimmten Fällen auch andere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden können (§ 87b Abs. 2 S. 7 SGB V).
- Katalog zur Festlegung der Regelleistungsvolumina (§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1-4 SGB V). Soweit dazu Veranlassung besteht, können auch Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden (§ 87b Abs. 3 S. 3 SGB V).
- Vorgabe der Kapazitätsgrenze wird zur Kann-Regelung („Können“, § 87b Abs. 3 S. 4 SGB V).

- Verschiebung der Festlegung der Berechnungsformel vom 31.10.2008 auf den 15.11.2008 (§ 87b Abs. 4 S. 3 SGB V).
- Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionale Preise durch die KV erstmalig zum 30.11.2008 (§ 87b Abs. 5 SGB V).

§ 87b Abs. 1 SGB V regelt im Sinne einer Einführungsnorm die Einführung des neuen Systems zur Vergütung der Leistungen des einzelnen Vertragsarztes ab 01.01.2009 für den vertragsärztlichen Bereich (vgl. für den vertragszahnärztlichen Bereich § 85 SGB V). Absatz 2 beschreibt die Bestimmung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens (vgl. Legaldefinition in § 87 Abs. 2 S. 2 SGB V). Das Regelleistungsvolumen setzt sich im Grundsatz zusammen aus dem KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallwert und der Fallzahl des Arztes aus dem Vorjahresquartal.²⁸ Für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes wird das Regelleistungsvolumen unter Berücksichtigung eines Aufschlags i.H.v. 10 % berechnet. Es ist die Leistungsmenge, für die der Vertragsarzt die „vollen“ Preise nach der regionalen Euro-Gebührenordnung erhält und somit die Kalkulierbarkeit seines Honorars verbessern soll. Erst wenn der Arzt diese Grenze überschreitet, wird er in der Regel mit abgestaffelten Preisen vergütet. Die Obergrenzen für die einzelnen Ärzte (Regelleistungsvolumina) ergeben sich aus dem vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf der Versicherten in einer Region.²⁹ Nach Auffassung der KVen handelt es sich nach dem Gesetzeswortlaut sowohl bei der Morbi-Gesamtvergütung als auch bei den Regelleistungsvolumina um eine Obergrenze.³⁰ Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008 gibt hierbei folgende Bewertung wieder: Für alle Fälle bis zu 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe erhält der Arzt 100 % des Fallwertes. Für die Fälle über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe wird der Fallwert folgendermaßen gemindert: um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 %, um 50 % für Fälle über 170 % bis 200 %, um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe. Leistungen, die über das so berechnete Regelleistungsvolumen hinausgehen, werden mit einem Abstufungspunktwert vergütet, der je nach Menge floatet. Auch zukünftig wird es Ausnahmen von der Abstufung bei Überschreitung des Regelleistungsvolumens geben

28 Vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses vom 27./28.08.2008.

29 Vgl. Knieps/Leber VSSR 2008/177 ff. (182).

30 Schauenburg, Die BKK 2008/654 ff. (656).

(Erhöhung des Regelleistungsvolumens). Voraussetzung wird eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Fallzahl der behandelten Versicherten sein (z.B. aufgrund krankheitsbedingter Vertretung eines anderen Arztes). Auch Praxisbesonderheiten können geltend gemacht werden. Eine hohe Fallzahl allein wird als Praxisbesonderheit jedoch nicht ausreichen. Es muss sowohl ein besonderer Versorgungsbedarf oder eine bedeutsame Spezialisierung als auch eine Überschreitung des individuellen Fallwertes um mindestens 30 % vorliegen, damit ein Antrag Aussicht auf Erfolg hat. Die Neuerungen sehen ferner einen Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal vor. Mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist die Abstufung der Punktwerte für Leistungsmengen, die das Regelleistungsvolumen überschreiten, grundsätzlich vereinbar.³¹

§ 87b Abs. 3 SGB V bestimmt nicht abschließende Kriterien („insbesondere“), die bei Festlegung der Werte für die Regelleistungsvolumina zu „berücksichtigen“ sind. So sind die Regelleistungsvolumina nach Satz 1 differenziert nach Arztgruppen und Versorgungsgraden sowie morbiditätsgewichtet festzulegen (vgl. zu dem besonderem Leistungsbedarf kooperativer Versorgungsformen § 87 Abs. 2c S. 5 SGB V). Die Differenzierung nach Versorgungsgraden ermöglicht eine Steuerwirkung. Das Verfahren zur Anwendung der Regelleistungsvolumina sowie der Abstufung erfolgt aus Transparenzgründen künftig in jeder Region zwingend nach den einheitlichen Regelungen des Bewertungsausschusses (Entfallen der Honorarverteilungsverträge). Die regionalen Vertragspartner sind künftig dafür verantwortlich, dass gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses die konkrete Berechnungsformel unter Verwendung der regionalen Daten zur Zuweisung der Regelleistungsvolumina festgestellt wird.³² **Absatz 4** bestimmt insofern die vom Bewertungsausschuss für die Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumina zu beschließenden Vorgaben

Absatz 5 regelt die Zuweisung des Regelleistungsvolumens an den einzelnen Vertragsarzt. Zuständig für die Zuweisung ist die KV (vgl. Satz 1). Diese gestaltet insofern das Abrechnungsverfahren. Das Regelleistungsvolumen ist durch Verwaltungsakt gemäß § 31 SGB X zuzuweisen.

§ 87c Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2009 und 2010
§ 87c SGB V enthält Regelungen für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2009 und 2010, insbesondere die erstmalige Festlegung

31 Vgl. Butzer, MedR 2004, 177.

32 Knieps/Leber VSSR 2008/177 ff. (182).

der Orientierungs- und Punktwerte sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Verständnishaft sind sie in einer einzigen Norm zusammengefasst.

Abs. 1 regelt die erstmalige Festlegung der Orientierungswerte nach Abs. 2e (Punktwerte in Euro), die für vertragsärztliche Leistungen bundesweit und kassenartenübergreifend zu zahlen sind. Sie dienen als Grundlage für die Festlegung der regionalen Punktwerte in der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87 Abs. 2 SGB V. Von den auf Bundesebene festgelegten Orientierungswerten darf auf KV-Ebene insbesondere bei einer abweichenden regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur abgewichen werden. Die Indikatoren zur Messung der regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur werden wiederum auf zentraler Ebene bestimmt (vgl. **Abs. 2**). Der vom Orientierungswert abgeleitete regionale Punktwert wird sodann auf alle Leistungen des EBM in einer sogenannten regionalen „Euro-Gebührenordnung“ angewendet und führt zu ex ante einheitlich bestimmten Eurocent-Preisen, unabhängig davon, ob die Leistungen innerhalb oder außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet werden (regionalen Vereinheitlichung). Satz 1 bestimmt zunächst die Fristen für die Festlegung der Orientierungswerte: Zum 31.08.2008 erfolgt gemäß § 87 Abs. 2e S. 1 Nr. 1 SGB V die Festlegung der Orientierungswerte im Regelfall (vgl. hierzu Vorgaben in § 87 Abs. 1 S. 2-5 SGB V). Die Orientierungswerte bei Über- oder bei Unterversorgung (87 Abs. 2e S. 1 Nr. 2 und 3 SGB V) müssen dagegen erst zum 31.08.2009 festgelegt werden. Diese Werte sind damit erstmals für die Euro-Gebührenordnung 2010 zu beschließen. Damit wird es erst ab dem Jahr 2010 regional differenzierte Punktwerte für Über- und Unterversorgung in den Euro-Gebührenordnungen geben, die gezielte preisliche Anreize zu einer bundesweit angemessenen ambulanten Versorgungssituation geben sollen. Die Festlegung muss auf der Basis von Abrechnungsdaten aus mindestens vier aktuell vorliegenden Quartalen erfolgen (§ 87c Abs. 1 S. 4 SGB V). Zudem sind Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen des zum 01.01.2008 in Kraft getretenen EBMs auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge sowie unterjährige Schwankungen der Leistungsmengen im Zeitverlauf entsprechend der in den Vorjahren zu beobachtenden Entwicklung zu berücksichtigen.

Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag, Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur festzulegen, welche von den Partnern der regionalen Verträge zur Festlegung der regionalen Orientierungswerte heranzuziehen sind (vgl. § 87 Abs. 2f SGB V).

Absatz 3 regelt die Vereinbarung der regionalen Punktwerte für die Jahre 2009 und 2010. Diese sind für 2009 durch die regionalen Vertragspartner erst

zum 15.11.2008 zu beschließen. Die regionalen Gebührenordnungen enthalten für das Jahr 2009 nur die Preise für den Regelfall, da die Orientierungswerte für Über- und Unterversorgung erstmalig für das Jahr 2010 festgelegt werden. Die diesbezüglichen regionalen Punktwerte sind daher ebenfalls erst bis zum 31.10.2009 für das Jahr 2010 zu vereinbaren.

Absatz 4 regelt die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die Jahre 2009 und 2010. Diese hatte zum 15.11.2008 zu erfolgen. Hierzu wird der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf (im Jahr 2008 voraussichtlich die erbrachten Menge der vertragsärztlichen Leistungen, erhöht um die nach den Kriterien § 87a Abs. 4 SGB V) für die Versicherten jeder Krankenkasse mit den regional geltenden Punktwerten bewertet und entsprechend vervielfältigt. Ausgangspunkt für den morbiditätsorientierten Behandlungsbedarf für 2009 sind die - zu schätzenden - 2008 in einem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung erbrachten Leistungsmengen (in Punkten). Dabei sind wiederum die in einer Region angewendeten honorarbegrenzenden Regelungen zu berücksichtigen. Die Leistungsmengen 2008 sind für 2009 um eine bundeseinheitliche Veränderungsrate zu erhöhen. Die Veränderungsrate soll somit „insbesondere“ Veränderungen von Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten, Veränderungen im Leistungsspektrum der GKV, Leistungsverlagerungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie Produktivitätsveränderungen bei der Erbringung der ambulanten ärztlichen Leistungen abbilden (vgl. § 87a Abs. 4 SGB V). Sie unterliegt damit einer Vielzahl von zu schätzenden Parametern.

Verfasserin:

Dr. Marion Wille

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstraße 70 - 72

34131 Kassel

Dr. Erich Koch

Zum Stand der Umsetzung des LSVMG im Bereich der Selektivverträge

I. Aufgabenübergang

Durch das Gesetz zur Modernisierung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG)¹ hat der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV) eine Reihe von Grundsatz-, Querschnitts- und operativen Aufgaben übernommen. Der Charakter des gem. Art. 6 §§ 2 und 3 LSVMG aus den vormaligen drei agrarsozialen Spitzenverbänden hervorgegangenen neuen agrarsozialen Zusammenschlusses geht damit über den eines klassischen Verbandes von Sozialversicherungsträgern hinaus und weist sowohl starke zentralistisch-autoritäre als auch Trägerqualitäten auf.² Dies zeigt sich u. a. an Art. 4 Nr. 4 LSVMG (§ 34 Abs. 3 Nr. 3 KVLG 1989), der die Zuständigkeit für den Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern von Heil- und Hilfsmitteln sowie mit pharmazeutischen Unternehmern abweichend von §§ 125 Abs. 2, 127 Abs. 1 und 2 SGB V sowie §§ 130a Abs. 8 SGB V und 78 Abs. 3 AMG auf den LSV-SpV übertragen hat. Gesetzgeberische Intention ist die Erzielung von wirtschaftlichen Vorteilen für die landwirtschaftliche Krankenversicherung (LKV). Gem. Art. 7 § 8 LSVMG i. V. m. dem Verbindlichen Rahmenkonzept³, endete der Umsetzungszeitraum für die o. g. Aufgaben mit Ablauf des Jahres 2009. Es bietet sich demnach eine Bestandsaufnahme an.

II. Lage vor Inkrafttreten des LSVMG

Die neun landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKKn) waren und sind in unterschiedlich zusammengesetzte länderbezogene Arbeitsgemeinschaften mit anderen Kassenarten integriert. Diese umfassten bislang auch den Heilmittel- und den Hilfsmittelbereich. Dabei haben sich die LKKn entweder im Rahmen einer Arbeitsteilung eingebracht und/oder einen finanziellen Beitrag geleistet. Der wirtschaftliche und gestalterische Erfolg der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft konnte durch die einzelne LKK angesichts ihrer gerin-

1 Vom 18.12.2007, BGBl. I S. 2984.

2 Koch in: jurisPK-SGB VII, § 143a Rn. 19..

3 [www.http://www.lsv.de/spv/14_aktuelles_presse/16_gesetzgebung/01_LSVMG/Entwurf_Rahmenkonzept.pdf](http://www.lsv.de/spv/14_aktuelles_presse/16_gesetzgebung/01_LSVMG/Entwurf_Rahmenkonzept.pdf)

gen Größe⁴ i. d. R. kaum beeinflusst werden. LKV-spezifische Vertragsgestaltungen waren kaum möglich. Es gab eine heterogene Vergütungsstruktur mit einem teilweise erheblichen Vergütungsgefälle. In Einzelfällen herrschten vertragslose Zustände. Allein im Arzneimittelrabattvertragsbereich war eine die meisten LKKn umfassende parallele Vorgehensweise vereinbart worden. Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) hatte bereits seit 2008 Rahmenverträge mit verschiedenen Pharma-Unternehmen geschlossen, denen die acht LKKn, die auf diesem Gebiet bisher nicht aktiv waren, beigetreten sind. In der Folge konnten erhebliche Einsparungen erzielt werden.

III. Rahmenbedingungen, Umsetzung des gesetzlichen Auftrages

Es zeigte sich, dass Umsetzungskonzepte neben den Geboten der Rechtmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit in starkem Maße auch strategische und kommunikative Aspekte zu berücksichtigen hatten. Dabei waren in den vom Verbindlichen Rahmenkonzept gezogenen Grenzen Abwägungen vorzunehmen (z. B. personalintensive interne vs. kostengünstigere externe Aufgabenerledigung; allumfassende Kooperation mit einem Partner vs. Partnerdiversifizierung). Die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages begann des Weiteren unter folgenden Umständen und Bedingungen:

1. Rechtliche Fragestellungen

Angesichts z. T. karger gesetzlicher Bestimmungen ergaben sich Unsicherheiten bezüglich des Umfangs der neuen Kompetenzen des LSV-SpV. So waren verschiedentlich vom Gesetzgeber offenbar nicht gesehene Rechtsfragen im Zusammenhang mit dem Aufgabenübergang zu klären, z. B. die Zuständigkeit für die Zulassung von Heilmittelerbringern, die Prüfung der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung, die Zuständigkeit für die Vorlage der Verträge gegenüber der Aufsicht.

a. Zulassung von Heilmittelerbringern

4 Nach der Statistik KM 1, Stand 01.10.2009 ergeben sich folgende Versichertenzahlen für die LKKn: LKK Schleswig-Holstein und Hamburg 50.946, LKK Niedersachsen-Bremen 140.589, LKK Nordrhein-Westfalen 103.746, LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland 98.646, LKK Franken und Oberbyern 134.336, LKK Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben 122.085, LKK Baden-Württemberg 95.580, KK für den Gartenbau 54.863, LKK Mittel- und Ostdeutschland 28.025.

Nach § 124 Abs. 1 SGB V, der über § 15 KVLG 1989 für die LKKn entsprechend gilt, dürfen Heilmittel nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Die Frage der Zulassung hat somit für die Leistungserbringung entscheidende Bedeutung: Die Sachbearbeiter der LKKn müssen für die Vergütung der Leistungserbringer (Begleichung der eingereichten Rechnungen) wissen, ob diese zugelassen sind.

Nach § 124 Abs. 5 Satz 1 SGB V wird die Zulassung von den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen erteilt. Diese Regelung korrespondiert mit § 125 Abs. 2 Satz 1 SGB V, wonach über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer schließen.

In der Praxis haben die Krankenkassen bzw. Landesverbände auf Landesebene einschließlich der LKKn regelmäßig gemeinsam Verträge mit den Verbänden der Heilmittelleistungserbringer geschlossen und das Zulassungsverfahren (arbeitsteilig) gemeinsam betrieben. Durch die Übertragung der Vertragsschließungskompetenz auf den LSV-SpV und dessen Praxis, Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V auf Bundesebene zu schließen, wird eine Beteiligung der jeweiligen LKK am gemeinsamen Zulassungsverfahren auf Landesebene wesentlich erschwert bzw. verhindert, denn eine synchrone Zulassung wird durch die von der Vereinbarung auf Landesebene regelmäßig abweichenden eigenständigen bundesweiten Vereinbarungen des LSV-SpV i. S. v. § 124 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V ausgeschlossen.

Aus Sicht des LSV-SpV stellte sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob er für die Zulassung zuständig ist. Dagegen schien zunächst der insofern unveränderte Wortlaut des Gesetzes zu sprechen. Zwar haben die LKKn keine eigenen Landesverbände i. S. v. § 124 Abs. 5 i. V. m. § 207 SGB V. § 36 Satz 1 KVLG 1989 bestimmt jedoch, dass die Aufgaben der Landesverbände der Krankenkassen nach dem SGB V für die landwirtschaftliche Krankenversicherung die LKK wahrnimmt, in deren Bezirk eine oder mehrere Kassenärztliche Vereinigungen ihren Sitz haben. Insofern sind die LKKn funktionelle Landesverbände. Zu beachten ist jedoch, dass nach § 15 KVLG 1989 für die Beziehungen der LKKn zu den Leistungserbringern die Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V ausdrücklich lediglich „entsprechend“ gelten. Das bedeutet, dass sich die Zuständigkeit der funktionellen Landesverbände nach den über § 15 KVLG 1989 anwendbaren Bestimmungen des SGB V richtet. Der funktionelle Landesverband ist folglich dann und soweit zuständig, wie dies das anwendbare Recht vorsieht. Eine „entsprechende“ Geltung des

SGB V i. S. v. § 15 KVLG 1989 kann nur die Berücksichtigung des agrarsozialen Sonderrechts meinen und einfordern. Für die Beziehungen der LKKn zu den Leistungserbringern gelten demnach die Regelungen des SGB V in gleicher Weise wie für die anderen Krankenkassen, soweit und solange nicht Bestimmungen des Agrarsozialrechts etwas Anderes gebieten. Diese Auslegung wird gestützt durch einen Vergleich der an anderer Stelle gewählten Regelungssystematik: Für das Leistungsrecht nach dem KVLG 1989 gilt das SGB V, soweit im KVLG 1989 nichts Abweichendes bestimmt ist (vgl. § 8 Abs. 1 KVLG 1989). Für das besondere Leistungsrecht nach dem KVLG 1972 (Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft) gilt nach dessen § 22 Abs. 2 Satz 1 Entsprechendes. Alle genannten Regelungen statuieren einen prinzipiellen Primat des agrarsozialen Sonderrechts, wie er in § 166 Satz 2 SGB V durch die generelle Verweisung auf die Gesetze über die Krankenversicherung der Landwirte zum Ausdruck kommt. Während der Gesetzgeber im Leistungsrecht die Sonderrechtstatbestände in den §§ 8 Abs. 2 ff. KVLG 1989 und 22 ff. KVLG 1972 abschließend auflistet, hat er bezüglich des weit umfangreicheren und komplexeren Leistungserbringerrechts (§§ 69 bis 140h SGB V) auf eine ausdrückliche Unterscheidung zwischen für die LKKn anwendbaren und nicht-anwendbaren Bestimmungen verzichtet und sich stattdessen für eine „entsprechende“ Anwendung der Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V entschieden. Zum agrarsozialen Sonderrecht zählt die Bestimmung des § 34 Abs. 3 Nr. 3 Buchst. a KVLG 1989, wonach der LSV-SpV nunmehr für den Abschluss von Heilmittelverträgen zuständig ist. Wegen der Übertragung der Vertragsschließungskompetenz auf den LSV-SpV kommt ein Verbleib des Zulassungsverfahrens auf der Landesebene folglich nicht in Betracht. Nachdem der Gesetzgeber dem LSV-SpV die Vertragsschließungskompetenz übertragen hat, scheidet ein Verbleib der annexen Zulassungsverantwortlichkeit auf der Landesebene bei entsprechender Anwendung des Vierten Kapitels des SGB V im Sinne einer teleologischen Reduktion aus.

Dieses Ergebnis wird u. a. durch § 34 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 143e Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b SGB VII gestützt. Danach ist der LSV-SpV zuständig für die Planung, Entwicklung, Beschaffung sowie Einsatz von Verfahren und Programmen für die automatisierte Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Bei der Zulassung von Heilmittelleistungserbringern geht es um relativ einfache verwaltungspraktische, jedoch in hoher Zahl vorkommende Vorgänge, die als Massengeschäft mittels automatisierter Datenverarbeitung zu bewältigen sind. Die gesicherte, einheitliche und umfassende Lieferung der aktualisierten Zulassungsdaten i. S. v. § 124 SGB V ist neben den über das Vertragsregister/die Vertragsdatenbank des LSV-SpV zur Verfügung zu stellenden Vertragsdaten verwaltungspraktische Voraussetzung für die Rech-

nungsprüfung der Sachbearbeiter. Der LSV-SpV wiederum benötigt die entsprechenden Daten u. a. zur Optimierung der Erfüllung seines Auftrags aus § 34 Abs. 3 Nr. 3 Buchst. b KVLG 1989.

b. Prüfung der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung

Nach § 125 Abs. 2 Satz 1 SGB V ist die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung von der Vertragsschlusskompetenz umfasst. Infolgedessen enthalten die vom LSV-SpV geschlossenen Verträge entsprechende Fortbildungsverpflichtungen, bei deren Nichteinhaltung die Vergütungen gekürzt werden können. Für den Fall, dass die Fortbildung gegenüber dem jeweiligen Vertragspartner nicht nachgewiesen wird, sind in den Verträgen nach Satz 1 Vergütungsabschläge vorzusehen (§ 125 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Um Kürzungen zu Gunsten der LKKn realisieren zu können, muss geprüft werden, ob die Fortbildungsverpflichtungen innerhalb der maßgeblichen Zeiträume erfüllt wurden. Diese Prüfung kann bereits wegen der unterschiedlichen Inhalte und maßgeblichen Zeiträume nicht von den regionalen Arbeitsgemeinschaften erledigt werden. Die Prüfergebnisse sind entsprechend der Vorgaben der Rahmenempfehlungen ab dem 01.07.2011 zu berücksichtigen, wenn bis zu diesem Zeitpunkt eine sog. Prüfvereinbarung mit den maßgeblichen Berufsverbänden geschlossen werden konnte. Die Zuständigkeit des LSV-SpV für die Prüfung der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung der Leistungserbringer folgt aus § 34 Abs. 3 Nr. 3 Buchst. a KVLG 1989. Zwar ist in der vorgenannten Bestimmung nur vom „Abschluss von Verträgen“ die Rede, die Zuständigkeiten des LSV-SpV sind jedoch umfassender.

Die Frage der Prüfung der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung der Leistungserbringer unterfällt dem Recht der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern. Nach § 15 KVLG 1989 gelten für die Beziehungen der LKKn zu den Leistungserbringern die Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V ausdrücklich lediglich „entsprechend“. Eine „entsprechende“ Geltung des SGB V i. S. v. § 15 KVLG 1989 kann nur die Berücksichtigung des agrarsozialen Sonderrechts meinen und einfordern (siehe oben). Nachdem der Gesetzgeber dem LSV-SpV die Vertragsschlusskompetenz übertragen hat, scheidet ein Verbleib der annexen Fortbildungsprüfungsverantwortlichkeit auf der Landesebene aus.

c. Zuständigkeit für die Vorlage der Verträge gegenüber der Aufsicht

Gem. § 71 Abs. 4 Satz SGB V sind u. a. die Vereinbarungen über die Vergütungen der Leistungen nach §§ 125 und 127 den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Vertragsparteien sind die LKKn. Das würde bedeuten, dass die Vorlage gegenüber den diversen Aufsichtsbehörden der neun LKKn zu erfolgen hätte, mit der möglichen Konsequenz,

dass divergierende aufsichtsrechtliche Entscheidungen über ein und denselben Vertrag möglich wären, was angesichts der unterschiedlichen wirtschaftlichen Folgen für die LKKn verständlich wäre. Ein solches Ergebnis wäre mit dem Sinn und Zweck von § 34 Abs. 3 Nr. 3 KVLG 1989 nicht zu vereinbaren. Da § 71 SGB V über § 15 KVLG 1989 Anwendung findet und folglich für die LKKn „entsprechend“ gilt, kann nur die Aufsichtsbehörde des für die LKKn die Verträge schließenden LSV-SpV gemeint sein. Das ist gem. § 143d Abs. 1 Satz 1 SGB VII das Bundesversicherungsamt.

2. Ausgangslage beim LSV-SpV

Der LSV-SpV als Rechtsnachfolger des ausschließlich mit klassischen Spitzenverbandsaufgaben betrauten Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) konnte kaum auf eigene einschlägige Erfahrungen im Selektivvertragsbereich zurückgreifen.⁵ In quantitativer Hinsicht war der systemintern vorhandene Personalbestand für eine zeitgerechte und vollständig eigenständige Aufgabenerledigung nicht ausreichend. Vor diesem Hintergrund wurden im Verbindlichen Rahmenkonzept entsprechende Festlegungen getroffen.⁶

3. Sozial- und vergaberechtliche Situation

Der Umsetzungszeitraum fiel in eine Phase sowohl allgemeiner sozial- und vergaberechtlicher Unsicherheiten⁷ als auch organisatorischer Umgestaltun-

5 Vgl. Koch, Die bisherigen und die zukünftigen Aufgaben des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen nach dem GKV-WSG, SdL 2007, 5-23.

6 Auf S. 568 ff.

7 Vgl. nur Kingreen, Die Entscheidung des EuGH zur Bindung der Krankenkassen an das Vergaberecht, NJW 2009, 2417-2419; Knispel, Neuregelungen im Leistungserbringerrecht der GKV durch das GKV-OrgWG, GesR 2009, 236-241; Stelzer, Müssen gesetzliche Kranken- und Pflegekassen Lieferaufträge über Hilfs- und Pflegehilfsmittel oberhalb des Schwellenwertes europaweit öffentlich ausschreiben?, WzS 2009, 267-272; Wille, Rechtliche Rahmenbedingungen für den Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V, SdL 2009, 71-101.

gen in der Verbände- und Kassenlandschaft⁸. So war zunächst die Eigenschaft der Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber und damit die Anwendbarkeit des Kartellvergaberechts umstritten. Die Frage der Erforderlichkeit eines Vergabeverfahrens mit seinen rechtlichen und verfahrenstechnischen (juristisches und praktisches Know how) und wirtschaftlichen (Marktmacht) Aspekten konnte nicht ohne Auswirkungen auf die Aufgabenerledigung nach § 34 Abs. 3 Nr. 3 KVLG 1989 bleiben. In einem überdies besonders dynamischen, teilweise instabilen Kassen- und Verbändeumfeld⁹ hatte der LSV-SpV die im Verbindlichen Rahmenkonzept angedachten bestgeeigneten Kooperationspartner zu identifizieren.

4. Diversität der Berufsverbände im Heilmittelbereich

Die Erreichung von LKV-spezifischen bundesweit geltenden Verträgen im Heilmittelbereich schien bereits angesichts der Vielzahl der Berufsverbände der Heilmittelerbringer sehr ambitioniert. Im Bereich der Ergotherapie gab und gibt es folgende Verhandlungspartner: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V., Bundesverband der Ergotherapeuten e. V. (BED); im Bereich der Logopädie: Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl), Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs), Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech-, und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba); im Bereich der Physiotherapie: Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Vereinigung der selbständigen Krankengymnasten (VSK) e. V., Landesverbände des VDB – Physiotherapeutenverbandes, Berufs- und Wirtschaftsverbandes der Selbständigen in der Physiotherapie e. V., deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e. V., Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V.; im Bereich der Podologie: Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands (ZFD) e. V., Verband deutscher Podologen (VDP) e. V., Deutscher Podologen Verband e. V. (DPV). Angesichts teilweise

8 Paquet, Die Krankenkassenverbände nach der Organisationsreform, SozSich 2009, 5-12.

9 Die Zahl den Krankenkassen sank vom 01.01.2009 bis zum 01.01.2010 von 201 auf 169. Die Kassenartenverbände auf Bundesebene hatten sich neu zu organisieren. Vgl. Gittler/Kaltenbach/Pawisa, Befreit von hoheitlichen Aufgaben – die neue BKK Interessenvertretung, BKK 2009, 102-103; Graalman, Dienstleistung nach Maß, G + G 2009, Nr. 1, 25-27; Paquet, Die Krankenkassenverbände nach der Organisationsreform, SozSich 2009, 5-12.

unterschiedlicher Interessen, inhaltlicher und regionaler Schwerpunktsetzungen, Strategien und Ausrichtungen stellt das erreichte Ergebnis (siehe unter IV.) nicht nur in wirtschaftlicher Hinsicht einen Erfolg dar.

5. LKV-interne Zusammenarbeit

Da die Leistungs- und Finanzzuständigkeit bei den LKKn verbleibt, stellt sich die Frage des bestmöglichen Kommunikation und Kooperation zwischen LSV-SpV und seinen Mitgliedern. § 143f Abs. 1 SGB VII legt insofern fest, dass die Zusammenarbeit eine enge ist.

Für den Bereich der Hilfsmittelverträge bedeutet dies, dass die LKKn die jeweiligen Vertragsentwürfe mit der Bitte um Stellungnahme zugeleitet bekommen. Die Anmerkungen der LKKn werden gesammelt, ausgewertet und mit dem Koalitionspartner besprochen. Dadurch wird erreicht, dass die Überlegungen und Bedürfnisse aller LKKn berücksichtigt werden können.

Bei den Heilmittelverträgen ist die Einbeziehung der LKKn angesichts der vorrangig verfolgten Strategie, Verträge mit den Bundesorganisationen der Leistungserbringer zu schließen, grundsätzlich nicht geboten. Hier geht es im Wesentlichen darum, durch eine Verlagerung von der Landes- auf die Bundesebene bestmögliche Preise zu erzielen, wobei angesichts der bisher herrschenden regionalen Vergütungsunterschiede im Zweifel das positive Ergebnis für die LKV-Gemeinschaft ausschlaggebend ist. Es erscheint hinnehmbar, einzelne LKKn (unterschiedlich) zu belasten, wenn nur dadurch ein für die Mehrheit günstigeres Ergebnis erreichbar ist.

Im Arzneimittelrabattvertragsbereich werden die LKKn in die Planungen des LSV-SpV frühzeitig einbezogen.

IV. Etablierte Lösungen

Im Hilfsmittelbereich hat sich der LSV-SpV für eine Aufgabenerledigung im Wege der Kooperation mit einem externen Partner entschieden; eine vollständig eigenständige Aufgabenerledigung wäre ohne Neueinstellungen nicht zu realisieren gewesen. Unabhängig von den somit begrenzten Personal- und Sachkosten waren die entsprechenden Qualifikationen auch außerhalb des

LSV-Systems zeitnah nicht verfügbar. Als Kooperationspartner wurde die Knappschaft gewählt, weil eine vertrauensvolle Zusammenarbeit u. a. aufgrund bereits im IT-Bereich und auf der Ebene des GKV-Spitzenverbandes¹⁰ bestehender Allianzen sichergestellt ist, die Knappschaft über große Erfahrungen und anerkannte Kompetenzen im Hilfsmittelbereich verfügt und die Kooperationskosten angemessen sind. Vorzugswürdige Alternativen waren nicht vorhanden. Die Kooperationsvereinbarung ist am 01.01.2009 in Kraft getreten. Die Zusammenarbeit bezieht die LKKn aktiv ein (siehe unter III. 5.) und findet nach anfänglicher Skepsis inzwischen deren breite Unterstützung. Die besondere Strategie der Knappschaft, eine große Zahl von Einzelverträgen mit Leistungserbringern zu schließen, hat sich bewährt und zu teilweise deutlich reduzierten Preisen geführt.

Im Heilmittelbereich ist der LSV-SpV in der Lage, die Aufgabe nach § 34 Abs. 3 Nr. 3 Buchst. a KVLG 1989 eigenständig zu erfüllen, soweit die Vertragsschlüsse selbst betroffen sind. Anstelle der vormals von den Landesarbeitsgemeinschaften geschlossenen Verträge wurden vom LSV-SpV inzwischen in allen Bereichen Verträge mit den Bundesorganisationen der Leistungserbringer geschlossen, nämlich der Ergotherapeuten, Podologen, Physiotherapeuten und Logopäden.

Die bisher geschlossenen Verträge bewegen sich vom Ausgabevolumen regelmäßig unterhalb der zulässigen Ausgabenobergrenzen (Grundlohnsummensteigerung) und wurden von der Aufsichtsbehörde nicht beanstandet. Für die Mehrzahl der LKKn und für die LKV insgesamt konnten Einsparungen erzielt werden. Das günstige Ergebnis wurde u. a. durch die infolge des LSVMG mögliche Nutzung LSV-spezifischer Besonderheiten erreicht. So konnte der LSV-SpV dem Wunsch der Berufsverbände nach einer Ost-West-Angleichung der Vergütungen entsprechen (und im Gegenzug im Westen günstige Konditionen erwirken), weil es in den neuen Bundesländern relativ wenige LKV-Versicherte gibt. Die Verträge beinhalten obendrein z. T. für die Versicherten interessante Leistungsausweitungen, wie Unterweisung zur Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik durch Physiotherapeuten als Ergänzung bzw. Alternative zu Hebammenleistungen.

Während auch der technische Aufbau des Vertragsregisters/der Vertragsdatenbank vom LSV-SpV selbst betrieben werden konnte, bot sich bezüglich der Zulassung (Bescheiderteilung) und der Vorhaltung der Zulassungsdaten eine Kooperation mit einem geeigneten Partner an. In Betracht kam grundsätzlich

10 Nach § 217c Abs. 1 Nr. 5 SGB V bilden die Knappschaft und die LKKn eine Mitgliedergemeinschaft für die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates.

nur ein Partner, der wie der vdek wegen seiner bundesweiten Zuständigkeit über alle Zulassungsdaten verfügt. Das Gegenmodell, wonach der LSV-SpV die genannten Aufgaben selbst erfüllt, wäre mit einem nicht zu vertretenden Aufwand verbunden. Der Aufbau einer entsprechenden Datenbank wäre sehr arbeitsintensiv und langwierig. Eine alternative Möglichkeit zum Erwerb der entsprechenden Daten für die gesamte Bundesrepublik bestand nicht. Der vdek hat dem LSV-SpV Anfang 2010 erstmalig ein Verzeichnis über alle zugelassenen Heilmittelerbringer zur Verfügung gestellt. Danach erfolgen wöchentliche Updates. Ferner erfolgt die Zulassungsbearbeitung auf einem gemeinsamen Briefbogen und die Bescheide werden für die LKKn mit erstellt.

Im Arzneimittelrabattvertragsbereich wurde im Sommer 2009 eine Kooperation mit spektrum K vereinbart. Dadurch wurden Neueinstellungen von pharmafachlichem und anderem Personal beim LSV-SpV vermieden. Mit einer Vielzahl von Betriebskrankenkassen, einer Innungskrankenkasse und den LKKn repräsentiert spektrum K bei der ersten Generika-Ausschreibung ca. 7,3 Mio. Versicherte und damit eine Marktmacht, die in der Lage war, günstige Preise zu erzielen. Ausschlaggebend für die Wahl des Partners waren nicht nur die Fachkompetenz und der günstige Preis, sondern auch die weitgehende Übereinstimmung in der Ausschreibungsstrategie (z.B. Mehrfachzuschlag, wirkstoffbezogene Ausschreibung). Vertragsgegenstand der Rabattvereinbarungen sind insgesamt 52 Wirkstoffe in 79 Fachlosen. Bei der Wirkstoffauswahl wurden viele Indikationsgebiete (z.B. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Erkrankungen des Bewegungsapparats, Störungen des Zentralen Nervensystems, Stoffwechselstörungen, Infektionskrankheiten) berücksichtigt. Um eine Konstanz in der Versichertenversorgung zu gewährleisten, wurden zudem lediglich Substanzen aufgenommen, die therapeutisch sinnvoll sind. Der Start dieser Verträge ist am 01.03.2010 erfolgt. Dabei war über die Realisierung einer gemeinsamen Ausschreibung hinausgehend auch die damit verbundene Administration der neuen Verträge angezeigt. Neben dem Vertragsabschluss sind im Zusammenhang mit der Rabattvertragsverwaltung u. a. folgende Aufgaben zu bewältigen: Meldung, Controlling, Abrechnung (Rechnungskontrolle und Forderungseinzug), Aufbereitung der Daten für die gesetzlichen Zwecke der §§ 106, 84 SGB V, Versicherteninformation.

V. Fazit und Ausblick

Der LSV-SpV hat den gesetzlichen Auftrag aus § 34 Abs. 3 Nr. 3 KVLG 1989 bei Ablauf der Übergangsfrist weitgehend ausgeführt und die mit der Aufgabenübertragung verbundenen Erwartungen erfüllt, nämlich die entsprechenden Verträge geschlossen und damit einen deutlichen wirtschaftlichen Erfolg

erzielt. Temporäre Einschränkungen gibt es insofern lediglich im Hilfsmittelbereich, in dem aufgrund der Menge der Verträge die vollständige Umsetzung etwas länger dauert. Wegen der partiellen Weitergeltung der noch von den LKKn auf der Landesebene abgeschlossenen Verträge ist die Versorgungssicherheit dabei durchgehend gewährleistet.

Im Hilfsmittelbereich wurden bis zum 31.12.2009 vom LSV-SpV im Wege der Kooperation mit der Knappschaft über 350 Verträge geschlossen, die insbesondere die Produktgruppen 5 (Bandagen), 8 (Einlagen), 10 (Rollatoren, Gehhilfen), 12 (Hilfsmittel für Tracheostoma), 13 (Hörhilfen), 14 (Medikamentenvernebler für die unteren Atemwege, Hilfsmittel zur Beatmung), 15 (Inkontinenzhilfen), 21 (Blutdruckmessgeräte, Blutgerinnungsmessgeräte), 23 (Rahmenorthesen), 24 (Brustprothesen), 29 (Stomaartikel), 31 (Schuhe) und 50 (Pflegebetten) betreffen.

Es ist damit zu rechnen, dass sich diese Zahl im Laufe des Jahres 2010 auf über 1.000 erhöhen wird. Nachdem die Kernaufgaben weitgehend umgesetzt worden und bundesweit geltende Verträge in Kraft getreten sind, entwickelt der LSV-SpV im Heilmittelbereich praxistaugliche Lösungen für die Heilmittelabgabe in Krankenhäusern, Kureinrichtungen etc. Im Arzneimittelbereich werden die vom LSV-SpV zu verantwortenden und über spectrum K realisierten Ausschreibungen weitere Einsparungen zur Folge haben.

Der wirtschaftliche Erfolg der Umsetzung von § 34 Abs. 3 Nr. 3 KVLG 1989 ist nur abschätzungsweise bezifferbar, weil verschiedene Parameter (z. B. Versicherungszahl, Ordnungsverhalten) nicht konstant bleiben. Im Jahr 2008 betragen die Leistungsausgaben in den von § 34 Abs. 3 Nr. 3 KVLG 1989 betroffenen Bereichen nach KJ 1 (Kontengruppen 43 und 44/45) ca. 550 Mio. Euro (= 26 % der gesamten Leistungsausgaben in der LKV i. H. v. 2.118 Mio. Euro). Exemplarisch für den Erfolg der Verträge ist die Produktgruppe Hörhilfen zu nennen. Diese Produktgruppe hat einen Anteil von ca. 11 % an den Gesamtausgaben der LKKen für Hilfsmittel. Die Leistungsausgaben in diesem Teilbereich (2008: ca. 9,3 Mio. Euro) werden sich bei gleichbleibender Mengenentwicklung infolge des Aufgabenübergangs auf den LSV-SpV um ca. 400.000 Euro vermindern. Sollte sich bezüglich der anderen Produktgruppen ein vergleichbarer Erfolg erzielen lassen, wäre von Einsparung i. H. v. ca. 4 Mio. Euro jährlich bei den Leistungsausgaben im Hilfsmittelbereich auszugehen.

Durch die konsequente Umsetzung des LSVMG erscheint eine Reduzierung der Heilmittel-, Hilfsmittel- und Arzneimittelausgaben um insgesamt 15 bis 20 Mio. Euro pro Jahr = 2,7 bis 3,6 % dieser bzw. 0,7 bis zu 1 % der gesamten Leistungsausgaben möglich; dies bei Steigerung der Qualität (Verbesserung

der Gesetzeskonformität, Beibehaltung der Leistungsqualität, Vereinheitlichung der Leistungsvergütungen).

Darüber hinaus werden die Verwaltungskosten (Personal- und Sachkosten sowie Zahlungen für Dienstleistungen an Dritte bei den LKKn) um einen Betrag sinken können, der die zusätzlich entstehenden Kooperationskosten deutlich übersteigt. Des Weiteren wird allein dadurch, dass die LKKn sich in den o. g. Bereichen von den länderbezogenen Arbeitsgemeinschaften gelöst haben, ein wesentlicher Beitrag für die Zukunftsfestigkeit der LKV geleistet. Zwar haben sie in der Vergangenheit auch von den größeren Kassenarten profitieren können; dieser Vorteil lässt sich unter sich verändernden strukturellen und Wettbewerbsbedingungen jedoch zukünftig nicht sicher bewahren. Vielmehr ist der LSV-SpV durch zentral gesteuerte interne und externe Kooperation in der Lage, dem Wirtschaftlichkeitsgebot in hohem Maße zu genügen.

Verfasser:

Dr. Erich Koch

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstr. 70 - 72

34131 Kassel

Marco Beyer

**Finanzierung der Sterbebegleitung durch die LKK
Geänderte Rahmenbedingungen zur Finanzierung
ambulanter und stationärer Hospize**

I. Einleitung

In Deutschland hat sich in den letzten Jahren der Umgang mit der Lebensnormalität „Sterben“ verändert. Ein wesentlicher Grund dafür, dass Sterben und Tod wieder stärker in das Bewusstsein gerückt sind, ist die Hospizbewegung. Sie tritt für eine Sterbebegleitung ein, die sich an den Wünschen, Hoffnungen und Bedürfnissen des sterbenden Menschen orientiert.¹ Lange Zeit wurde die moderne Hospizbewegung nicht nur wegen der ethischen Vorbehalte der Kirchen ignoriert, sondern auch gesellschafts- und sozialpolitisch tabuisiert, sodass eine gesetzliche Verankerung der Finanzierung der Hospize nicht durchsetzbar war. Einzelne (auch landwirtschaftliche) Krankenkassen konnten die Hospizeinrichtungen nur mit Zuschüssen finanziell unterstützen.² Erst die Institutionalisierung der Hospizbewegung durch die Gründung eines Dachverbandes für ambulante, teilstationäre und stationäre Hospize zur Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) im Jahre 1992³ und die steigende Akzeptanz bei den Kirchen und in der Gesellschaft verhalfen der Hospizbewegung in Deutschland zum Durchbruch. Seither sind in einer außerordentlich dynamischen Entwicklung neue und eindrucksvolle Versorgungsstrukturen entstanden, mit der auch in der Gesellschaft ein Bewusstseinswandel im Umgang mit schwerstkranken Menschen in Gang gesetzt worden ist.

Heute gibt es rund 1500 ambulante Hospizdienste sowie 170 stationäre Hospize. Etwa 80.000 Menschen engagieren sich ehrenamtlich in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Für Sterbende und schwerkranke Menschen leisten sie insbesondere in der letzten Lebensphase eine Sterbebegleitung, die ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben bis zum Tod ermöglicht und eine schmerzlindernde Versorgung beinhaltet. Daneben benötigen auch die Angehörigen in dieser Phase eine besondere seelsorgliche Betreuung, um mit dem anstehenden Tod ihres Familienmitgliedes umgehen zu können. Hospize bilden somit eine menschenwürdige Alternative, wenn eine Kranken-

1 Gerda Graf in: Gesprächskreis Sozialpolitik „Sterben in Würde“, Seite 27, Friedrich Ebert Stiftung, Bonn 2005.

2 BT-Drs. 13/7264, 60.

3 BT-Drs. 15/5858, 29.

hausbehandlung nicht mehr gewollt wird oder aus medizinischer Sicht nicht mehr erforderlich ist und eine Betreuung und Versorgung in einem Pflegeheim aufgrund unzureichender medizinischer und pflegerischer Versorgungsmöglichkeiten bei schwerer Erkrankung nicht in Frage kommt.

II. Einführung und Entwicklung im Krankenversicherungssystem

Auf die besonderen Belange in der Versorgung von Sterbenden und deren Angehörigen hat der Gesetzgeber in den Jahren 1998⁴ und 2002⁵ mit der Einführung von Leistungen der ambulanten, teilstationären und vollstationären Hospize in das SGB V reagiert. Mit der Hospizversorgung nach § 39a SGB V wird das Ziel verfolgt, die gesetzliche Versorgungslücke zwischen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V), der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) und der vollstationären Pflege der sozialen Pflegeversicherung (§ 43 SGB XI) zu schließen.

Die Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkassen und der anderen Kassenarten haben seither einen individuellen Anspruch auf einen von ihrer Krankenkasse finanzierten Zuschuss bei Inanspruchnahme stationärer Hospizleistungen. Dagegen erhalten die ambulanten Hospizdienste von den Krankenkassen einen angemessenen Förderbetrag zu den notwendigen Personalkosten, welche für die Gewinnung, Vorbereitung, Koordination und Begleitung ehrenamtlicher Hospizkräfte entstehen.

4 § 39a SGB V (stationäre Hospize) ist durch Art. 1 Nr. 12 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes (NOG) vom 23.6.1997 in das Leistungsrecht des SGB V eingefügt worden und gemäß Art. 19 Abs. 3 rückwirkend zum 01.01.1997 in Kraft getreten.

5 Durch Art. 2 Nr. 3, 6 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PfIEG) vom 14.12.2001 wurde Absatz 2 mit Wirkung vom 01.01.2002 angefügt; der bis dahin gültige Wortlaut des § 39a SGB V wurde Absatz 1. Die Überschrift des Absatzes 1 wurde entsprechend geändert.

Seit dem 01. April 2007⁶ sollen auch die besonderen Belange der Versorgung in den ambulanten und stationären Kinderhospizen ausreichend berücksichtigt werden. Die Regelung im § 39a SGB V für den Bereich der Kinderhospize geht dabei zurück auf den Bericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin - Verbesserung der Versorgung Schwertskranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“.

Die Hospize selbst müssen nicht erst seit der Eingliederung der Hospizarbeit in das Krankenversicherungsrecht permanent um ihre wirtschaftliche Existenz fürchten. Das geht insbesondere aus der Studie des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) vom 13.03.2009⁷ hervor, die in Zusammenarbeit mit der Katholischen Fachhochschule Köln erarbeitet worden ist. Aus ihr lässt sich für die ambulanten Hospizdienste erkennen, dass ungeachtet jährlich zunehmender Sterbebegleitungen eine kostendeckende Betriebsführung eines Hospizdienstes trotz erheblicher Bemühungen und Anstrengungen – bei einem jährlichen durchschnittlichen Defizit von rund 14.500 Euro – nicht möglich ist. Hervorgerufen wird dieser defizitäre Umstand insbesondere durch kostenintensive Sterbebegleitungen, die nicht nach Betreuungsintensität, tatsächlichen Personaleinsatz und Einsatzdauer finanziell abgegolten werden. Die Krankenkassen konnten den Hospizdiensten für die erbrachten Leistungen lediglich einen in der Rahmenvereinbarung näher definierten und errechneten institutionellen Förderbetrag zukommen lassen, deren bundesweites Ausgabenvolumen darüber hinaus durch die Regelung des § 39a Abs. 2 SGB V bis zum 23. Juli 2009 begrenzt war. Die Intention des Gesetzgebers war (und ist) mit dieser gedeckelten Förderfinanzierung klar ersichtlich: Hospize sind und bleiben eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht nur von einer Institution voll finanziert werden kann. Die ambulanten Hospize müssen auch zukünftig nach weiteren Finanzierungswegen suchen. Länder und Kommunen haben in der Vergangenheit die ambulanten Hospize unterstützt und werden dies auch weiterhin tun, dennoch müssen sie auch andere Finanzierungsquellen wie Spenden und Stiftungen erschließen, um das Defizit zu mindern. Kritiker haben bereits in der Vergangenheit in § 39a Abs. 2 SGB V eine unzureichende Finanzierungsgrundlage gesehen, die Mittel für Verwaltungsaufga-

6 Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz-GKV-WSG) vom 02.02.2007, in Kraft getreten am 01.04.2007.

7 Im Rahmen dieser Studie erfolgte eine Befragung, in die alle 170 stationären Hospize und eine große Zahl (324) der ambulanten Hospizdienste (darunter alle 58 Kinderhospizdienste) einbezogen wurden.

ben - wie beispielsweise den Kontakt mit Bestattungsunternehmen und die zu leistende Trauerarbeit sowie Palliativberatung von Alten- und Pflegeheimen - außer Acht lässt.⁸ Erschwerend kam für die neu gegründeten ambulanten Hospizdienste hinzu, dass sie bis zu 18 Monate in Vorleistung treten mussten, bevor sie durch die Krankenkassen Förderleistungen erhielten.

Aufgrund des umfassenden Leistungsangebotes der stationären Hospize, der begrenzten Zahl der Plätze sowie der kurzen Verweildauer von durchschnittlich 20 Tagen verursacht die Versorgung und Betreuung Todkranker auch in den stationären Hospizen im Vergleich zu den Pflegeheimen relativ hohe Kosten. Die Studie des DHPV weist für die stationären Hospize tatsächliche kalendertägliche Aufwendungen – je nach Berücksichtigung ehrenamtlicher Tätigkeiten – in Höhe von 271 Euro bzw. ca. 305 Euro auf. Demgegenüber liegt der durchschnittlich anerkannte Tagesbedarfssatz bei 228 Euro pro Pflegetag. Der rechnerische Eigenanteil der stationären Hospize liegt daher im Ergebnis nahezu bei 30 Prozent und überschreitet damit die Grenzen der Möglichkeiten der Eigenfinanzierung der Hospizeinrichtungen um ein Vielfaches. Hinzu kommen unterschiedlich hohe Eigenanteile der Versicherten, die für diese nicht kalkulierbar sind sowie unterschiedlich hohe, in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse festgelegte Kassenzuschüsse, die weitere Variablen in der zum Teil unklaren Mischfinanzierung der Hospize darstellen.

Mit dem am 23. Juli 2009 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG)⁹ hat der Gesetzgeber auf diese Missstände zu Gunsten der stationären und ambulanten Hospize und der Versicherten reagiert, um die Finanzierung der Hospize zukünftig auf eine sichere Basis zu stellen. In Bezug auf die Leistungen bei stationärer Hospizversorgung gilt nunmehr, dass die Krankenkassen die Höhe des Zuschusses nicht mehr in der Satzung festlegen dürfen. Nach § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V hat die Krankenkasse die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zu 90 Prozent, bei Kinderhospizen zu 95 Prozent, zu tragen. Die zuschussfähigen Kosten werden weiterhin von den Vertragspartnern als tagesbezogene Bedarfssätze vereinbart. Zuschussfähig sind maximal die tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlungen wie z.B. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln dürfen Versicherte nicht mehr zu Eigenbeteiligungen herangezogen werden.

8 BT-Drs. 15/5858, S. 34, Zwischenbericht der Enquete-Kommission zur Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit.

9 BGBl I S. 1990, 3578.

gen werden. Im Ergebnis gibt es aber auch zukünftig keine Vollfinanzierung der stationären Hospize. Bei den Verhandlungen über den tagesbezogenen Bedarfsatz zwischen den Vertragspartnern auf der Landesebene ist daher weiterhin entscheidend, welche Aufwendungen der stationären Hospize tatsächlich Bestandteil des Bedarfsatzes sind. Daraus ergibt sich zwangsläufig auch der „reale“ finanzielle Anteil einer stationären Hospizeinrichtung.

In Bezug auf die Bezuschussung der Personalkosten ambulanter Hospizdienste ergibt sich durch die Gesetzesänderung eine neue Finanzierungssystematik auf Basis eines gesetzlich fixierten Zuschusses zu den erbrachten Leistungseinheiten in Höhe von 11 Prozent der Bezugsgröße (§ 39a Abs. 2 SGB V).

In einem folgenden Schritt müssen nun die gesetzlichen Änderungen des AMG noch in die zu vereinbarenden stationären und ambulanten Rahmenvereinbarungen integriert werden. Ebenfalls müssen noch die Änderungen des GKV-WSG, wonach den besonderen Belangen in der Versorgung von Kindern stärker Rechnung zu tragen ist, (endgültig) in die Rahmenvereinbarungen¹⁰ aufgenommen werden. Bisher verliefen die Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und den Spitzenorganisationen der Hospize als Verhandlungspartner sehr konstruktiv, so dass bei einem kurzfristigen Verhandlungsabschluss die gesetzlichen Änderungen auch schnellstmöglich in die Praxis umgesetzt werden können. In den nachfolgenden Erläuterungen sind die bereits konsentierten Ergebnisse aus den Verhandlungsgesprächen der letzten Monate mit eingeflossen.

III. Stationäre Hospizleistungen nach § 39a Abs. 1 SGB V

Ziel der stationären Hospizarbeit ist es, eine Pflege und Begleitung (palliativmedizinische und palliativ-pflegerische Versorgung) anzubieten, welche die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessert, seine Würde nicht antastet und aktive Sterbehilfe ausschließt. Insbesondere Menschen, die in der Zeit ihres Sterbens kein tragfähiges Zuhause mit Familie oder Freunden haben oder aufgrund ihrer Krankheitssituation auf die ständige Präsenz erfah-

10 Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkasse auf der Bundesebene haben sich aufgrund der ergebnislos verlaufenden Verhandlungen mit den Spitzenorganisationen der Hospize dafür entschieden, einseitig die Anwendung der ambulanten und stationären Rahmenvereinbarung mit Stand vom 22.10.2008 zu empfehlen.

rener Pflegekräfte angewiesen sind, werden in stationäre Hospize aufgenommen. In den Hospizen selbst werden dafür speziell palliativ-medizinische Behandlung und palliativ-pflegerische Versorgung angeboten, die zumeist in der Familie des Versicherten nicht erbracht werden können.

Zur Versorgungsoptimierung von Sterbenskranken, insbesondere um einen reibungslosen und unverzüglichen Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung zur stationären Hospizversorgung zu gewährleisten, arbeiten die Hospize im Rahmen eines versichertenbezogenen Versorgungsmanagement mit den niedergelassenen Vertragsärzten, Vertragskrankenhäusern und sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligten eng zusammen.

1. Leistungsvoraussetzungen

Die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch auf stationäre Hospize sind in § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V festgelegt und werden durch die Rahmenvereinbarung der Vereinbarungspartner nach Satz 4¹¹ konkretisiert.

Einen Anspruch auf Zuschuss können aber nur diejenigen Versicherten haben, die einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V nicht bedürfen, weil die Versorgung in einer Hospizeinrichtung nicht primär auf die Akutbehandlung bei einer bestehenden Krankheit gerichtet ist. Vielmehr möchte man in den Hospizeinrichtungen die letzte Lebensphase für die sterbenden Menschen durch Linderung der Krankheitsbeschwerden möglichst erträglich gestalten.

1.1 Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V

Unter der Berücksichtigung der amtlichen Begründung¹² obliegt dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen als Vereinbarungspartnern u. a. die Festlegung des Kreises der anspruchsberechtigten Versicherten und die Bedingungen, die von Einrichtungen erfüllt werden müssen, um als stationäre Hospize im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V gelten zu können. Im Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen (vom 17.06.1997) zum 1. und 2. NOG¹³ wird bereits auf die Notwendigkeit von Absprachen über die Höhe der berücksichtigungsfähigen Kosten, die Not-

11 Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998 in der Fassung vom 22.10.2008 und Entwurfssfassung vom 17.11.2009, vgl. auch Fußnote 10.

12 BT-Drs. 13/7264, S. 55, 60 bis 61.

13 Vgl. Fußnote 4.

wendigkeit und den Umfang einer Verordnung eines Hospizaufenthaltes, die Frage der Dauer der Bezuschussung und des Vorrangs/Nachrangs gegenüber anderen Leistungsträgern (z.B. nach dem SGB XI) hingewiesen. Die derzeit angewandte Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 1 Satz 4 SGB V¹⁴ über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung beinhaltet neben Begriffsdefinition und Zielsetzung von stationären Hospizen im Besonderen die Festlegung über den Kreis der Anspruchsberechtigten und den Versorgungsumfang.

1.2 Ziele, Begriffsdefinition, Kostenaufteilung

Die Hospizarbeit soll vor allem dem sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende ermöglichen. Im Zentrum der Hospize stehen deshalb die Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen.

Stationäre Hospize sind selbständige Einrichtungen (baulich, organisatorisch und wirtschaftlich) mit eigenständigem Versorgungsauftrag, d.h., sie sollen für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung erbringen. Um die Entstehung eines familiären Charakters zu fördern, umfasst das Platzangebot mindestens sechs bis acht, aber höchstens 16 Plätze. Die räumliche Gestaltung ist dabei auf die Bedürfnisse schwerkranker sterbender Menschen auszurichten. Die Mindestanzahl von Plätzen soll als steuerungstechnisches Instrumentarium einen „Wildwuchs“ in der Eröffnung von Hospizeinrichtungen vermeiden. Für bestehende Einrichtungen gilt aber insofern eine Bestandsschutzregelung. Ebenso dürfen die im Aufbau befindlichen Einrichtungen in der Gründungsphase die Mindestbettenanzahl unterschreiten.¹⁵

In bevölkerungsarmen ländlichen Regionen ist zu berücksichtigen, dass stationäre Hospize – als Ergänzung zu den Palliativstationen der Krankenhäuser und den stationären Pflegeeinrichtungen – auch ein regionales Versorgungsdefizit ausgleichen können. Bei diesen (ergänzenden) stationären Hospizen kann eine sinnvolle Höchstgrenze auch unterhalb von acht Plätzen liegen, sofern eine wirtschaftliche Betriebsführung möglich erscheint.

Anstelle einer vollstationären Hospizversorgung kann auch eine teilstationäre Versorgung die erforderliche Entlastung und Unterstützung der Patienten

14 22.10.2008, vgl. Fußnote 11.

15 Niederschrift über die Verhandlungen zu den Rahmenvereinbarungen nach § 39a SGB V am 17. November 2009; Top 3.

und der Angehörigen gewährleisten, damit der Sterbende möglichst lange in seiner häuslichen Umgebung verweilen kann. Das teilstationäre Hospiz ist ähnlich wie ein Hospiz ausgerüstet, eine Betreuung wird aber nur tagsüber geleistet. Die ärztliche Betreuung wird in der Regel durch die Hausärzte der Patienten fortgesetzt. Nachts kehren die Patienten in ihre häusliche Umgebung zurück.

1.2.1 persönliche und institutionelle Voraussetzungen

Für einen Anspruch auf stationäre Hospizversorgung müssen sowohl die persönlichen als auch die institutionellen Voraussetzungen erfüllt sein.

Persönliche Voraussetzung für die Aufnahme ist die Erkrankung eines Patienten, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und bei der eine Heilung ausgeschlossen ist, eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig ist und auch vom Sterbenden gewünscht wird.

Die Lebenserwartung der Sterbenden ist zumeist auf Tage, Wochen oder wenige Monate – bei Kindern auch Jahre – begrenzt.

Eine palliativ-medizinische Behandlung kommt regelmäßig bei den Krankheitsbildern einer fortgeschrittenen Krebserkrankung, AIDS, Nervensystemerkrankung mit fortschreitenden Lähmungen und Endzustand einer chronischen Erkrankung von Nieren, Lungen, Herz und Verdauungstrakt in Betracht.

Die institutionelle Voraussetzung ist erfüllt, wenn eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreichend ist. Ist der aus der Erkrankung resultierende Versorgungsbedarf an palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Versorgung so groß, dass er von Art und Umfang her die Möglichkeit von Laienhilfe (Angehörige, Ehrenamtliche) und ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, ambulante Hospizversorgung etc.) sowie der Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt, ist die Aufnahme in eine stationäre Hospizeinrichtung indiziert.

1.2.2 Notwendigkeit und Versorgungsumfang

Die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung wird vorab durch den Vertragsarzt oder Krankenhausarzt bestätigt und ist zunächst auf 4 Wochen

begrenzt.¹⁶ Bei der Überprüfung einer weiterhin bestehenden Notwendigkeit über die Leistungsdauer von vier Wochen, ist zu prüfen, ob eventuell eine Entlassung nach Hause möglich ist. Die Möglichkeit könnte dann bestehen, wenn sich der Zustand des Patienten trotz des schweren Krankheitsbildes stabilisiert hat. Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei Patientinnen und Patienten vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden.

Die Hospizversorgung umfasst Unterkunft und Verpflegung, palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Leistungen, soziale und geistig-seelische Leistungen, ganztägige Sterbe- und Trauerbegleitung (vollstationär) sowie Sterbe- und Trauerbegleitung tagsüber bzw. nachts (teilstationär).

1.3 Stationäre oder teilstationäre Unterbringung, wenn eine häuslich-Versorgung nicht möglich ist

Der individuelle Anspruch eines Versicherten auf Unterbringung in einem stationären oder teilstationären¹⁷ Hospiz besteht, wenn keine Krankenhausbehandlung erforderlich und ambulante Versorgung im Haushalt oder Familie nicht möglich ist.

Die stationäre Aufnahme in ein Hospiz erfolgt also immer dann, wenn die Intensität der Behandlungspflege und der Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens so groß geworden sind, dass die notwendigen Hilfeleistungen nicht erbracht werden können.¹⁸ Als eigenständige Einrichtung ist ein Hospiz oft eng an eine andere Einrichtung (wie Krankenhaus) angebunden. Die ärztliche Versorgung wird überwiegend durch die Hausärzte der Patienten oder durch mit dem Hospiz kooperierende niedergelassene Ärzte sichergestellt.

1.4 Palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung

Die Versorgung in einem Hospiz muss auf palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung ausgerichtet sein. Die palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Leistungen sollen durch Linderung der Krankheitsbe-

16 So BT-Drs. 15/5858, S. 33 Pkt 6.7.1. Nach einer Studie des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) vom 13.03.2009 beträgt die durchschnittliche Verweildauer in einem stationären Hospiz jedoch 20 Tage.

17 Vgl. Punkt 1.2, 4. Absatz.

18 Joseph von Radowitz, Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Schreiben vom 23.07.1997 an die Spitzenverbände der Krankenkassen zur Vorbereitung der Rahmenvereinbarung nach § 39a SGB V.

schwerden die letzte Lebensphase des Patienten erträglich gestalten. Sie sind nicht primär darauf gerichtet, das Leben zu verlängern. Im Zentrum steht die Behandlung der körperlichen Beschwerden (Schmerztherapie, Symptomkontrolle) und die Linderung der damit verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte.¹⁹ Die Patienten, die einer stationären Hospizversorgung bedürfen, sind in einer akuten Krise, in der sofortige stationäre Aufnahme, ständige ärztliche Präsenz und ggf. interdisziplinäre ärztliche Zusammenarbeit geboten sind.

2. § 39a Abs. 1 SGB V - Finanzierung durch Zuschüsse

Grundsätzlich finanzieren die landwirtschaftlichen Krankenkassen die stationären Hospize mit entsprechenden Zuschüssen anteilig mit.

Nach der Regelung des § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V tragen generell alle Krankenkassen 90 Prozent – bei Kinderhospizen 95 Prozent – der zuschussfähigen Kosten einer Hospizeinrichtung.

Nach § 39a Abs. 1 Satz 1 und 4 SGB V i. V. m. § 7 Abs. 1 der stationären Rahmenvereinbarung²⁰ ist die Basis für die Bemessung der Entgelte für teilstationäre und stationäre Hospize ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz. Grundlage für die Entgelte sind die durchschnittlich an einem Tag zu erstellenden Leistungen. Der tagesbezogene Bedarfssatz muss für die Zukunft vereinbart werden, d.h. eine Umlagefinanzierung ist nicht vorgesehen.²¹

Die sich aus der Erstellung der Leistungen für palliativ-medizinische Behandlung, Grund- und Behandlungspflege einschließlich palliativ-pflegerischer Versorgung, soziale Betreuung einschließlich Sterbe- und Trauerbegleitung sowie für Unterkunft und Verpflegung ergebenden Kosten (=tagesbezogene Bedarfsätze) der Hospize werden im Rahmen einer Mischfinanzierung durch Zuschüsse der Krankenkassen, durch die Pflegeversicherung sowie durch Spenden und ehrenamtlichen Leistungen aufgebracht. Unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger darf der tagesbezogene Bedarfsatz

19 § 3 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über die Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i.d.F. vom 22.10.2008.

20 In der Fassung vom 22.10.2008.

21 Derzeit liegt nach der Studie des DHPV vom 13.03.2009 der durchschnittlich anerkannte Tagesbedarfssatz bei rund 228,00 EUR pro Pflergetag, S. 5.

die tatsächlichen kalendertäglichen Versorgungskosten jedoch nicht überschreiten.

Bis einschließlich 22. Juli 2009 konnten aufgrund unterschiedlicher Satzungsregelungen der Krankenkassen Eigenanteile der Versicherten anfallen, um den tagesbezogenen Bedarfsatz abzudecken. Der Eigenanteil der Patienten fiel dabei jeweils in sehr unterschiedlicher und für die Patienten in nicht kalkulierbarer Höhe an. Mit dem Inkrafttreten des AMG ist der Eigenanteil der Versicherten bzw. die Beteiligung des Sozialhilfeträgers ersatzlos weggefallen.

Nach § 39a Abs. 1 Satz 1 und 4 SGB V i. V. m. § 7 Abs. 6 der Rahmenvereinbarung müssen die (kalendertäglichen) Kosten zu 10 Prozent – beim Kinderhospiz zu 5 Prozent – aus Eigenmitteln der teilstationären und stationären Hospize bzw. Kinderhospize bestritten werden. Der Eigenbeitrag der Hospize kann sich aus Spenden und ehrenamtlicher Arbeit zusammensetzen.

Die Versicherten erhalten somit zur Erfüllung des Anspruchs auf stationäre Hospizversorgung eine i.S.v. § 2 Abs. 2 SGB V abweichende Leistung als Zuschuss, der sich aber nicht direkt auf die palliativ-medizinische Behandlung erstreckt, sondern auf die gesamte Hospizversorgung. Die Krankenkasse prüft daher nicht, wie groß der palliativmedizinische Anteil ist.²²

Berechnungsbeispiel:

Ein Versicherter einer LKK befindet sich vom 01.07. bis 28.07.2009 in einem stationären Hospiz. Er ist pflegebedürftig im Sinne der Pflegestufe II. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI ist erschöpft.

Tagesbezogener Bedarfsatz des Hospizes	240,00 EUR
./.. Eigenleistung des Hospizes für Erwachsene (10 Prozent)	<u>24,00 EUR</u>
= zuschussfähiger Betrag (allgemeine Vergütungsklasse)	216,00 EUR

Das Hospiz ist zugleich als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen.

Der Pflegesatz in der Pflegeklasse II beträgt	174,33 EUR
+ Unterkunft und Verpflegung	16,51 EUR
+ Investitionskosten	<u>25,16 EUR</u>
= Heimentgelt	216,00 EUR

Rechnung des Hospizes in Höhe von 6.048,00 EUR
(28 Tage x 216,00 EUR)

²² Wannagat in: KassKomm-SGB, SGB V, § 39a Rn 32.

Die LKK zahlt bis zum 22.07.2009 einen satzungsgemäßen Zuschuss nach § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V in Höhe von 151,20 EUR. Ab 23.07.2009 zahlt die LKK die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI.

Berechnung der Leistungsansprüche

<ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum vom 01.07. bis 22.07.2009 (Altrecht) anteiliger Rechnungsbetrag (22 Tage x 216,00 EUR) 	4.752,00 EUR
Leistung der Pflegekasse nach § 43 SGB XI (4.752,00 EUR x 75 v. H. = 3.564,00 EUR; Begrenzung auf Höchstleistungsanspruch)	1.279,00 EUR
Leistung der LKK nach § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V i. V. m. der Satzungsleistung (22 Tage x 151,20 EUR)	3.326,40 EUR
Eigenanteil des Versicherten (4.752,00 EUR – 1.279 EUR – 3.326,40 EUR)	146,60 EUR
<ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum vom 23.07. bis 28.07.2009 (Neurecht) anteiliger Rechnungsbetrag (6 Tage x 216,00 EUR) 	1.296,00 EUR
Leistung der Pflegekasse nach § 43 SGB XI (Leistungsanspruch erschöpft)	0,00 EUR
Leistung der LKK nach § 39a Abs. 1 SGB V (6 Tage x 216,00 EUR)	1.296,00 EUR

Der Versicherte hat keinen Eigenanteil zu tragen.

Ein Zuschuss nach § 39 a Abs. 1 SGB V kann neben Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI beansprucht werden, wenn das Hospiz ein zugelassenes Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 SGB XI ist.

2.1 Mindestzuschuss

Ungeachtet der neuen Finanzierungssystematik wird weiterhin ein gesetzlicher Mindestzuschuss von 11 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV festgelegt. Der Mindestzuschuss bezieht sich auf die kalendertägliche Vergütung. Auch dieser Mindestzuschuss soll nicht dazu führen, dass die Zuschüsse unter Anrechnung der Leistungen der anderen Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen und zuschussfähigen

Kosten überschreiten. Er soll ausweislich der Gesetzesbegründung sicherstellen, dass stationäre Hospize im Regelfall nicht weniger als den genannten Betrag als Zuschuss erhalten. Vor dem Hintergrund, dass der tagesbezogene Bedarfssatz von den Vertragsparteien zu verhandeln ist, entfaltet diese Regelung von daher keine praktische Wirkung.

3. § 39a Abs. 1 Satz 5 SGB V: Berücksichtigung der besonderen Belange der Versorgung in Kinderhospizen

Es ist der ausdrückliche Wille des Gesetzgebers²³, die besonderen Belange der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend zu berücksichtigen.

Um die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder zu verbessern, sind auf der Bundesebene die bestehenden Rahmenvereinbarungen zu stationären Hospizleistungen nach Inhalt, Art, Umfang und Qualität so auszugestalten, dass sie den besonderen Belangen von Kindern ausreichend Rechnung tragen.

Von besonderer Bedeutung können dabei die gegenüber anderen Hospizen höheren Infrastruktur- und Personalkosten sein. Berücksichtigung muss auch die längere Verweildauer in dem Hospiz und die Einbindung der Familienangehörigen des Kindes in die Hospizarbeit finden.²⁴

3.1 Finanzierungsregelung für Kinderhospize

Der allgemein von den stationären Hospizen aufzubringende Eigenanteil am tagesbezogenen Bedarfssatz beträgt einheitlich 10 Prozent. Um den Belangen der Kinderhospize besser gerecht zu werden, ist bei stationären Kinderhospizen dieser Eigenanteil auf 5 Prozent des täglichen Bedarfssatzes reduziert worden. Durch diese Regelung soll der Ausbau der Kinderhospizarbeit unterstützt und insbesondere die Abhängigkeit von Spenden und ehrenamtlicher Mitarbeit für stationäre Kinderhospize verringert werden. Ein vollständiger Verzicht auf einen Anteil an den Kosten würde den Hospizgedanken zuwider laufen, der im Wesentlichen auf ehrenamtlichem Engagement beruht.

3.2 Besondere Belange in der Versorgung von Kindern

Stationäre Kinderhospize sind selbständige Einrichtungen (mit höchstens 10 Plätzen) mit eigenständigem Versorgungsauftrag, die für junge Menschen mit unheilbaren Krankheiten ab infauster Diagnose die Behandlung und

23 BR-Drs. 75/07, S. 10.

24 BT-Drs. 16/3100; Art. 1 Nr. 25 Buchst. a und b.

Pflege nach „palliative-care“²⁵ sowie die soziale Betreuung der Eltern und Geschwisterkinder erbringen können. Anstelle der vollstationären Hospizversorgung kann die palliativ-medizinische Behandlung und soziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung (z. B. Kinderzimmer, Spielzimmer, Elternzimmer, Gemeinschaftsraum für Familien) ist auf die Bedürfnisse schwer kranker sterbender junger Menschen auszurichten.

Kinder bedürfen intensiver Pflege und Betreuung, weil oftmals Vernunft und Einsicht fehlen, sodass die Personalausstattung in einem Kinderhospiz höher ist als in Hospizen für Erwachsene. Die Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich mehrheitlich von denen der Erwachsenen. Der Krankheitsprozess dauert in der Regel mehrere Jahre²⁶ und wird daher fachlich als lebensverkürzend bezeichnet. Die Anspruchsbegrenzung auf die Vollendung des 18. Lebensjahres wird allgemein nicht als zweckmäßig erachtet, weil Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter sich oft über das 18. Lebensjahr hinaus auswirken können.²⁷

Darüber hinaus stellt die Verschlimmerung des Krankheitsverlaufs bzw. die Stabilisierung des Gesundheitszustandes bei Kindern keinen kontinuierlichen Prozess dar, so dass Mehrfachaufenthalte durch plötzliche Krisensituationen die Folge sind. Derzeit liegt die bundesweit durchschnittliche Begleitdauer von Kindern bei 7 Monaten.

Den finanziellen Mehraufwand aufgrund von Mehrfachaufenthalten und der jeweiligen erforderlichen Mitaufnahme der Eltern bzw. der Geschwisterkinder gehört ebenfalls zu den besonderen Belangen, die in der Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfsatzes berücksichtigt werden müssen.

4. Ärztliche Behandlung in Hospizeinrichtungen

Die (vertrags-)ärztliche Behandlung in einer (Kinder-)Hospizeinrichtung erfolgt zumeist durch den Vertragsarzt. Sie ist dadurch Bestandteil der ambulanten

25 Lat. Pallium = Mantel. Palliativ = (symptom) lindernd (ohne zu heilen). Palliative Care (Palliativbetreuung) bedeutet die aktive und umfassende Behandlung, Pflege und Begleitung von Patienten ab dem Zeitpunkt, da ihre Krankheit nicht mehr auf eine kurative (heilungsorientierte) Behandlung anspricht.

26 Eckpunkte und Erläuterungen des Bundesverbandes Kinderhospiz e.V. vom 24.05.2006.

27 Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Bundesverband Kinderhospiz e. V. am 24.05.2006.

ärztlichen Behandlung, auf die jeder Versicherte grundsätzlich einen Anspruch hat. Aus dieser Tatsache resultiert das Recht der KBV, vor dem Abschluss einer Rahmenvereinbarung eine Stellungnahme abgeben zu können.

5. Abgrenzung der stationären Hospize zu Pflegeheimen und Krankenhäusern

Die Versorgung in einem teilstationären oder stationären Hospiz muss auf palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung ausgerichtet sein. Das unterscheidet die Hospizeinrichtungen grundsätzlich von der Krankenhausbehandlung und von anderen Einrichtungen, die zwar auch sterbende Menschen versorgen, aber nicht das auf die palliativ-medizinische bzw. palliativ-pflegerische Versorgung ausgerichtete Leistungsspektrum eines Hospizes vorhalten. Im Vordergrund der Hospizversorgung steht die Schmerzlinderung und die Sterbegleitung, weniger die medizinischen Behandlungsmaßnahmen.²⁸

IV. Ambulante Hospizversorgung nach § 39a Abs. 2 SGB V

Die Mehrzahl der Sterbenskranken wünscht sich, zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung sterben zu dürfen. Jedoch nimmt die Zahl der alleinstehenden Menschen kontinuierlich zu, auch Angehörige fühlen sich mit der schweren Aufgabe, Sterbende zu Hause zu begleiten, überfordert. Sterbende und Angehörige brauchen deshalb Begleitung und Unterstützung, insbesondere benötigen die sterbenden Menschen eine schmerztherapeutische Behandlung, psychosoziale und spirituelle Unterstützung sowie eine Entlastung im Alltag. Im Vordergrund der ambulanten Hospizarbeit steht aus diesem Grund die ambulante Betreuung im Haushalt, in der Familie, aber auch in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe, mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen sowie die Familie in diesem Prozess zu begleiten, zu entlasten und zu unterstützen. Der palliative Versorgungsbedarf soll in seiner Art und von seinem Umfang her durch den Einsatz ehrenamtlich tätiger Personen

28 Orlowski, Rau, Schermer, Wasem, Zipperer in: GKV- Kommentar SGB V, Oktober 2006, § 39a SGB V Rn 4.

und weiterer ambulanter Versorgungsformen erfüllt werden.²⁹ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei sterbenden Kindern die Familien und die Begleitenden vor besonderen Herausforderungen stehen.

Die Regelung in § 39a Abs. 2 SGB V beinhaltet keinen individuellen Rechtsanspruch des Versicherten auf Leistungen der ambulanten Hospizversorgung.³⁰ Vielmehr werden die ambulanten Hospizdienste durch eine pauschale finanzielle Förderung durch die Krankenkassen unterstützt. Die Vorschrift stützt den verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“, stärkt damit den kostengünstigeren ambulanten Bereich und begrenzt die Anforderungen an den Ausbau stationärer Angebote.³¹ Es haben aber nur diejenigen ambulanten Hospizdienste nach § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V einen Anspruch auf Förderung durch die Krankenkassen, die Sterbende bzw. Sterbenskranke mit qualifizierter ehrenamtlicher Sterbebegleitung versorgen.

Durch die Förderungsregelung sollen die ambulanten Hospizdienste in die Lage versetzt werden, den Aufbau der Einsatzbereitschaft von qualifizierten ehrenamtlich Tätigen auf eine gesicherte finanzielle Basis zu stellen.³² Gleichzeitig ergänzt diese geförderte qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung im Rahmen ambulanter Hospizversorgung die Behandlungs- und Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im häuslichen Bereich, die in erster Linie in vertragsärztlicher und in häuslicher Krankenpflege bestehen, um einen nicht-medizinischen Aspekt.

Darüber hinaus muss als Fördervoraussetzung der ambulante Hospizdienst in der fachlichen Verantwortung einer beruflich bzw. fachlich qualifizierten Person stehen. Die fachliche Verantwortung kann durch Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder andere fachlich qualifizierte Personen (z. B. ausgebildete Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen) mit Berufsabschluss und entsprechender Erfahrung und Weiterbildung gewährleistet werden. Im Übrigen ist es erforderlich, dass der ambulante

29 Präambel sowie § 2 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, in der von den Krankenkassen angewandten Fassung vom 22.10.2008.

30 Höfler in: August 2002; § 39 a SGB V Rn. 16.

31 BT-Drs. 14/6754, S. 1.

32 Vgl. dazu Studie des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) vom 13.03.2009.

Hospizdienst mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet.

Die Bestimmung der näheren Einzelheiten des Leistungsgeschehens und der Fördervoraussetzungen erfolgt durch die Rahmenvereinbarungen nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V. Den Krankenkassen und den Verbänden der Krankenkassen sowie den Hospizorganisationen auf Landesebene ist es unbenommen, neben den gemeinsamen und einheitlichen Regelungen auf Bundesebene auch Vereinbarungen über die Art und Weise der Förderung auf Landesebene zu treffen.

1. Leistungsvoraussetzungen

Gefördert wird inhaltlich die ehrenamtliche Sterbebegleitung im häuslichen Bereich. Die professionelle, d.h. berufsmäßige oder zu Erwerbszwecken ausgeübte Betreuungsleistung, schließt den institutionellen Anspruch auf einen Zuschuss dagegen aus. Die Förderung eines ambulanten Hospizdienstes durch die Krankenkassen nach § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V kann nur dann erfolgen, wenn sich die zu betreuenden Versicherten im Endstadium einer Erkrankung befinden und einer Krankenhausbehandlung, einer stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz nicht (mehr) bedürfen, weil diese Leistungen für die sterbenskranken Menschen nicht mehr erfolgversprechend sind.³³

1.1 Institutionelle Voraussetzungen

Ein ambulanter Hospizdienst kann nur dann finanziell gefördert werden, wenn er über entsprechend ausgebildete Fachkräfte und über in der Sterbebegleitung geschulte ehrenamtlich Tätige verfügt. Der Hospizdienst darf keine direkten Pflegeleistungen erbringen. Dies ist Aufgabe der ambulanten Pflegedienste. Eine Konkurrenzsituation zwischen Hospizdienst und Pflegedienst wird damit ausgeschlossen. Andererseits sind Pflegedienste keine Hospizdienste, denn ein ambulanter Hospizdienst besteht notwendigerweise aus professionellen Fachkräften und geschulten ehrenamtlichen Tätigen.³⁴

1.2 Ehrenamtlicher Hospizhelfer

Es muss sich bei der Betreuungsleistung um eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung handeln, was eine laienhafte Tätigkeit ohne jede Anleitung

33 Wagner in: Krauskopf – Kommentierung zum SGBV, Mai 2006, § 39a SGB V Rn 11.

34 BR-Drs. 578/00, S. 3.

und Überwachung ausschließt. Ehrenamtliche Bewerber können sich in sog. Befähigungskursen auf die Sterbebegleitung vorbereiten lassen, die ca. 120 Stunden umfassen. In dieser Zeit werden ehrenamtliche Hospizhelfer optimal qualifiziert, um hinreichend auf die Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden und seines näheren Umfelds eingehen zu können. Um den komplexen Anforderungen der Hospizarbeit gewachsen zu sein, wird erwogen, dass für die Qualifikation ehrenamtlicher Helfer dieselben Mindestanforderungen gelten wie für Pflegekurse nach § 45 SGB XI. Für Bewerber zur Hospizarbeit sind keine beruflichen Qualifikationen notwendig, vorherige Erfahrungen im Umgang mit sterbenden Menschen sind keine Voraussetzung. Bedingung ist die Übereinstimmung des Bewerbers mit dem der Hospizbewegung zugrunde liegenden Menschenbild sowie deren Werthaltungen und Grundüberzeugungen.

In vier Stufen werden die zu qualifizierenden Sterbebegleiter auf ihre Arbeit und den Umgang mit sterbenden Patienten vorbereitet:

- Zunächst erfolgt die Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie und Identität anhand der jeweils eigenen Erfahrungen mit Trauer, Sterben und Tod.
- In einem zweiten Schritt erfolgt eine umfassende Information über das Hospizkonzept und die Lebensbedürfnisse sterbender Menschen und ihrer Angehörigen.
- Anschließend erfolgt die Aufklärung über die Arbeitsweise des Hospizes im interdisziplinären Team, Stellung und Selbstverständnis des Ehrenamtes sowie über die notwendigen Rechts- und Versicherungsfragen.
- Abschließend werden Praktika in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und ambulanten bzw. stationären Einrichtungen für schwerkranke oder sterbende Menschen absolviert.

Damit genügend geeignete ehrenamtliche Kräfte zur Verfügung stehen, ist die Zahlung angemessener Aufwandsentschädigungen unschädlich; diese stellen keine Bezahlung für die Ausübung des Ehrenamtes dar.

2. § 39a Abs. 2 Sätze 1,4 bis 6 SGB V – institutionelle Förderung

Die Einführung der institutionellen Förderung von ambulanten Hospizdiensten lehnt sich rechtssystematisch an die Regelungen der Selbsthilfeförderung

nach § 20 Abs. 4 SGB V an.³⁵ Nach § 39a Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB V sollen die ambulanten Hospizdienste einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten, welche für die Gewinnung, Vorbereitung, Koordination und Begleitung ehrenamtlicher Hospizkräfte, für die Vernetzung mit anderen Diensten sowie für palliativ-pflegerische Beratung entstehen, erhalten. Insbesondere soll sich die Höhe des Zuschusses nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Mit dieser Zuschussregelung in Verbindung mit den angemessenen Personalkosten wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es sich bei der ambulanten Hospizarbeit um eine gesellschaftliche Aufgabe handelt, deren Förderung nicht ausschließlich den Kassen zugewiesen werden darf.³⁶ Um den ambulanten Hospizdiensten eine Anpassung ihrer Strukturen und Arbeitsweisen zu ermöglichen, war nach § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V a. F. eine Steigerung des Förderbetrages von 0,15 EUR im Jahre 2002 auf bis 0,40 EUR im Jahr 2007 festgelegt; dieser Betrag war ab 2008 entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen.

Durch die gesetzlichen Änderungen des AMG erhalten ambulante Hospizdienste von den Krankenkassen nunmehr gesetzlich festgelegte Zuschüsse, die sich weiterhin auf Leistungseinheiten, die aus der Zahl der ehrenamtlich Tätigen und den geleisteten Sterbebegleitungen ermittelt werden, beziehen. Die Zuschüsse betragen je Leistungseinheit 11 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (2009: 277,20 Euro).³⁷ Die Höhe des Zuschusses ist jedoch weiterhin begrenzt auf die tatsächlich entstandenen zuschussfähigen Aufwendungen.³⁸

Weitere Finanzquellen in der Mischfinanzierung sind etwa Mitgliedsbeiträge, Spenden, Sponsorengelder und Zuschüsse öffentlicher Gebietskörperschaften.

35 Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzesentwurf des Bundesrates vom 26.07.2001 (BT-Drs. 14/6754) vom 14.11.2001.

36 BR-Drs. 433/01, S. 3 u. 4.

37 Vgl. auch § 6 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung in der Endwurfsfassung vom 17.11.2009; Fußnote 43.

38 Vgl. § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V und § 6 Inhalt, Dauer und Verfahren der Förderung der ambulanten Rahmenvereinbarung vom 03.09.2002, in der Fassung vom 17.01.2006.

2.1 § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V – Konkretisierung in der Rahmenvereinbarung

Die Ermittlung der Zahl der Leistungseinheiten erfolgt nach den Regelungen der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V. Das Nähere zu dem Förderverfahren, zu den Anforderungen an die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Leistungserbringung nach Wegfall der Ausgabenobergrenze sowie zur Regelung der unterjährigen Umstellung der Finanzierungsgrundsätze in 2009 haben der GKV-Spitzenverband mit den Spitzenorganisationen der ambulanten Hospizdienste in der Rahmenvereinbarung neu zu regeln.

Mit der ambulanten Rahmenvereinbarung vom 03.09.2002, in der von den Krankenkassen angewandten Fassung vom 22.10.2008 sowie in der aktuellen Entwurfsfassung vom 17.11.2009³⁹, ist man den gesetzlichen Aufforderungen weitestgehend nachgekommen. In den Rahmenbedingungen sind die Fördergrundsätze und Förderungsmodalitäten für ambulante Hospizdienste festgelegt, in denen weitere Finanzierungsbedingungen sowie Vorgaben zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit ausformuliert sind.

2.2 Ziel der Förderung

Die Krankenkassen leisten einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten des ambulanten Hospizdienstes für die palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte sowie für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen.

2.3 Grundsätze der Förderung

Es werden nur diejenigen ambulanten Hospizdienste gefördert, die die Regelungen der Rahmenvereinbarung erfüllen und für Versicherte qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Dabei ist u.a. Voraussetzung für die Förderung, dass die ambulanten Hospizdienste seit einem Jahr bestehen und Sterbebegleitung geleistet haben, Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sind und mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst und approbierten Arzt zusammenarbeiten.

39 Spiegelt den aktuellen Verhandlungsstand zwischen den Vereinbarungspartnern wider. Siehe auch diverse Fußnoten zu den Erläuterungen „Stationäre Hospizleistungen nach § 39a Abs. 1 SGB V“.

2.4 Inhalt ambulanter Hospizarbeit

Ambulante Hospize erbringen Sterbebegleitung sowie palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung. Angehörige der sterbenden Menschen sollen nach Möglichkeit in die Begleitung mit einbezogen werden. Die Behandlung der körperlichen Beschwerden obliegt jedoch den zugelassenen Ärzten und Pflegediensten. Die ambulanten Hospizdienste können Teil der multiprofessionellen Versorgungsstruktur der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b SGB V) im Sinne eines integrativen Ansatzes sein. Ferner ist in den Kinderhospizen darauf zu achten, dass kindgemäße, entwicklungsrelevante und altersentsprechende Begleitungen der Kinder geleistet werden, die die Lebensqualität der gesamten Familie verbessern.

2.5 Qualität der ambulanten Hospizarbeit

Die ambulante Hospizarbeit muss qualitativ dem jeweiligen allgemeinen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen. Dabei sollten die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des sterbenden Menschen in dem Maße berücksichtigt werden, dass in der letzten finalen Lebensphase ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität ermöglicht wird. Der ambulante Hospizdienst muss daher bestrebt sein, verantwortliche Maßnahmen für die Sicherung der Qualität festzulegen und durchzuführen. Ehrenamtliche, die in der ambulanten Hospizarbeit tätig werden möchten, müssen vor Antritt ihrer Tätigkeit einen Befähigungskurs abgeschlossen haben. Sofern die abgeschlossenen Befähigungskurse von dem Hospizdienst nicht nachgewiesen werden können, gilt der Ehrenamtliche als nicht einsatzbereit. Bei der Ermittlung der Leistungseinheiten als Grundlage zum Förderbetrag bleibt dieser Ehrenamtliche somit unberücksichtigt.

2.6 Personelle Mindestvoraussetzung⁴⁰

Der ambulante Hospizdienst muss eine fest angestellte verantwortliche Kraft beschäftigen, die mindestens die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger entsprechend den Bestimmungen des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege in der jeweils gültigen Fassung besitzt.

40 Vgl. § 5 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen ambulanter Hospizdienste zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002 i. d. F. 22.10.2008.

Die Möglichkeit einer abgeschlossenen Universitäts- bzw. Fachhochschul-ausbildung aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik oder Sozialarbeit und andere abgeschlossene Studiengänge oder Berufsausbildungen sind im Einzelfall zu prüfen. Zudem muss die Fachkraft eine mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit in ihrem Beruf ausgeübt haben.

3. Förderung durch die landwirtschaftlichen Krankenkassen

3.1 Grundsätze

Die Förderung der ambulanten Hospizdienste erfolgt als Zuschuss zu den Personalkosten der Fachkraft. Der Fachkraft obliegt u. a. die palliativ-pflegerische und psychosoziale Beratung sterbender Menschen und deren Angehörigen sowie die Zusammenarbeit mit den übrigen vernetzten Strukturen, insbesondere mit dem palliativ-medizinischen Arzt bzw. dem palliativ-pflegerischen Pflegedienst.⁴¹ Der Personalkostenzuschuss selbst bezieht sich auf die palliativ-pflegerische Beratung sowie die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen. Zu den Personalkosten zählen auch Kosten für die Fort- und Weiterbildung der bereits tätigen Fachkräfte.⁴² Der Förderbetrag wird auf der Grundlage von Leistungseinheiten berechnet, die bis zum 31.12. des Vorjahres geleistet worden sind. Die Leistungseinheiten eines Jahres setzen sich aus den einsatzbereiten Ehrenamtlichen und den geleisteten Sterbebegleitungen zusammen.

Um eine stärkere Differenzierung zu gewährleisten und die maßgebliche Intensität in den unterschiedlichen Formen der Sterbebegleitungen abbilden zu können, werden die Anzahl der Ehrenamtlichen mit dem Faktor 2, eine abgeschlossene Sterbebegleitung mit dem Faktor 3 – bei Kindern mit Faktor 5 – multipliziert und anschließend addiert.

41 Vgl. § 3 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung in der Fassung vom 22.10.2008.

42 Vgl. § 6 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung in der Fassung vom 22.10.2008. Die Hospizorganisationen fordern, dass sehr betreuungsintensive und längere Sterbebegleitungen – insbesondere über den Jahreswechsel hinausgehende – zumindest in zwei aufeinanderfolgenden Förderjahren berücksichtigt werden können. Der GKV-Spitzenverband sowie die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene sind der Auffassung, dass eine zweimalige Berücksichtigung einer Sterbebegleitung dann erfolgen kann, wenn die Sterbebegleitung vor dem 30.06. eines Jahres beginnt und über den Jahreswechsel hinaus andauert.

Der Förderbetrag je Leistungseinheit beträgt 11 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV und ist auf die Personalkosten des ambulanten Hospizdienstes begrenzt.⁴³

3.2 Verfahren

Die Anträge auf Förderung nach der Rahmenvereinbarung sind bis zum 31.03. des laufenden Kalenderjahres an die landwirtschaftlichen Krankenkassen bzw. an eine andere bestimmte Stelle⁴⁴ zu richten. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen bzw. die andere bestimmte Stelle prüfen nach der Rahmenvereinbarung die Voraussetzungen für die Förderung, ermitteln die Förderbeträge und zahlen diese bis spätestens bis zum 30.06. des laufenden Kalenderjahres aus.

Fallbeispiel für das Förderjahr 2010⁴⁵ für einen solitären ambulanten Hospizdienst:

- | | |
|---|----|
| a) Die Anzahl der geleisteten Sterbebegleitungen in 2009: | 42 |
| b) Die Anzahl der (einsatzbereiten) ehrenamtlichen Personen zum 31.12.2009 beträgt: | 15 |

Berechnung:

a) 42 x 3 (Faktor)	=	126	Leistungseinheiten für geleistete Sterbebegleitungen
b) 15 x 2 (Faktor)	=	30	Leistungseinheiten für einsatzbereite Ehrenamtliche 2009
Summe	=	156	Leistungseinheiten als Grundlage zur

Berechnung des Förderbetrages

Förderbetrag für 2010: 156 Leistungseinheiten multipliziert mit 11 Prozent der aktuellen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV

$$= 156 \times 277,20 \text{ Euro} = 43.243,20 \text{ Euro (Förderbetrag)}$$

43 Vgl. Fußnote 38.

44 Dies könnte in einzelnen Ländern im Rahmen einer Förderpoolbildung der für das Förderverfahren zuständige Landesverband der Krankenkasse sein.

45 Bezogen auf einen Hospizdienst unter Berücksichtigung der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV aus dem Jahr 2009.

Der Förderbetrag in Höhe von 43.243,20 Euro übersteigt nicht die Personalkosten des ambulanten Hospizdienstes und ist bis zum 30.06.2010 an den Hospizdienst zu leisten.

3.3 Förderung bei Neugründung

Im Kontext der Förderung von neugegründeten Hospizen ist vorgesehen, dass die Anzahl der erbrachten Sterbebegleitungen und die Anzahl der einsatzbereiten Ehrenamtlichen zum 30.06. des laufenden Kalenderjahres die Berechnungsgrundlage für die Förderbeträge bilden soll. Die Anträge müssen von den Hospizen bis zum 15.08. des laufenden Kalenderjahres eingereicht werden. Die Prüfung und Auszahlung der Förderbeträge für neugegründete Hospize hat bis zum 30.09. des laufenden Kalenderjahres zu erfolgen. Nach Auffassung des LSV-SpV ist diese Bearbeitungsfrist, insbesondere für den federführenden Landesverband, der dem Förderpool im jeweiligen Land vorsteht, zu kurz bemessen.

Fallbeispiel:

Neugründung eines ambulanten Hospizdienstes und Abschluss der Gründungsphase im ersten Halbjahr 2010

- | | |
|---|----|
| a) Die Anzahl der geleisteten Sterbebegleitungen bis Juni 2010: | 12 |
| b) Die Anzahl der (einsatzbereiten) ehrenamtlichen Personen im Juni 2010 beträgt: | 15 |

Berechnung:

- | | | |
|----------------------|------|--|
| a) 12 x 3 (Faktor) = | 36 | Leistungseinheiten für geleistete Sterbebegleitungen |
| b) 15 x 2 (Faktor) = | 30 | Leistungseinheiten für einsatzbereite Ehrenamtliche 2010 |
| Summe | = 66 | Leistungseinheiten als Grundlage zur Berechnung des Förderbetrages |

Förderbetrag für 2010:

$$= 66 \text{ Leistungseinheiten multipliziert mit 11 Prozent der aktuellen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV} \\ = 66 \times 277,20 \text{ Euro} = \mathbf{18.295,20 \text{ Euro (Förderbetrag)}}$$

Der Förderbetrag in Höhe von 18.295,20 Euro übersteigt nicht die Personalkosten des ambulanten Hospizdienstes und ist bis zum 30.09.2010 an das Hospiz zu leisten.

3.4 Übergangsregelung für das Förderjahr 2009

Sowohl der GKV-Spitzenverband⁴⁶ als die Verbände der Krankenkassen auf der Bundesebene haben den Verhandlungspartnern auf Landesebene für die Förderung im Jahr 2009 empfohlen, die Förderung derjenigen ambulanten Hospizdienste, die nach den bis zum 22. Juli 2009 geltenden gesetzlichen und rahmenvertraglichen Regelungen eine volle Förderung ihrer zuschussfähigen Aufwendungen erhalten haben, unberührt zu lassen und für ambulante Hospizdienste, die nach den bis zum 22. Juli 2009 geltenden gesetzlichen und rahmenvertraglichen Regelungen keine volle Förderung ihrer zuschussfähigen Aufwendungen erhalten haben, ergänzende landesweite Regelungen vorzusehen, die den seit der Gesetzesänderung gesetzlich fixierten Förderanspruch je Leistungseinheit berücksichtigen. Dabei sollte aus praktischen Erwägungen unterstellt werden, dass die geänderte gesetzliche Regelung in 2009 für 5 Monate (01.08.2009 bis 31.12.2009) anzuwenden ist.

4. Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste in stationären Pflegeeinrichtungen

Bei der Sterbebegleitung im stationären Pflegebereich handelt es sich um eine originäre Aufgabe der stationären Einrichtung selbst. Sofern dennoch in Einzelfällen durch ambulante Hospize Sterbebegleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, sind diese Sterbebegleitungen – als Zuschuss zu den Personalkosten der Fachkräfte – förderungsfähig.

46 RS 555/2009 des GKV-Spitzenbandes.

5. Ausreichende Berücksichtigung der besonderen Belange in der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste

Die ambulanten Kinderhospize müssen über eine besondere Ausstattung verfügen, um hinsichtlich der speziellen Bedürfnisse von schwerstkranken Kindern die sach- und fachkundige palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale und geistig seelische Versorgung zu gewährleisten. Die aktuell von den Krankenkassen angewandte Rahmenvereinbarung vom 22.10.2008 zur ambulanten Hospizversorgung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V berücksichtigt die besonderen Belange in der Versorgung von schwerstkranken Kindern entsprechend.

Verfasser:

Marco Beyer

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstraße 70 - 72

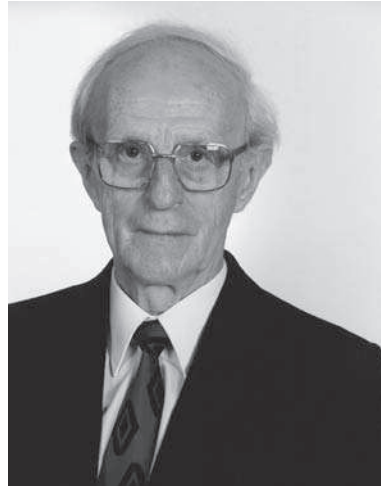
34131 Kassel

**Hauptgeschäftsführer der Bundesverbände der
landwirtschaftlichen Sozialversicherung a.D.,
Dr. Kurt-Wilhelm Noell, verstorben**

Am 10. Oktober 2009 ist im neunzigsten Lebensjahr der ehemalige Hauptgeschäftsführer der Bundesverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger

Dr. iur. h. c. Kurt-Wilhelm Noell

nach einem schaffensreichen und erfüllten Leben verstorben. Mit Dr. Noell ist ein Mann heimgegangen, dessen Wirken für die in der Land- und Forstwirtschaft und im Gartenbau Tätigen als historisch einmalig und beispielhaft zu betrachten ist. Vor allem die Kriegsjahre haben ihn in seiner Überzeugung geprägt, sich für die Menschen und das Gemeinwohl zu engagieren.



Dr. Kurt Noell hat sich maßgeblich für die soziale Sicherung der ländlichen Bevölkerung in Deutschland eingesetzt. Als Pragmatiker hat er die Fundamente für die Entwicklung des berufsständischen Sondersystems in der deutschen Sozialversicherung gelegt. Der Auf- und Ausbau der Alterssicherung der Landwirte, der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der Zusatzversorgung für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft sowie der Wiederaufbau und die Weiterentwicklung der landwirtschaftlichen Unfallversicherung nach dem zweiten Weltkrieg gehen auf seine Visionen und Initiativen zurück. Dafür wurde ihm von der juristischen Fakultät der Universität Göttingen 1976 die Ehrendoktorwürde als „Vater der landwirtschaftlichen Sozialversicherung“ verliehen.

Am 22. Dezember 1919 wurde Kurt Noell als kurhessischer Bauernsohn in Holzhausen bei Homberg geboren. Nach seiner schulischen Ausbildung, der Wehr- und Kriegsdienstpflicht sowie dem Studium der Rechts- und Staatswissenschaften begann er 1952 seine berufliche Laufbahn bei dem damaligen Gesamtverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in Kassel. 1954 wurde er zum Geschäftsführer des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften berufen. Mit der Errichtung des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen in 1957, des Bundesverbandes

der landwirtschaftlichen Krankenkassen in 1972 und der Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft in 1974 nahm er auch hier jeweils die Geschäftsführung zielstrebig und erfolgreich wahr.

Keimzelle für die Einführung der damaligen Altershilfe für Landwirte am 1. Oktober 1957 - heute die Alterssicherung der Landwirte - und damit der Bargeldzahlung im Falle der Hofabgabe und des Alters, war der § 843 RVO a. F., wonach den Berufsgenossenschaften die Möglichkeit eingeräumt war, nicht nur Haftpflichtversicherungsanstalten sondern auch Ruhegeldkassen zu errichten. Diese Möglichkeit zu erkennen, auszugestalten und umzusetzen war und ist eine seiner besonders herausragenden Leistungen. Gleiches gilt für die auf den Tag 15 Jahre später eingeführte landwirtschaftliche Krankenversicherung. Diese aus heutiger Sicht bewährten sozialen Errungenschaften wurden im wahrsten Sinne des Wortes - teilweise gegen erhebliche Widerstände des Berufsstandes - errungen. 1977 zog er sich krankheitsbedingt aus dem aktiven Berufsleben zurück. Dr. Kurt Noells agrarsoziale Präsenz wirkte aber weiter. Nahezu zwei Jahrzehnte vertrat er die deutsche Sozialversicherung in der Internationalen Vereinigung für soziale Sicherheit in Genf bis zu seinem Ausscheiden in 1986.

In diesem Jahr gründete er als Pensionär trotz gesundheitlicher Probleme mit hohem persönlichem Einsatz 73 regionale Landseniorenvereinigungen, sieben Landes- und einen Bundesverband. Damit schuf er auch für die ältere Generation auf dem Lande eine Stätte der Begegnung unter dem von ihm geprägten Wahlspruch „Einander helfen, Freude erleben“. Für die ältere Generation im Berufsstand wird er damit unvergessen bleiben.

Die Erstreckung des Agrarsozialrechts auf die neuen Bundesländer und die Errichtung der heute in Hoppegarten bei Berlin ansässigen Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Mittel- und Ostdeutschland hat er als Pensionär stets mit regem Interesse verfolgt. Die Wiedervereinigung Deutschlands war für ihn zugleich Anlass, auch in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen neue Landseniorenvereinigungen zu errichten.

Hier von Kassel aus gehörte er zu einem Kreis von Persönlichkeiten, die weitblickend den Auf- und Ausbau eines agrarsozialen Sicherungssystems in Deutschland gestaltet haben. Viele Persönlichkeiten in der Politik und im Berufsstand hat er von seinen Ideen überzeugt. Er war ein Mann, der zu seinem Wort stand, auf dessen Rat man hörte und der mit seiner zupackenden Art voranschritt. Vertrauen und Wertschätzung wurden ihm entgegengebracht.

Er verstand es in seiner aktiven Dienstzeit, auf seine Weise zu führen und zu begeistern. Dabei ist er immer der kurhessische Bauernsohn aus Holzhausen bei Homberg geblieben. So mancher hat ihn als eine erfolgreiche Führungspersönlichkeit, einen klugen Ratgeber, versierten Fachmann und verlässlichen Freund kennengelernt.

Seine herausragenden Leistungen als Begründer der agrarsozialen Sicherung für den ländlichen Raum, des Agrarsozialrechts als einen neuen Zweig der Rechtswissenschaften und der Landseniorenvereinigungen wurden mit hohen Auszeichnungen gewürdigt. Hierfür wurden Dr. Kurt Noell das Große Bundesverdienstkreuz mit Stern, der Hessische Verdienstorden, das Ehrenzeichen LSV in Gold und andere hohe nationale und internationale Auszeichnungen verliehen.

Dr. Kurt-Wilhelm Noell hat ein Stück Agrarsozialgeschichte geschrieben, das in seiner Dimension das ländliche Sozialgefüge auch künftig noch weiter prägen wird. Der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung wird dem Verstorbenen ein ehrendes Andenken bewahren.

Ehrenzeichen LSV

Die Vorstände der Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung haben den nachstehend aufgeführten Persönlichkeiten der Selbstverwaltung das Ehrenzeichen LSV verliehen:

Ehrenzeichen in Bronze

Dr. Friedrich-Wilhelm Hillbrand
Landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger Nordrhein-Westfalen

Bernhard Plum
Landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger Nordrhein-Westfalen

Der Vorstand des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung hat der nachstehend aufgeführten Persönlichkeit der Selbstverwaltung das Ehrenzeichen LSV verliehen:

Ehrenzeichen in Bronze

Roland Michels
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Nordrhein-Westfalen

Meike Schils, Das betriebliche Eingliederungsmanagement im Sinne des § 84 Abs. 2 SGB IX, Recht der Arbeit und der sozialen Sicherheit Bd. 28, hrsg. von Wolfgang Däubler, Konstanze Plett, Ursula Rust und Klaus Sieveking, Frankfurt a.M., Berlin, Bern, Bruxelles, Oxford, Wien: Lang 2009; ISBN 978-3-631-57843-8

Mit dem SGB IX vom 19.6.2001 (BGBl. I, S. 1064) hat der Gesetzgeber bekanntlich das Schwerbehindertenrecht novelliert und dabei ein neues Verfahren betrieblicher Gesundheitsprävention geschaffen, das auf alle Arbeitnehmer Anwendung findet. § 84 Abs. 2 SGB IX wurde später durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23.4.2004 (BGBl. I, S. 606) neu gefasst, um ein betriebliches Eingliederungsmanagement bei gesundheitlichen Störungen sicherzustellen. Damit ging eine völlige Neuheit im Arbeits- und Schwerbehindertenrecht einher, die Rechtsprechung und Praxis vor schwierige Probleme stellen sollte.

Als betriebliches Eingliederungsmanagement bezeichnet § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX die Verpflichtung des Arbeitgebers, für den Fall, dass Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig sind, mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93 SGB IX, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten zu klären, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Mit anderen Worten: Beim betrieblichen Eingliederungsmanagement handelt es sich um alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Arbeitsunfähigkeit möglichst zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Die Maßnahmen sind an die Zustimmung und Beteiligung des Betroffenen gebunden.

Dabei ist eine frühzeitige Intervention im Sinne von Rehabilitation statt Entlassung beim Auftreten gesundheitlicher Störungen mit dem Ziel beabsichtigt, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern sowie Schwierigkeiten bei der Beschäftigung möglichst nicht entstehen zu lassen, sie jedenfalls möglichst frühzeitig zu beheben, damit der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Die Maßnahmen sind ausdrücklich nicht auf behinderte oder schwerbehinderte Beschäftigte beschränkt, sondern sollen alle Beschäftigten einschließen.

In ihrer ausführlichen und mit über 260 Seiten sehr umfangreichen Untersuchung geht Meike Schils auf sämtliche Aspekte des betrieblichen Einglie-

derungsmanagements ein, um die bislang noch nicht oder nur ansatzweise diskutierten Probleme dieses neuen Rechtsinstituts hinsichtlich seiner arbeitsrechtlichen Implikationen zu untersuchen. Einem einleitenden Kapitel zu den gesetzgeberischen Motiven des betrieblichen Eingliederungsmanagements, das mit einer kritischen Stellungnahme endet, folgen sehr detailgenaue Ausführungen zum persönlichen und sachlichen Anwendungsbereich des § 82 Abs. 2 SGB IX und eine ebenso umfangreiche Darstellung der den unterschiedlichen Akteuren des Eingliederungsmanagements obliegenden Beteiligungsrechte und Pflichten. Schließlich werden die Folgen eines unterbliebenen betrieblichen Eingliederungsmanagements vor dem Hintergrund des Kündigungsschutzes einerseits und dem des etwaigen Schadensersatzes andererseits untersucht.

Die Autorin kommt dabei zu dem Ergebnis, dass der betroffene Arbeitnehmer gegen seinen Arbeitgeber einen Anspruch auf Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements hat, wobei er umfangreich in das Verfahren einzubeziehen, andererseits aber nicht verpflichtet ist, seinen Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden und sich dem Arbeitgeber zu offenbaren; er kann insbesondere auch jederzeit das Verfahren des betrieblichen Eingliederungsmanagement beenden.

Im Hinblick auf die sich bei langer Arbeitsunfähigkeit stets stellende Frage nach einer eventuellen Kündigung (vgl. dazu umfassend Achim Lepke, Kündigung bei Krankheit, 12. Aufl. 2006) kommt die Untersuchung zu dem Ergebnis, dass das betriebliche Eingliederungsmanagement keine formelle Wirksamkeitsvoraussetzung einer solchen Kündigung ist. Bei Unterlassen der Klärung muss der Arbeitgeber jedoch im Rahmen einer krankheitsbedingten Kündigung längere Ausfallzeiten hinnehmen, bevor er wirksam kündigen kann, wenn nachgewiesen wird, dass hätte ein betriebliches Eingliederungsmanagement stattgefunden, dieses zum Ergebnis gehabt hätte, dass Präventionsmöglichkeiten bestehen und diese bei Anwendung auch erfolgreich gewesen wären. Dabei obliegt die Beweislast für den hypothetischen Erfolg dem Arbeitnehmer. Daten, die der Arbeitgeber im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements erlangt hat, sind zweckgebunden und dürfen für eine Kündigung nicht verwendet werden.

Schließlich ist der Arbeitgeber bei Vorliegen von Präventionsmöglichkeiten verpflichtet, diese zugunsten des Betroffenen durchzuführen. Verletzt er diese Pflicht, so kann er sich u.U. gegenüber dem betroffenen Arbeitnehmer Schadensersatzpflichtig machen.

Die klar strukturierte und nicht zuletzt deshalb durchgängig gut lesbare, Literatur und Rechtsprechung bis in die jüngste Zeit umfangreich berücksichtigende und fachlich gerade bei Zweifelsfragen ausgesprochen tief ins Detail gehende Arbeit von Meike Schils ist sowohl als wissenschaftlich fundierte Untersuchung als auch als praxistaugliche Anleitung für das betriebliche Eingliederungsmanagement jedem zu empfehlen, der sich dienst- und arbeitsrechtlich als Praktiker oder darüber hinaus aus welchen Gründen auch immer mit dieser relativ neuen Materie zu befassen hat.

Karl Friedrich Köhler

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstr. 70 - 72

34131 Kassel

Roman Ringwald: Daseinsvorsorge als Rechtsbegriff - Forsthoff, Grundgesetz und Grundversorgung, Res Publica, Öffentliches und internationales Recht, Bd. 7, Hrsg. von Udo Fink, Dieter Dörr und Rolf Schwartmann, zugl. Mainz, Univ. Diss. 2007, Lang: Frankfurt a.M., Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien 2008, ISBN 978-3-631-5681-6, br., 203 S., 41,10 Euro.

Der ursprünglich von dem Heidelberger Staats- und Verwaltungsrechtler Ernst Forsthoff (1902 - 1974) geprägte Begriff der „Daseinsvorsorge“ - definiert als „die Darbringung von Leistungen, auf welche der in die modernen massentümlichen Lebensformen verwiesene Mensch lebensnotwendig angewiesen ist“ - erlebt derzeit eine noch vor kurzem kaum für möglich gehaltene Renaissance, ausgelöst und geprägt durch spezifisch europarechtliche Entwicklungen einerseits, aber auch durch einen allgemeinen Wandel des Staatsverständnisses andererseits. Wer hätte wohl zu Beginn des neuen Jahrtausends geglaubt, dass sich wenige Jahre später mehr als 70 Prozent auch der SPD- und CDU-Wähler (einer Ermittlung des Meinungsforschungsinstituts EMNID im Auftrag der Wochenzeitschrift DIE ZEIT zufolge) ehemalige Staatsunternehmen wie Bahn, Post, Telekom oder Energieversorgung in öffentlicher Hand zurückwünschen? Dahinter steht ein neuerlicher Paradigmenwechsel: Der von Privatisierungsenthusiasten und Neoliberalisten mitunter bereits für tot erklärte Staat ist offensichtlich wieder da. Das zu beweisen gelingt am einfachsten mit dem Hinweis auf die Tatsache, dass jener Staat nach Jahren der Liberalisierung, der Deregulierung und Privatisierung sogar wieder als Eigentümer gefragt ist, und das ausgerechnet von solchen Automobilkonzernen, deren konjunkturelles Auf und Ab in der Vergangenheit stets als Wirtschaftsbarometer des freien Wettbewerbs gegolten hatte. Auch in anderen marktbezogenen Dienstleistungsbereichen hat die öffentliche Hand ihre Tätigkeit wieder merklich ausgebaut. Länder und Gemeinden sind wieder auf Märkten aktiv, die

noch vor kurzem liberalisiert worden sind. Hier besteht bereits ein Trend zur Rekommunalisierung privatisierter Leistungen.

Die Kehrtwende vom Dogma des neoliberalen Leitbildes kommt nicht überraschend. Bereits Jahre bevor die weltweite Finanzkrise in nahezu allen westlichen Industrienationen am Ende sogar zum Nachdenken über Bankenverstaatlichungen gezwungen hatte, war hierzulande soziologisch von der „Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft“ die Rede, womit erkennbar ein Diktum Forsthoffs aufgegriffen wurde, nachzulesen in dessen letztem Buch „Der Staat der Industriegesellschaft“. Bereits in den dreißiger Jahren des letzten Jahrhunderts hatte Forsthoff mit dem Rechtsbegriff der „Daseinsvorsorge“ Weichen gestellt, deren Bedeutung und Auswirkung in Deutschland und Europa offenbar erst jetzt voll erkannt werden, obwohl jener Terminus seit seiner Entstehung zu einem der schillerndsten, faszinierendsten und zugleich umstrittensten Begriffen des modernen Staats- und Verwaltungsrechts gehört. Diese staatlichen, insbesondere kommunalen Leistungen (klassischerweise werden hier stets Strom, Gas, Wasser, aber auch Verkehrswesen, Post und Vorsorge für Alter, Invalidität und Krankheit genannt) sind aus volkswirtschaftlicher Perspektive als „allgemeine Produktionsbedingungen“ zu qualifizieren, d.h. sie haben den Zweck, die Reproduktion des Gesamtkapitals zu sichern. Der bürgerliche Staat hat sie immer dann bereitgestellt, wenn Private allein dazu entweder nicht das nötige Vorschusskapital haben aufbringen können oder wenn keine ausreichende Rendite erwartet werden konnte. Ihre konkrete Ausgestaltung war und ist aber immer auch zugleich das Ergebnis gesellschaftlicher Auseinandersetzungen. Dabei geht es, wie das Bundesverfassungsgericht später feststellen sollte, um „eine Leistung, deren der Bürger zur Sicherung einer menschenwürdigen Existenz unumgänglich bedarf.“ Diese Zielsetzung verbindet das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs.1 und die Menschenwürde des Art. 1 Abs.1 mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art.3 GG, ohne dass allerdings hieraus ein unmittelbar einklagbares subjektives Recht auf die Gewährleistung bzw. Inanspruchnahme einer solchen Leistung entspringe. Es handele sich, so schrieb vor einiger Zeit der heutige Vizepräsident des Bundesverfassungsgerichts, Andreas Vosskuhle, um ein Beispiel jener Art von „Schlüsselbegriffen“, in denen übergeordnete Grundvorstellungen zum Ausdruck kämen, die notwendig seien, um das bestehende Repertoire an Rechtsinstituten und Regelungsmodellen im Hinblick auf veränderte Realbedingungen neu zu durchdenken und fortzuentwickeln.

Während der Begriff Daseinsvorsorge soziologisch wie auch juristisch verschiedene Assoziationen weckt, von „Vorsorge“ für das „Dasein“ der Menschen, insbesondere der Armen, Benachteiligten und Behinderten, bis hin zu

Solidarität und Sozialstaat, wird er in einer staatskritischen Perspektive eher mit sozialpaternalistischen Bestrebungen (der Philosoph Karl Jaspers sprach 1931 von der „Daseinsfürsorge“) gleichgesetzt. Weder ist Daseinsvorsorge ein streng juristisch, einklagbares Recht, noch sind die damit verbundenen Kriterien dessen, was Menschenwürde und Sozialstaat ausmacht, fest und ein für alle mal bestimmbar. Demzufolge ging es diesbezüglich in den letzten hundert Jahren abwechselnd um diverse Formen staatlich organisierter Umverteilung, angefangen beim liberal bis autoritären „Ordnungsstaat“ über die verschiedenen Varianten des (auch faschistischen oder sozialistischen) „Leistungsstaats“ bis hin zum neoliberalen „Gewährleistungsstaat“, der nur noch für den rechtlichen Rahmen und die Legitimation einer ansonsten privatwirtschaftlich erbrachten Leistung zuständig ist. Heute wird der Begriff „Daseinsvorsorge“ überwiegend benutzt, um bestimmte traditionell durch den Staat erbrachte Dienstleistungen zu charakterisieren und zu begründen. Für die einen gehört dazu die flächendeckende Versorgung mit wichtigen Wirtschaftsgütern zu gleichen Bedingungen, andere verstehen darunter soziale und karitative Einrichtungen, wieder andere meinen, auch die gleichmäßige Entwicklung der Regionen sei umfasst. Von Daseinsvorsorge ist zwischenzeitlich auch die Rede, wenn es um die öffentliche Sicherheit, Landesverteidigung und Justiz geht. Daseinsvorsorge wird in diesem weiten Verständnis zum Inbegriff jeder Art von Politik und scheint alles zu umfassen, was dem Menschen irgendwie zugute kommt, nämlich Vorsorge für sein Dasein im weitesten Sinn. Dabei bleibt es allerdings stets Ergebnis des gesellschaftlichen und politischen Wertekanons, was als Leistungen der Daseinsvorsorge zu erachten ist und wer diese Leistungen in Anspruch nehmen kann. Der Begriff der Daseinsvorsorge hat somit immer auch einen politischen Inhalt; er ist nie wertfrei. Mit der Bestimmung dessen, was Daseinsvorsorge sein soll, werden stets auch soziale Interessen in der Gesellschaft begünstigt oder eingeengt.

Roman Ringwald verdeutlicht in seiner 2008 erschienenen und von Dörr betreuten Mainzer Dissertation, dass der auf Forsthoff zurückgehende Begriff der Daseinsvorsorge sehr eng mit dessen autoritärem Staats- und Verwaltungsverständnis verbunden, und demzufolge nicht ohne weiteres mit den Vorgaben des Grundgesetzes zu vereinbaren ist. Da aber gleichwohl auch weiterhin ein Bedarf an gemeinwohlorientierten Dienstleistungen besteht, den es auch begrifflich zu fassen gilt, formuliert der Autor ein neues Verständnis des Begriffs Daseinsvorsorge. Ausgangspunkt aller Überlegungen bleibt dabei aber stets die grundrechtliche Freiheit des Einzelnen, die zwar mit Forsthoffs Ansinnen kontrastiert, das soziale Ganze von vornherein dem staatlichen Lenkungs- und Regulierungsanspruch zu unterstellen, die aber deshalb allein die staatliche Daseinsvorsorge weder bedeutungslos noch überflüssig macht. Im Gegenteil: wie der Autor deutlich zum Ausdruck bringt,

lässt sich jener Rechtsbegriff heute ohne weiteres als Staatszielbestimmung des Grundgesetzes qualifizieren, nämlich als Aufgabe des Staates, Defizite der marktwirtschaftlichen Ordnung durch Sozialleistungen und Leistungen der Daseinsvorsorge aufzufangen, ohne dass freilich daraus dem Einzelnen Ansprüche erwachsen.

Mit dem relativ konturenlosen Begriff der Daseinsvorsorge ist - anders als dies zuweilen dargestellt wird - aber keinesfalls eine zwingende staatliche Zuständigkeit begründet. Vielmehr handelt es sich generell um wirtschaftliche Leistungen, die auf Seiten des Staates im Rahmen der Leistungsverwaltung wie auch von Privaten auf privatrechtlicher Grundlage gleichermaßen erbracht werden können. Der Staat hat insoweit lediglich eine Gewährleistungsverantwortung. Vor diesem Hintergrund ist kritisch anzumerken, dass es der Verfasser versäumt hat, sich mit dem seit geraumer Zeit im Vormarsch befindlichen Begriff des „Gewährleistungsstaates“ auseinanderzusetzen, der von einigen ja durchaus als „Reform der Daseinsvorsorge“ angesehen wird. Das Leitbild des Gewährleistungsstaates versucht einen Staat zu bestimmen, der nicht mehr alles allein bewirkt und eigenhändig erfüllt, sondern intelligenter und vielleicht auch subtiler die private Erbringung von Leistungen ermöglicht. Dabei bleibt die Rolle des Staates - anders als nach wohlfahrts- oder leistungsstaatlicher Vorstellung - vornehmlich auf diejenige eines Garanten bzw. „Gewährleisters“ in einem stark marktgeprägten Gemeinwesen beschränkt. Mit den 1993 eingeführten Art. 87e und f GG sind zwar Vorschriften mit gewährleistungsstaatlichem Gehalt in die Verfassung eingeführt worden; eine grundsätzliche verfassungsrechtliche Verankerung hat das Prinzip damit indes nicht erfahren. Gleichwohl wäre es interessant gewesen, wenn Ringwald diesen Ansatz aufgegriffen und kritisch auf seine Kompatibilität mit dem Begriff der Daseinsvorsorge untersucht hätte.

Insgesamt gesehen gelangt Ringwald mit seiner Schrift - gemessen an den in etwa zeitgleich oder früher erschienenen Werken zum Rechtsbegriff der Daseinsvorsorge - zwar nicht zu bahnbrechenden neuen Erkenntnissen, was angesichts des Untertitels seiner Arbeit - „Forsthoff, Grundgesetz und Grundversorgung“ - offenbar aber auch gar nicht beabsichtigt war. Gleichwohl hat er ein überaus lesenswertes und für verwaltungsrechtlich Interessierte auch spannendes Buch geschrieben, welches sich nicht nur ausführlich mit Herkunft und Begriffsentwicklung der Daseinsvorsorge und der Bedeutung dieses Begriffes unter der Geltung des Grundgesetzes, sondern ebenso intensiv und kritisch mit dem Staats- und Verwaltungsbegriff Forsthoffs beschäftigt. Eine solche Auseinandersetzung erschien schon allein deshalb geboten, weil - wie der Autor zu Recht betont - Forsthoff bei der verwaltungsrechtlichen Implementierung des Begriffs Daseinsvorsorge 1938 auch den Versuch

unternommen hatte, jenen Begriff mit einem Bekenntnis zum damaligen NS-Staat in Einklang zu bringen. Anders als sein Lehrer Carl Schmitt war Forsthoff zwar kein Kronjurist des Dritten Reiches; dennoch steht nach Auffassung vieler heutiger Autoren sein autoritäres Staatsverständnis als Grundlage der Daseinsvorsorge einer weiteren Verwendung dieses Begriffs innerhalb der freiheitlich-demokratischen Grundordnung der Bundesrepublik Deutschland entgegen. Ringwald nimmt diesen Kritikpunkt sehr ernst, greift ihn auf und untersucht sodann (mit positivem Ausgang) die heutige verfassungsrechtliche Verankerung und Bedeutung der Daseinsvorsorge unter der Geltung des Grundgesetzes.

Wer einem der Grundbegriffe des modernen deutschen Leistungs-Verwaltungsrechts, nämlich dem inzwischen auch gemeinschaftsrechtlich (service public) verwendeten Begriff der Daseinsvorsorge historisch näher kommen will, dem sei Ringwalds gut lesbare Mainzer Dissertation empfohlen.

Verfasser:

Karl Friedrich Köhler

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstraße 70 - 72

34131 Kassel