

Inhalt 3/2006

FACHBEITRÄGE

Christian Wirth

Anhebung der Altersgrenzen in der Alterssicherung
der Landwirte und weitere Änderungen im
Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte 261

Marion Wille

Die Disease-Management-Programme unter
besonderer Berücksichtigung des Vertragsstandes
der Landwirtschaftlichen Krankenkassen 289

Matthias Heßhaus, Erich Koch

Zur Stellung der gesetzlichen Krankenkassen im
Kartellvergaberecht - unter besonderer Berücksichtigung
der landwirtschaftlichen Krankenkassen 331

DOKUMENTATION

Tonio Bödiker - ein Emsländer schrieb europäische
Sozialgeschichte 344

Christian Wirth

Anhebung der Altersgrenzen in der Alterssicherung der Landwirte und weitere Änderungen im Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte

Inhalt

1. Einleitung
2. Anhebung der Altersgrenzen
 - 2.1 Regelaltersgrenze
 - 2.2 Vorzeitige Altersrenten
 - 2.2.1 Auswirkungen auf die bisherige vorzeitige Altersrente nach § 12 a.F. ALG.
 - 2.2.1.1 Anhebung der Altersgrenzen für vorzeitigen Bezug
 - 2.2.1.2 Sonderregelung für vor 1958 geborene Versicherte
 - 2.2.2 Vorzeitige Inanspruchnahme einer Altersrente ab 65
 - 2.2.2.1 Vorzeitige Altersrente mit Abschlägen
 - 2.2.2.2 Vorzeitige Altersrente ohne Abschläge
 - 2.2.2.3 Vorzeitige Altersrente nach § 12 Abs. 2 (neu) ALG und Verhältnis zur vorzeitigen Altersrente des anderen Ehegatten
 - 2.3 Auswirkungen der Regelaltersgrenzenanhebung auf Erwerbsminderungsrenten
 - 2.3.1 Anhebung des Referenzalters für die Berechnung der Abschläge
 - 2.3.2 Sonderregelung bei langjähriger Versicherungsdauer
 - 2.4 Auswirkungen der Regelaltersgrenzenanhebung auf Renten wegen Todes
 - 2.4.1 Anhebung des Referenzalters für die Berechnung der Abschläge
 - 2.4.2 Altersgrenze für Beginn der (großen) Witwen-/Witwerrente
3. Sonstige Neuregelungen
 - 3.1 Änderungen im Befreiungsrecht (§ 3 ALG)
 - 3.1.1 Rechtswirkungen erfolgter Befreiungen
 - 3.1.2 Befreiungsrecht und Bezug von Arbeitslosengeld II
 - 3.2 Betriebs- und Haushaltshilfe nach § 36 ALG
 - 3.3 Dynamisierung der Hinzuverdienstgrenzen
 - 3.4 Ablösung des Ordnungsverfahrens zur Bestimmung der Beiträge und Beitragszuschüsse durch ein Verkündungsverfahren
4. Änderungen im SGB VI mit Auswirkungen auf die Alterssicherung der Landwirte

1. Einleitung

Am 29. November 2006 hat die Bundesregierung den Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz) beschlossen.

Mit diesem Gesetz ist das wichtigste rentenpolitische Vorhaben dieser Legislaturperiode auf den Weg gebracht worden. Hiermit wird im Wesentlichen die Anhebung der Altersgrenzen geregelt und ein Auftrag aus der Koalitionsvereinbarung vom 18. November 2005 umgesetzt. Am 1. Februar 2006 hatte das Bundeskabinett bereits Eckpunkte für diese Maßnahme beschlossen. In diesen Eckpunkten war insbesondere der Beginn der Anhebung (2012) sowie der Rhythmus und die Dauer der „Anhebungsphase“ (Abschluss im Jahre 2029) festgelegt worden. In Folge dieses Beschlusses ist bereits die Diskussion um die Rente ab 67 entbrannt und in den Medien wurde vielfach der Eindruck erweckt, das Gesetzgebungsvorhaben sei bereits auf den Weg gebracht worden. Die Detailregelungen wurden jedoch erst in einer Koalitionsarbeitsgruppe erarbeitet, die am 23. Oktober 2006 ihre abschließenden Beschlüsse vorgelegt hat. Auf ihnen basiert der jetzige Gesetzentwurf.

Geplant ist, noch im Dezember 2006 in die parlamentarischen Beratungen einzutreten und das Gesetzgebungsverfahren bis April 2007 abzuschließen. Vor dem Hintergrund der derzeitigen Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat ist nicht davon auszugehen, dass es im Zuge des parlamentarischen Verfahrens noch zu wesentlichen Änderungen an diesem Gesetzentwurf kommen wird.

2. Anhebung der Altersgrenzen

Im Mittelpunkt des Entwurfs des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes steht die Anhebung der Altersgrenzen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Wie schon in den letzten Jahren üblich gewesen, sind ausweislich der Gesetzesbegründung zentrale rentenpolitische Maßnahmen wirkungsgleich auf andere Alterssicherungssysteme – soweit der Bund die Gesetzgebungszuständigkeit besitzt – zu übertragen. Da das Bundesministerium für Arbeit und Soziales auch die federführende Zuständigkeit für die Alterssicherung der Landwirte (AdL) hat, erfolgt die Übertragung dieser Altersgrenzenanhebung direkt im Entwurf eines RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes. Insgesamt folgt der Gesetzentwurf im Wesentlichen dem Grundsatz, dort all jene (Folge)Regelungen zur Altersgrenzenanhebung zu treffen, für die das BMAS oder BMG die Zuständigkeit besitzt. Im Übrigen werden die Folgeregelungen in anderen Gesetzen vorzunehmen sein; dies wird etwa für die wirkungsgleiche Übertragung der Altersgrenzenanhebung auf die Beamtenversorgung gelten,

aber auch für andere Bereiche, in denen insbesondere an die derzeitige und seit Jahrzehnten gültige Regelaltersgrenze von 65 Jahren angeknüpft wird.

Gegenstand dieses Artikels sollen in erster Linie die für die AdL vorgesehenen Änderungen sein. In der nachfolgenden Übersicht werden die wesentlichen, für die Rentenversicherung vorgesehenen Maßnahmen daher nur im Überblick dargestellt. Die Veränderungen bei den Altersgrenzen sehen hier wie folgt aus:

	Rentenarten	Geltendes Recht	Zukünftiges Recht
1.	Regelaltersrente		65 + 2 = 67
2.	Altersrente für besonders langjährig Versicherte mit 45 Pflichtbeitragsjahren	abschlagsfrei	= 65
3.	Altersrente für langjährig Versicherte mit 35 Versicherungsjahren	mit Abschlag: Abschlagshöhe abschlagsfrei:	7,2 % + 7,2 % = 14,4 % 65 + 2 = 67 63 (unverändert)
4.	Altersrente für schwerbehinderte Menschen mit 35 Versicherungsjahren	mit Abschlag: abschlagsfrei:	60 + 2 = 62 63 + 2 = 65
5.	Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute		60 + 2 = 62
6.	Altersrente für Frauen (für Versicherte der Jahrgänge bis 1951)	mit Abschlag: abschlagsfrei:	60 = 60 (unverändert) 65 = 65 (unverändert)
7.	Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit (für Versicherte der Jahrgänge bis 1951)	mit Abschlag: abschlagsfrei:	63 = 63 (unverändert) 65 = 65 (unverändert)

Im Bezug auf die AdL besteht nicht nur aus Gründen der Gleichbehandlung bzw. der möglichst gleichförmigen Entwicklung aller Alterssicherungssysteme die Notwendigkeit zur Harmonisierung mit den grundlegenden Vorschriften für die gesetzliche Rentenversicherung. Sie besteht auch aus systemimmanenten Gründen. Der Beitrag in der AdL ist bekanntlich an das Beitrags-/Leistungsverhältnis in der gesetzlichen Rentenversicherung gekoppelt. Gravierendere Änderungen im Leistungsrecht der gesetzlichen Rentenversicherung müssen daher zur Aufrechterhaltung dieser Beitrags-/Leistungsrelation entweder entsprechende bzw. wirkungsgleiche Änderungen im Leistungsrecht der AdL zur Folge haben oder aber Änderungen im Beitragsrecht. Eine Nichtübertragung von Leistungseinschränkungen in der gesetzlichen Rentenversicherung auf die AdL müsste eine Erhöhung des

Beitrags zur Konsequenz haben. Diese Alternative wurde jedoch nicht erwogen, da sie die Landwirte unmittelbar finanziell belastet hätte.

2.1 Regelaltersgrenze

Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung wird beginnend mit dem Jahr 2012 in Abhängigkeit vom Geburtsjahrgang die Regelaltersgrenze schrittweise heraufgesetzt. Für diejenigen, die im Jahre 2012 das 65. Lebensjahr vollenden würden (Jahrgang 1947), beträgt die Regelaltersgrenze 65 Jahre und einen Monat, für diejenigen, die im Jahre 2013 das 65. Lebensjahr vollenden würden (Jahrgang 1948), 65 Jahre und zwei Monate usw. Ab dem Geburtsjahrgang 1959 (er vollendet im Jahre 2024 das 65. Lebensjahr) erfolgt die Anhebung in Zweimonatsschritten, d.h. für diesen Jahrgang wird die Regelaltersgrenze mit 66 Jahren und zwei Monaten erreicht, während für den Jahrgang 1958 (Vollendung des 65. Lebensjahres in 2023) die Regelaltersgrenze noch mit 66 Jahren erreicht wird. Der Anhebungsvorgang ist dann im Jahre 2029 abgeschlossen; für diejenigen Jahrgänge, die ab 2029 das 65. Lebensjahr vollenden (Jahrgänge 1964 und jünger) beträgt die Regelaltersgrenze 67 Jahre. In tabellarischer Übersicht stellt sich die Anhebung der Regelaltersgrenze wie folgt dar (geregelt in § 87a (neu) des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte (ALG), der Übergangsvorschrift zum „Hauptrecht“ in § 11 Abs. 3 (neu) ALG):

Geburtsjahrgänge	maßgebende Regelaltersgrenze	
	Jahre	Monate
vor 1947	65	0
1947	65	1
1948	65	2
1949	65	3
1950	65	4
1951	65	5
1952	65	6
1953	65	7
1954	65	8
1955	65	9
1956	65	10
1957	65	11
1958	66	0
1959	66	2
1960	66	4
1961	66	6
1962	66	8
1963	66	10

In § 11 Abs. 3 (neu) ALG ist die Regelaltersgrenze von 67 Jahren festgelegt, die somit für alle diejenigen gilt, die nicht unter die Übergangsbestimmung zur stufenweisen Anhebung dieser Altersgrenze fallen (Jahrgänge 1964 und jünger). Gesetzestechnische Folge dieser stufenweisen Anhebung ist u.a., dass grundsätzlich an all den Stellen im ALG, in denen bisher von der Regelaltersgrenze von 65 Jahren (bzw. Vollendung des 65. Lebensjahres bzw. Altersrenten vom 65. Lebensjahr an) die Rede ist (etwa in §§ 2, 4, 5, 21 usw.), nur noch von der Regelaltersgrenze (bzw. Erreichen der Regelaltersgrenze bzw. Regelaltersrente) gesprochen werden muss, da die Regelaltersgrenze über einen langen Übergangszeitraum hinweg individuell nach Geburtsjahrgang unterschiedlich ausfällt.

2.2 Vorzeitige Altersrenten

2.2.1 Auswirkungen auf die bisherige vorzeitige Altersrente nach § 12 a.F. ALG.

Nach derzeitigem Recht besteht unter engen Voraussetzungen die Möglichkeit, bereits mit 55 Jahren in die vorzeitige Altersrente zu gehen. Diese Möglichkeit besteht für Ehegatten von Versicherten, die bereits eine Altersrente vom 65. Lebensjahr an beziehen. Dieser vorzeitige Bezug ermöglicht es, dass beide Ehegatten zum gleichen Zeitpunkt in Altersrente gehen können. Diese spezielle Form der vorzeitigen Altersrente stellt insbesondere eine Teilkompensation für den mit dem Agrarsozialreformgesetz 1995 geregelten Fortfall des vor dieser Reform noch gezahlten Verheiratetenzuschlags dar.

2.2.1.1 Anhebung der Altersgrenzen für vorzeitigen Bezug

Parallel mit der Anhebung der Regelaltersgrenze soll auch die Altersgrenze von 55 Jahren schrittweise auf 57 Jahre angehoben werden. Dies ergibt sich aus § 12 Abs. 1 ALG (neu), der künftig bestimmt, dass diese Rente 10 Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze in Anspruch genommen werden kann. Die Abschläge berechnen sich mit Anhebung der Regelaltersgrenze in Abhängigkeit davon, in welchem zeitlichem Abstand zur neuen - für die Jahrgänge 1947 bis 1963 je nach individuellem Geburtsjahrgang unterschiedlichen - Regelaltersgrenze diese vorzeitige Altersrente in Anspruch genommen wird. Für einen Versicherten, der z.B. 1959 geboren ist, beträgt die maßgebliche Regelaltersgrenze 66 Jahre und 2 Monate (s. Tabelle in § 87a ALG n.F.). Diese Personen können die vorzeitige Altersrente mithin frühestens mit 56 Jahren und zwei Monaten in Anspruch nehmen. Da der zeitliche Abstand bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze derselbe ist, der bisher bei Inanspruchnahme mit 55 Jahren bestand, beträgt der Abschlag dann ebenfalls 36%.

Eine Besonderheit ergibt sich daraus, dass die Anhebung der Regelaltersgrenze nach den politischen Vorgaben insgesamt erst ab dem Jahre 2012 schrittweise wirksam werden soll. Ohne besondere Regelungen - auf diese wird sogleich eingegangen - würde dies bedeuten, dass Versicherte, die noch bis Ende 2011 das 55. Lebensjahr vollenden oder bereits vollendet haben (Jahrgang 1956 und älter), noch 2011 in die vorzeitige Altersrente nach § 12 ALG a.F. gehen können. Diejenigen, die z.B. erst ab dem Jahr 2012 das 55. Lebensjahr vollenden (Jahrgang 1957 und jünger), können dies nach den zuvor beschriebenen Neuregelungen frühestens mit 55 Jahren und elf Monaten (so der Jahrgang 1957). Grund hierfür ist, dass für den Jahrgang 1957 die Regealtersgrenze bereits 65 Jahre und elf Monate beträgt (für die jüngeren Jahrgänge entsprechend höher) und es grundsätzlich dabei bleiben soll, dass diese Renten zehn Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze in Anspruch genommen werden können. Ein entsprechender Effekt (sprunghafte Verschlechterung der Bedingungen für die vorzeitige Altersrente von 2011 auf 2012, zumindest mit Auswirkungen auf die hinzunehmenden Abschläge) würde sich ohne Sonderregelungen - dazu sogleich - ergeben, wenn ein Versicherter zwar schon bis Ende 2011 das 55. Lebensjahr vollendet hat, aber erst ab 2012 in die vorzeitige Altersrente geht bzw. gehen kann (z.B., weil sein Ehegatte erst nach 2011 in die Altersrente ab 65 gehen kann). Nimmt ein z.B. 1952 geborener Versicherter erst 2012 mit dann 60 Jahren die vorzeitige Altersrente in Anspruch, so würde sich die Höhe seiner Abschläge ohne Sonderregelung schon an der für diesen Versicherten geltenden Regelaltersgrenze von 65 Jahren und 6 Monaten bemessen. Er würde daher 19,8% ($66 \times 0,3\%$) betragen. Hätte dieser Versicherte schon 2011 mit 59 Jahren diese Rente in Anspruch genommen (bzw. in Anspruch nehmen können), hätte sein Abschlag 21,6% ($72 \times 0,3\%$) betragen, wäre also nur um 1,8 Prozentpunkte höher, obwohl er die Rente ein Jahr früher beziehen würde (für ein Jahr des Vorziehens beträgt der Abschlag sonst 3,6% ($12 \times 0,3\%$)).

Dieser „Sprung“ resultiert letztlich daraus, dass die Reform nicht nur im Hinblick auf die Regelaltersrente, sondern auch im Hinblick auf die vorzeitigen Altersrenten erst ab 2012 wirken soll. Um solche „Sprünge“ zu vermeiden, hätte man mit der Anhebung der Altersgrenzen für vorzeitige Altersrenten um so viele Jahre vor 2012 beginnen müssen, wie solche Renten nach den jeweils bestehenden Vorschriften im SGB VI oder ALG vor dem 65. Lebensjahr in Anspruch genommen werden können. Bezogen auf die AdL hätte man somit schon im Jahre 2002 mit der Anhebung beginnen müssen. Dasselbe Problem stellt sich auch in der gesetzlichen Rentenversicherung. Hier käme es ohne Sonderregelungen auch zu „Sprüngen“ von 2011 zu 2012. Dort hätte man zur Vermeidung dieser Sprünge mit der Anhebung bei den vorzeitigen Altersrenten im Jahre 2007 beginnen müssen (5 Jahre vorher, weil dort ma-

ximal bis zu fünf Jahre vor Erreichen des 65. Lebensjahres eine vorzeitige Altersrente (mit Abschlägen) in Anspruch genommen werden kann).

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die grundlegenden Vorschriften zur Anhebung der Altersgrenzen schon am 1. Januar 2008 in Kraft treten sollen. Dies ändert aufgrund der Ausgestaltung der materiellen Regelungen jedoch nichts daran, dass die Reform erst ab dem Jahre 2012 tatsächlich wirksam wird. Das frühere Inkrafttreten ist lediglich vorgesehen worden, damit die Verwaltung schon vorher in Bescheiden, die die künftige Entwicklung berücksichtigen müssen, die neue Rechtslage abbilden kann.

2.2.1.2 Sonderregelung für vor 1958 geborene Versicherte

Um diesen geschilderten „Sprung“ etwas abzumildern und insbesondere Versicherte nicht gleichsam dazu zu treiben, noch bis spätestens 2011 - wenn möglich - eine vorzeitige Altersrente in Anspruch zu nehmen, sind in §§ 87b und 93a Abs. 2 ALG n.F. Sonderregelungen vorgesehen (im SGB VI sind entsprechende Regelungen getroffen worden).

Zunächst bestimmt § 87b (neu) ALG, dass sich für Versicherte, die vor 1958 geboren sind, die Inanspruchnahme einer vorzeitigen Altersrente ab 55 nach besonderen, von § 87a und § 11 Abs. 3 ALG n.F. abweichenden Regelaltersgrenzen richtet. Es gelten - tabellarisch dargestellt - im Hinblick auf die Möglichkeit der vorzeitigen Altersrente nach § 12 Abs. 1 (neu) ALG folgende Regelaltersgrenzen:

Geburtsjahrgänge Geburtsmonate	maßgebende Regelaltersgrenze	
	Jahre	Monate
vor 1957	65	0
1957		
Januar	65	1
Februar	65	2
März	65	3
April	65	4
Mai	65	5
Juni	65	6
Juli	65	7
August	65	8
September	65	9
Oktober	65	10
November und Dezember	65	11

Erreicht wird hiermit zweierlei: Zum einen wird sichergestellt, dass alle diejenigen Versicherten, die bis Ende 2011 das 55 Lebensjahr vollenden bzw. vollendet haben (dies sind die Jahrgänge 1956 und älter), weiterhin mit 55

Jahren in die vorzeitige Altersrente gehen können - somit nicht dazu getrieben werden sollen, noch vor 2012 diese Rente in Anspruch zu nehmen. Zum anderen wird für den Jahrgang 1957 (dieser vollendet erst 2012 das 55. Lebensjahr) die für die Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersrente maßgebliche Regelaltersgrenze monatsweise in Schritten angehoben. Hiermit wird zumindest für diesen Jahrgang das ansonsten von 2011 zu 2012 sprunghaft erfolgende Ansteigen des frühestmöglichen Zeitpunktes, ab dem diese Rente in Anspruch genommen werden kann, – wenn auch nur relativ geringfügig – abgemildert. Da für die Jahrgänge 1958 und jünger keine Sonderregelungen vorgesehen sind, gelten für diese Versicherten auch im Hinblick auf die Möglichkeit des vorzeitigen Rentenbezugs uneingeschränkt die in § 87a ALG n.F. festgelegten Regelaltersgrenzen bzw. für die Jahrgänge 1964 und jünger gilt dann das 67. Lebensjahr (§ 11 Abs. 3 ALG n.F.) als Regelaltersgrenze (frühestmöglicher Beginn für die vorzeitige Altersrente jeweils 10 Jahre vorher).

Flankierend zu der Sonderregelung in § 87b (neu) ALG, die den Rentenanspruch dem Grunde nach betrifft, wird in § 93a Abs. 2 (neu) ALG auch eine entsprechende Sonderregelung zur Berechnung der Abschläge wegen vorzeitigen Rentenbezugs getroffen. Für die Personen, für die in § 87b (neu) ALG hinsichtlich des frühestmöglichen Beginns der vorzeitigen Altersrente eine Sonderregelung (Geltung besonderer Regelaltersgrenzen) getroffen wurde, errechnet sich der grundsätzlich nach § 23 Abs. 8 ALG zu berechnende Abschlag vom allgemeinen Rentenwert unter Zugrundelegung dieser besonderen, in § 87b (neu) ALG aufgeführten Regelaltersgrenzen. Dies bedeutet, dass sich für die Jahrgänge 1956 und älter der Abschlag vom allgemeinen Rentenwert immer danach berechnet, wie weit vor Vollendung des 65. Lebensjahres diese Rente in Anspruch genommen wird. Für den Jahrgang 1958 z.B., der nicht mehr von der Sonderregelung in § 87b (neu) ALG – und damit auch nicht von § 93a Abs. 2 (neu) ALG – erfasst wird, beträgt die Regelaltersgrenze 66 Jahre (in § 87a (neu) ALG geregelt); Versicherte dieses Jahrgangs können mithin frühestens mit 56 Jahren eine vorzeitige Altersrente in Anspruch nehmen und der Abschlag wegen vorzeitiger Inanspruchnahme richtet sich nach der Anzahl an Monaten, die die Rente vor Vollendung des 66. Lebensjahres in Anspruch genommen wird.

Für die gesetzliche Rentenversicherung sind entsprechende Sonderregelungen getroffen worden (vgl. insb. §§ 236 Abs. 2 (neu), § 236a Abs. 2 (neu) SGB VI); wegen der etwas abweichenden Regelungssystematik bedurfte es keiner § 93a Abs. 2 (neu) ALG entsprechenden Vorschrift, die dort angeordnete Rechtsfolge hinsichtlich der Berechnung der Abschläge ergibt sich im SGB VI unmittelbar aus § 77 Abs. 2 SGB VI.

2.2.2 Vorzeitige Inanspruchnahme einer Altersrente ab 65

Mit den bisher beschriebenen Änderungen im ALG werden im Wesentlichen (nur) die für die gesetzliche Rentenversicherung vorgesehenen Änderungen auf die AdL übertragen. Mit der neu vorgesehenen Möglichkeit, bereits mit 65 Jahren eine Altersrente vorzeitig in Anspruch nehmen zu können (§ 12 Abs. 2 (neu) ALG; die bisherige Möglichkeit zu Inanspruchnahme einer vorzeitigen Altersrenten frühestens ab 55 ist künftig in § 12 Abs. 1 (neu) geregelt), wird nicht mehr nur eine für die gesetzliche Rentenversicherung geplante Neuerung nachvollzogen.

2.2.2.1 Vorzeitige Altersrente mit Abschlägen

Vorgesehen ist, dass Versicherte, die 35 Jahre mit auf die bisherigen Wartezeiten von fünf und 15 Jahren anrechenbare Zeiten (§ 17 Abs. 1 ALG) zurückgelegt haben, gemäß § 12 Abs. 2 (neu) ALG bereits mit 65 Jahren in Rente gehen können. Allerdings müssen diese Versicherten dann Abschläge wegen vorzeitiger Inanspruchnahme in Kauf nehmen. § 23 Abs. 8 Satz 1 Nr. 3 ALG sieht dies unverändert bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Altersrente (d.h. vor Erreichen der Regelaltersgrenze) vor. Die Höhe der Abschläge wird hierbei ausnahmslos durch die Anzahl an Monaten bestimmt, die diese Rente vor Erreichen der in § 87a (neu) ALG genannten Regelaltersgrenzen (bzw. bei Versicherten der Jahrgänge 1964 und jünger vor Erreichen des 67. Lebensjahres) in Anspruch genommen wird.

Mit der Einführung dieser neuen Möglichkeit des vorzeitigen Bezugs einer Altersrente soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Anhebung der Regelaltersgrenze ohne diese Flankierung für die in der AdL Versicherten wesentlich gravierendere Auswirkungen hätte als für Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung. In der gesetzlichen Rentenversicherung bestehen mehrere Möglichkeiten des vorzeitigen Bezugs einer Altersrente. Dort gibt es insbesondere für langjährig Versicherte Möglichkeiten, der Anhebung der Regelaltersgrenze – zumindest was den möglichen Renteneintritt anbelangt – „aus dem Weg zu gehen“, wenn auch ggf. unter Inkaufnahme höherer Abschläge als bisher. Nichts anderes wird im Ergebnis für die Versicherten der AdL erreicht. Man soll zwar unter bestimmten Bedingungen nach wie vor mit 65 in Rente gehen können - anders als bisher aber nur unter Inkaufnahme von Abschlägen.

2.2.2.2 Vorzeitige Altersrente ohne Abschläge

Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung ist vorgesehen, dass diejenigen Versicherten, die 45 Jahre mit Pflichtbeiträgen als Landwirt oder mitarbeitender Familienangehöriger zurückgelegt haben, abschlagsfrei weiterhin mit 65 Jahren in Rente gehen können (§ 23 Abs. 8 Satz 2 (neu) ALG). Im Gegensatz zur Regelungssystematik im SGB VI ist diese Sonderregelung im ALG nicht

in Form einer besonderen Rentenart (so aber § 38 (neu) SGB VI) ausgestaltet, sondern als Rentenberechnungsvorschrift. In Abweichung von der für die gesetzliche Rentenversicherung vorgesehenen Neuregelung (§ 51 Abs. 3a (neu) SGB VI) sollen auf diese geforderten 45 Jahre nicht nur in der AdL zurückgelegte Pflichtbeitragszeiten angerechnet werden, sondern auch die in der Rentenversicherung nach § 51 Abs. 3a (neu) und Abs. 4 SGB VI auf diese 45 Jahre anrechenbaren Zeiten (so § 23 Abs. 8 Satz 2 Nr. 2 (neu) ALG mit Verweis auf § 51 Abs. 3a und 4 SGB VI). Dies sind neben Pflichtbeitragszeiten in der Rentenversicherung wegen einer Beschäftigung und Tätigkeit auch Kinderberücksichtigungs- und Ersatzzeiten (die Anrechnung letzterer Zeiten ergibt sich im SGB VI unmittelbar aus der in § 51 Abs. 4 SGB VI angeordneten Anrechnung von Ersatzzeiten auf sämtliche Wartezeiten). Darüber hinaus sollen auch die nach § 17 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 ALG auf die Wartezeiten in der AdL anrechenbaren Zeiten hier berücksichtigt werden. Dies sind die in anderen Systemen als der AdL und der Rentenversicherung (Beamtenversorgung, berufsständische Versorgung) zurückgelegten Zeiten, soweit sie auf einer versicherten Beschäftigung oder Tätigkeit beruhen. Wie nach § 17 Abs. 1 Satz 2, ALG werden diese Zeiten nur angerechnet, wenn nicht zeitgleich Pflichtbeiträge zur AdL gezahlt sind. Hierdurch wird eine Doppelanrechnung vermieden. Die im 2. Halbsatz von § 17 Abs. 1 Satz 2 ALG statuierte Nichtanrechnung auf die Wartezeit bei Befreiung von der Versicherungspflicht zur AdL ist hier nicht übernommen worden, weil sie im Hinblick auf das Regelungsziel, das mit der 45-Jahres-Sonderregelung erreicht werden soll (Begünstigung von Versicherten, die bei typisierender Betrachtungsweise aufgrund der Länge ihres Erwerbslebens stark belastet wurden), nicht zielführend gewesen wäre.

Zu beachten ist im Zusammenhang mit dieser Sonderregelung, dass diese Vorschrift – wie erwähnt – (nur) als Rentenberechnungsvorschrift ausgestaltet ist. Zunächst muss also dem Grunde nach überhaupt ein Anspruch auf die vorzeitige Altersrente bestehen. Dies ist nur der Fall, wenn für 35 Jahre auf die Wartezeit in der AdL anrechenbare Zeiten zurückgelegt sind (vgl. oben unter 2.2.2.1). Hierbei ist der Ausschluss der Anrechnung von in anderen Systemen zurückgelegten Zeiten nach § 17 Abs. 1 Satz 2 ALG in seinen beiden Alternativen zu beachten. Es soll auch in der AdL dabei bleiben, dass von vorneherein nur diejenigen dem Grunde nach begünstigt werden, die zumindest für 35 Jahre dem System angehört haben, soweit sie die Möglichkeit dazu hatten - d.h. sich nicht über weite Strecken in diesem System haben befreien lassen und ihre Absicherung in einem anderen System gesucht haben. Diese Einschränkung betrifft allerdings nur den nach § 1 Abs. 2 ALG versicherten Landwirt, nicht den als Ehegatten nach § 1 Abs. 3 ALG Versicherten. Dass dies zur Folge haben könnte, dass bestimmte Versicherte keinen Anspruch auf eine Altersrente bereits ab Alter 65 haben, obwohl sie die Voraussetzungen der Sonderregelung für einen abschlagsfreien Bezug nach der beschriebenen

45-Jahres-Regelung erfüllen würden, ist hierbei hinzunehmen. Versicherten gleichsam umgekehrt einen Anspruch auf abschlagsfreie Altersrente mit 45 Jahren dem Grunde nach unter den beschriebenen Voraussetzungen bei gleichzeitiger Beibehaltung der derzeitigen Wartezeitregelungen zuzugestehen, würde zu dem merkwürdigen Ergebnis führen, dass zwar ein Anspruch auf eine abschlagsfreie Rente ab Alter 65 bestehen könnte, nicht aber auf eine „normale“ vorzeitige Altersrente ab 65 mit Abschlägen. Die einzig denkbare Alternative wäre daher gewesen, die Einschränkung der Anrechenbarkeit von in anderen Systemen zurückgelegten Zeiten auf die Wartezeit nach § 17 Abs. 1 Satz 2, 2. Alternative (bei Befreiung in der AdL) generell aufzuheben. Dies würde jedoch eine grundsätzliche Abkehr von der bisherigen Konzeption der Wartezeitenregelung bedeuten und vermutlich zu erheblichen, nicht kalkulierbaren Mehrkosten führen. Im Übrigen ist auch angesichts dieser Relativierung der Bedeutung der 45-Jahres-Sonderregelung zu bedenken, dass die Regelungen in der AdL zur Anrechnung von in anderen Systemen zurückgelegten Zeiten gleichwohl nach wie vor erheblich vorteilhafter sind als die entsprechenden Regelungen in diesen anderen Systemen (insbesondere die Regelungen für die gesetzliche Rentenversicherung, nach denen grundsätzlich nur dort zurückgelegte Zeiten berücksichtigungsfähig sind).

Im Hinblick auf die Anrechnung von Zeiten einer geringfügigen Beschäftigung auf die 45 Jahre ist ferner darauf hinzuweisen, dass nach den Regelungen im SGB VI im Falle des (selteneren) Verzichts auf die Versicherungsfreiheit diese Zeiten in vollem Umfang auf die 45 Jahre angerechnet werden. Im Falle fehlenden Verzichts auf die Versicherungsfreiheit (dies ist der häufigere Fall) werden die Zeiten hingegen nur anteilig nach Maßgabe von § 52 Abs. 2 SGB VI i.V.m. §§ 76b Abs. 2 und 122 SGB VI angerechnet (derzeit fünf Wartezeitmonate bei ganzjähriger Beschäftigung zu 400 Euro monatlich). Nach der Systematik der Regelungen im SGB VI ergibt sich dies daraus, dass diese Begünstigung für Versicherte mit 45 Pflichtbeitragsjahren als eigenständige Altersrente (für besonders langjährig Versicherte, § 38 (neu) SGB VI) ausgestaltet ist und in §§ 51 und 52 SGB VI geregelt wird, welche Zeiten auf die 45jährige Wartezeit anzurechnen sind und in welchem Umfang. Die nur anteilige Berücksichtigung bei geringfügiger Beschäftigung ergibt sich hierbei aus § 52 Abs. 2 SGB VI, der die allgemeinen Regelungen in § 51 SGB VI (damit auch Absatz 3a (neu) dieser Vorschrift) im Hinblick auf den Umfang der anzurechnenden Zeiten ergänzt. Im ALG ergibt sich dieses Ergebnis aus dem Verweis in der als reine Rentenberechnungsvorschrift ausgestalteten Regelung in § 23 Abs. 8 Satz 2 (neu) ALG. Dort wird im Hinblick auf die in der AdL auf die 45 Jahre anrechenbaren Zeiten insoweit u.a. auf die nach § 51 Abs. 3a (neu) SGB VI anrechenbaren Zeiten - § 23 Abs. 8 Satz 2 Nr. 2 (neu) ALG) – verwiesen. Hiermit wird die Regelung in § 52 Abs. 2 SGB VI, die nur den Umfang der anrechenbaren Zeiten bestimmt, miterfasst.

Grund für diese Abweichungen gegenüber den für die Rentenversicherung vorgesehenen Regelungen ist, dass Versicherte der AdL alleine mit den in diesem Sondersystem zurückgelegten Zeiten, dem sie häufig erst ab einem höherem Alter angehören, fast nie eine derart lange Versicherungsdauer von insgesamt 45 Jahren erreichen. Die Statistik weist praktisch keine Versicherten bzw. Rentner aus, die nur in der AdL 45 und mehr Versicherungsjahre zurückgelegt haben. In der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen nach der Zugangsstatistik für 2004 immerhin 20% aller Versicherten diese Voraussetzung (30% der Männer und 11% der Frauen in den alten Bundesländern bzw. 25% der Männer und 21% der Frauen in den neuen Bundesländern). Mit der Abweichung von den Regelungen für die gesetzliche Rentenversicherung soll daher erreicht werden, dass von der Möglichkeit einer abschlagsfreien Altersrente ab 65 in diesem Sondersystem Versicherte tatsächlich auch profitieren können.

Wird eine Altersrente mit Abschlägen ab Alter 65 in Anspruch genommen, vermindern sich im Übrigen ab dem Zeitpunkt, ab dem nach Vollendung des 65. Lebensjahres ggf. die Voraussetzungen für eine abschlagsfreie Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze erfüllt werden, nicht die bisherigen Abschläge. Eine solche Situation kann etwa entstehen, wenn die 45 Jahre durch z.B. Beitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung erreicht werden, die nach Vollendung des 65. Lebensjahres zurückgelegt werden. § 23 Abs. 9 Satz 2 und Abs. 10 ALG sehen hier keine Verminderung des Abschlags vor (insbesondere, da weiterhin die Altersrente vorzeitig in Anspruch genommen wird), sodass es bei der in § 23 Abs. 9 Satz 1 ALG angeordneten Rechtsfolge bleibt, wonach ein bisher ermittelter Abschlag auch bei einer weiteren Rente unverändert bleibt. Dies bedeutet im Ergebnis, dass die Versicherten – wie in der gesetzlichen Rentenversicherung – nicht mehr unmittelbar in eine abschlagsfrei Altersrente wechseln können, wenn sie sich schon vorher für einen Zugang in eine vorzeitige Altersrente mit Abschlägen entschieden haben.

2.2.2.3 Vorzeitige Altersrente nach § 12 Abs. 2 (neu) ALG und Verhältnis zur vorzeitigen Altersrente des anderen Ehegatten

Auch der künftige Bezug einer solchen vorzeitigen Rente ab Alter 65 (ob mit oder ohne Abschläge) soll den anderen Ehegatten berechtigen, eine Altersrente nach § 12 Abs. 1 (neu) ALG vorzeitig zehn Jahre vor Erreichen der für ihn geltenden Regelaltersgrenze in Anspruch nehmen zu können (vgl. § 12 Abs. 1 (neu) ALG). Zu beachten ist hierbei, dass es somit für den Ehegatten nach wie vor nur möglich sein soll, maximal zehn Jahre vor der für ihn geltenden Regelaltersgrenze vorzeitig in Altersrente gehen zu können. Liegt seine individuelle Regelaltersgrenze z.B. bei 66 Jahren (Jahrgang 1958, vorzeitiger Bezug ab Alter 56 möglich) und geht der ältere Ehegatte bereits

mit 65 Jahren in die neue vorzeitige Altersrente nach § 12 Abs. 2 (neu) ALG, hat dies zur Konsequenz, dass dann zwar der maximale Zehnjahresabstand zur eigenen Regelaltersgrenze – wie bisher – bleibt, dieser Abstand aber nicht mehr bestehen bleibt für den größtmöglichen Altersunterschied zwischen den beiden Eheleuten, der noch einen gemeinsamen Renteneintritt ermöglichen würde (im Beispielsfall wäre dieser maximal 9 Jahre, 65 zu 56 Jahren). Die Alternative hätte darin bestanden, diesen zuletzt genannten maximalen Altersunterschied beizubehalten. Dieser Ansatz würde sich aus der Intention speisen, die der Schaffung der seinerzeitigen vorzeitigen Altersrente zu Grunde lag, zur Kompensation des Fortfalls des Verheiratetenzuschlags auch bei größerem Altersunterschied einen gemeinsamen Renteneintritt zu ermöglichen. Dies würde jedoch im Ergebnis bedeuten, künftig sogar bis zu zwölf Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze eine vorzeitige Altersrente in Anspruch nehmen zu können – und dies vor dem Hintergrund der schon jetzt insoweit sehr großzügigen Regelung. Da für den künftigen Rentenzugang der Fortfall des früheren Verheiratetenzuschlags kaum noch Bedeutung besitzt (aus der Perspektive von 2012 läge dieser dann 17 Jahre zurück), wurde dem Gesichtspunkt, eine weitere zeitliche Ausdehnung der möglichen vorzeitigen Inanspruchnahme auf dann sogar zwölf Jahre zu umgehen, das größere Gewicht beigemessen. Dies dürfte auch insoweit nicht sonderlich schwer wiegen, als auch das jetzige Recht im Ergebnis nur einen gemeinsamen Renteneintritt bei einem maximalen Altersunterschied von zehn Jahren ermöglicht. Künftig darf dieser Altersunterschied unter Umständen nicht größer als acht Jahre sein.

2.3 Auswirkungen der Regelaltersgrenzanhebung auf Erwerbsminderungsrenten

2.3.1 Anhebung des Referenzalters für die Berechnung der Abschläge

Bei einer Erwerbsminderungsrente bemisst sich die Höhe der Abschläge bislang danach, wie viele Monate vor Vollendung des 63. Lebensjahres diese Rente in Anspruch genommen wird (§ 23 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 ALG). Im Zuge der Anhebung der Regelaltersgrenze soll diese für die Ermittlung der Abschläge maßgebliche Altersgrenze von 63 Jahren schrittweise im Ergebnis ebenfalls um zwei Jahre auf eine Altersgrenze von 65 Jahren angehoben werden. Hierzu wird in § 23 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 ALG n.F. das „Referenzalter“ für die Abschläge vom 63. auf das 65. Lebensjahr angehoben. Für die Höhe der Abschläge ist daher - nach Ablauf einer Übergangszeit - künftig maßgebend, wie viele Monate vor Vollendung des 65. Lebensjahres diese Rente in Anspruch genommen wird. Da es bei einem Höchstabschlag von 10,8% bleibt (§ 23 Abs. 8 Satz 3 (neu) ALG), hat diese Anhebung des Referenzalters vom 63 auf das 65 Lebensjahr nur Auswirkungen für diejenigen, die zwischen der Vollendung des 60 und 65 Lebensjahres erwerbsgemindert werden. Für

diejenigen, die nach dem 60. und vor dem 63. Lebensjahr erwerbsgemindert werden, ergeben sich höhere Abschläge als bisher (bisher Abschläge von 10,5% bis 0,3%, künftig von 10,8% bis 7,5%), für diejenigen, die ab Vollendung des 63. bis vor Vollendung des 65. Lebensjahres erwerbsgemindert werden, ergaben sich bisher keine Abschläge, künftig ergeben sich Abschläge von 7,2% bis 0,3%. Für diejenigen, die bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres erwerbsgemindert werden bzw. ab Vollendung des 65. Lebensjahres, ergeben sich keine Veränderungen. Hier greift immer die Begrenzung auf einen Höchstabschlag von 10,8% bzw. es sind auch zukünftig – wie bisher - keine Abschläge vorzunehmen.

Dieses „Referenzalter“ wird jedoch – wie auch in der gesetzlichen Rentenversicherung – nicht sofort, sondern schrittweise auf 65 Jahre angehoben. Die maßgebliche Übergangsbestimmung in § 93a Abs. 3 (neu) ALG bestimmt für einen Übergangszeitraum bis 2023, dass bei Beginn der Erwerbsminderungsrente vor dem Jahre 2024 an die Stelle des „Referenzalters“ 65 ein in Abhängigkeit vom jeweiligen Rentenbeginn niedrigeres „Referenzalter“ tritt. Erst bei Beginn einer Erwerbsminderungsrente ab 2024 gilt als Referenzalter für die Abschläge das 65. Lebensjahr. In tabellarischer Übersicht stellt sich die Anhebung des Referenzalters wie folgt dar:

Rentenbeginn/Todeszeitpunkt		maßgebende Altersgrenze	
Jahr	Monat	Jahre	Monate
Vor 2012		63	0
2012			
	Januar	63	1
	Februar	63	2
	März	63	3
	April	63	4
	Mai	63	5
	Juni bis Dezember	63	6
2013		63	7
2014		63	8
2015		63	9
2016		63	10
2017		63	11
2018		64	0
2019		64	2
2020		64	4
2021		64	6
2022		64	8
2023		64	10

Die konkrete Ausgestaltung dieser Übergangsbestimmung, insbesondere die für den Jahrgang 2012 nach Monaten differenzierende Regelung, erklärt, sich lediglich durch das Regelungsziel, vollständige Parallelität zu der für die gesetzliche Rentenversicherung gewählten Übergangsbestimmung herzustellen.

Die Übergangsbestimmung zur schrittweisen Heranführen des Referenzalters an das Alter 65 stellt auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns ab, wohingegen bei Altersrenten – wie dargestellt – auf das jeweilige Geburtsjahr abgestellt wird. Der Eintritt von Erwerbsminderung ist für gewöhnlich nicht durch den Versicherten bestimmbar. Auch bei der schrittweisen Heraufsetzung des Referenzalters auf das Geburtsjahr abzustellen und das Referenzalter in Abhängigkeit von der für den jeweiligen Geburtsjahrgang geltenden Regelaltersgrenze zu bestimmen (24 Monate vor Erreichen des jeweiligen Regelaltersgrenze), würde z.B. bedeuten, dass ein Versicherter, der schon im Jahre 2012 im Alter von 60 Jahren (Jahrgang 1950) voll erwerbsgemindert wird, Abschläge gemessen an einem Referenzalter von 63 Jahren und vier Monaten (Regelaltersgrenze wäre hier 65 Jahre und vier Monate) erhielte. Es würde somit von 2011 zu 2012 zumindest für bestimmte Jahrgänge ggf. eine sprunghafter Anstieg der Abschläge erfolgen, obwohl im Bereich der Regelaltersgrenze durch das Abstellen auf den Geburtsjahrgang ein langsames „Hineinwachsen“ in die höhere Regelaltersgrenze garantiert ist. Um auch bei Erwerbsminderungsrenten ein langsames Heranwachsen an das höhere Referenzalter für die Abschläge sicherzustellen, wird deshalb hier auf den Rentenbeginn abgestellt. Da bei Altersrenten auf den Geburtsjahrgang abgestellt wird, folgt hieraus allerdings, dass bei Rentenbeginn bis 2028 eine individuell geltende Regelaltersgrenze unter Alter 67 (nach § 87a (neu) ALG) in der Regel nicht 24 Kalendermonate höher ist als das jeweils geltende Referenzalter für die Abschläge (ab Rentenbeginn 2024 Alter 65, § 23 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1, vorher individuell nach Rentenbeginn, § 93a Abs. 3 Satz 1).

Eine Verlängerung der Zurechnungszeit bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres (anstelle des 60. Lebensjahres) ist nicht erfolgt. Grund hierfür ist, dass dies für all diejenigen, die bis Alter 60 erwerbsgemindert werden (dies beträfe die Mehrzahl der erwerbsgeminderten Versicherten), ausschließlich zu Verbesserungen gegenüber dem derzeitigen Recht geführt und damit die erstrebten Einsparungen durch die Anhebung der Regelaltersgrenze nicht unwesentlich vermindert hätte.

2.3.2 Sonderregelung bei langjähriger Versicherungsdauer

Wie auch im Hinblick auf die Anhebung der Regelaltersgrenze, die im Ergebnis nicht greift, wenn für 45 Jahre bestimmte Pflichtbeitragszeiten anzurechnen sind (oben 2.2.2.2), ist auch für die Anhebung des Referenzalters für die Abschläge eine Ausnahme für bestimmte Versicherte vorgesehen.

Für diejenigen, die zum Zeitpunkt des Eintritts von Erwerbsminderung bereits für 35 Jahre solche Zeiten zurückgelegt haben, die auch in Bezug auf die 45-Jahres-Sonderregelung zum abschlagsfreien Bezug einer Altersrente ab Alter 65 zu berücksichtigen sind, bleibt es beim „Referenzalter“ 63 für die Abschlagsberechnung, wenn der Rentenbeginn vor dem Jahre 2024 liegt (§ 93a Abs. 3 Satz 3 (neu) i.V.m. § 23 Abs. 8 Satz 4 (neu) ALG). Liegt der Rentenbeginn nach dem Jahre 2023, gilt dies nur, wenn 40 Jahre solcher Zeiten zurückgelegt sind (§ 23 Abs. 8 Satz 4 (neu) ALG). Im SGB VI ergibt sich dies aus den in § 77 Abs. 4 (neu) und § 264c Satz 2 (neu) vorgesehenen Regelungen.

Diese nach Rentenbeginn differenzierende Privilegierung bestimmter Versicherter, der es alleine unter Vertrauensschutz Gesichtspunkten nicht bedurft hätte, ist ersichtlich das Ergebnis eines Kompromisses. Diese Differenzierung wird laut den Ausführungen in der Gesetzesbegründung (Begründung zu § 264c Satz 2 SGB VI) damit erläutert, „es sei davon auszugehen, dass Prävention und Gesundheitsförderung - wie sie beispielsweise im Rahmen der „Initiative 50plus“ und der „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ vorgesehen sind - künftig dazu beitragen werden, krankheitsbedingte Frühverrentungen zu verhindern oder hinauszuzögern“.

2.4 Auswirkungen der Regelaltersgrenzanhebung auf Renten wegen Todes

Auswirkungen der Anhebung der Regelaltersgrenzen auf Renten wegen Todes ergeben sich in zweierlei Hinsicht:

2.4.1 Anhebung des Referenzalters für die Berechnung der Abschläge

Zum einen wird das „Referenzalter“ für die Abschläge bei Renten wegen Todes (derzeit pro Monat, den der Versicherte vor Vollendung des 63. Lebensjahres stirbt, 0,3% Abschlag vom allgemeinen Rentenwert) nach den gleichen Regeln wie bei den soeben dargestellten Neuregelungen für Erwerbsminderungsrenten angehoben (Änderung von § 23 Abs. 8 Satz 1 Nr. 2 ALG, Sonderregelung in § 23 Abs. 8 Satz 4 (neu) ALG, Übergangsregelung in § 93a Abs. 3 (neu) ALG). Dies folgt daraus, dass sich Renten wegen Todes aus der Rente, die der (verstorbene) Versicherte als fiktive Erwerbsminderungsrente erhalten hätte, herleiten. Die Parallelität zwischen Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrenten wird ferner auch gewahrt im Hinblick auf die vorgesehene Begünstigung für bestimmte Personen. Auch bei den Hinterbliebenenrenten verbleibt es beim „Referenzalter“ 63 für die Abschlagsberechnung, wenn der verstorbene Versicherte zum Zeitpunkt seines Todes für 40 Jahre (bzw. bei Tod vor dem Jahre 2024 für 35 Jahre) solche Zeiten zurückgelegt hat, die auch auf die 45 Jahre bei der Sonderregelung über den abschlagsfreien Bezug einer Altersrente ab Alter 65 berücksichtigungs-

fähig sind. Dies ergibt sich aus den auch für die Erwerbsminderungsrenten geltenden - und oben dargestellten (2.3) - Vorschriften in §§ 23 Abs. 8 Satz 4 (neu) und 93a Abs. 3 Satz 3 (neu) ALG.

2.4.2 Altersgrenze für Beginn der (großen) Witwen-/Witwerrente

Zum anderen wird das Lebensalter, ab dem frühestens eine Witwen- bzw. Witwerrente bezogen werden kann, in der AdL schrittweise vom 45. auf das 47. Lebensjahr angehoben (Änderung von § 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 ALG). Dies entspricht der auch in der gesetzlichen Rentenversicherung vorgesehenen Anhebung der Altersgrenze für die große Witwen-/Witwerrente (die gesetzliche Rentenversicherung kennt neben dieser Rente auch noch die so genannte kleine Witwen-/Witwerrente). Der schrittweise Anstieg wird durch die Übergangsregelung in § 96 Abs. 5 (neu) ALG (entspricht § 242a Abs. 4 und 5 (neu) SGB VI) vollzogen. Bei Beginn der Rente wegen Todes vor 2029 wird beginnend mit Rentenbeginn in 2012 die Altersgrenze pro Jahr des Rentenbeginns nach 2011 in denselben Schritten wie die Regelaltersgrenze angehoben. Hierbei wird nicht - wie bei der Regelaltersgrenzenanhebung - auf das Geburtsjahr abgestellt, sondern auf das Jahr des Beginns der Rente wegen Todes. Maßgeblich hierfür sind dieselben Gründe, aus denen auch bei die schrittweise Anhebung des Referenzalters für die Abschläge auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns abgestellt wird.

In tabellarischer Übersicht stellt sich die Anhebung der Altersgrenze für die Inanspruchnahme einer Witwen-/Witwerrente nach § 96 Abs. 5 (neu) ALG wie folgt dar:

Todesjahr des Versicherten	maßgebendes Lebensalter	
	Jahre	Monate
vor 2012	45	0
2012	45	1
2013	45	2
2014	45	3
2015	45	4
2016	45	5
2017	45	6
2018	45	7
2019	45	8
2020	45	9
2021	45	10
2022	45	11
2023	46	0
2024	46	2
2025	46	4
2026	46	6
2027	46	8
2028	46	10

3. Sonstige Neuregelungen

3.1 Änderungen im Befreiungsrecht (§ 3 ALG)

In den Regelungen zur Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag nach § 3 ALG sind Änderungen zu zwei verschiedenen Regelungskomplexen vorgesehen. Zum einen betrifft dies im Sinne einer Klarstellung bzw. Absicherung einer zumindest überwiegend praktizierten Verwaltungspraxis die Fortgeltung einmal erfolgter Befreiungen bei Wechsel des Befreiungstatbestandes sowie die Rechtsfolgen verspätet beantragter Befreiungen und zum anderen die Aufnahme eines neuen – materiellen – Befreiungstatbestandes.

3.1.1 Rechtswirkungen erfolgter Befreiungen

Das derzeitige Recht kann zumindest in der Weise ausgelegt werden, bei einem Wechsel des Befreiungsgrundes (z.B. nach Ablauf der 3jährigen Kindererziehungszeit Aufnahme einer Erwerbstätigkeit) sei wieder ein erneuter Antrag auf Befreiung nach § 3 ALG zu stellen. Folge hiervon ist, dass zumindest für eine gewisse Zeit rückwirkend Versicherungspflicht entstehen kann, wenn bereits befreite Versicherte es versäumen, einen neuen, weiteren Befreiungsantrag zeitgerecht (d.h. innerhalb von drei Monaten nach Erfüllen des neuen Befreiungstatbestandes, § 3 Abs. 2 Satz 1 ALG) zu stellen. Hierzu kommt es häufig, wenn Versicherte der irrigen Annahme sind, wegen

Verwirklichung des ersten Befreiungstatbestandes erfolgte Befreiungen würden weiter gelten.

Mit der Änderung in § 3 Abs. 2 ALG und der Aufnahme eines neuen Absatzes 2a in diese Vorschrift soll für solche Situationen Abhilfe und für die Verwaltungspraxis eine eindeutige Rechtslage geschaffen werden. Geregelt wird in § 3 Abs. 2a (neu) ALG, dass ein einmal gestellter Befreiungsantrag für die Dauer der Erfüllung von verschiedenen Befreiungstatbeständen aufrechterhalten wird. Hierbei gelten Befreiungstatbestände auch dann als ununterbrochen erfüllt, wenn diese für weniger als drei Monate unterbrochen werden – also zwischen der Verwirklichung eines bestimmten Befreiungsgrundes und der anschließenden Verwirklichung eines weiteren, anderen Befreiungsgrundes nur eine kleinere zeitliche Lücke klafft. Flankierend hierzu wird durch Ergänzung in § 3 Abs. 2 ALG eine Möglichkeit zum Widerruf eines bereits gestellten Befreiungsantrags mit Wirkung für die Zukunft geschaffen (Sätze 2 und 3 (neu) von Absatz 2). Hiermit soll den Betroffenen ermöglicht werden, die mit dem neuen Absatz 2a statuierte Fortgeltung der Befreiung für den Einzelfall nicht eintreten zu lassen, d.h. eine erfolgte Befreiung zukunftsgerichtet wieder zu revidieren, sofern im Einzelfall Interesse an dem Wiederaufleben der Versicherungspflicht bestehen sollte.

Des Weiteren wird im Sinne einer Klarstellung der derzeitigen Praxis ausdrücklich die entsprechende Anwendung der Sätze 3 und 4 von § 34 Abs. 2 ALG im Rahmen von § 3 ALG erlaubt (neuer Satz 4 in § 3 Abs. 2 ALG). § 34 Abs. 2 Satz 3 und 4 ALG besagen, dass bei rückwirkender Feststellung der Versicherungspflicht die dreimonatige Antragsfrist für die Gewährung von Beitragszuschuss erst mit Bekanntgabe des die Versicherungspflicht feststellenden Bescheides zu laufen beginnt (Satz 3). Wird die Versicherungspflicht als Folge der Beendigung einer Befreiung festgestellt, gilt dies jedoch nur dann, wenn die verspätete Antragstellung aus Gründen unterblieben ist, die der Versicherte nicht zu vertreten hat (Satz 4). Wenn das Gesetz in der Weise ausgelegt wird, in Fällen des Aufeinanderfolgens unterschiedlicher Befreiungsgründe sei ein neuer Befreiungsantrag erforderlich, führt die Versäumung der Dreimonatsfrist wegen der zuletzt genannten Regelung in Satz 4 im Falle des Aufeinanderfolgens unterschiedlicher Befreiungsanträge daher in der Regel dazu, dass rückwirkend Beiträge zu erheben sind. Durch die Änderung in § 3 ALG, mit der hier das Fortgelten der Befreiung bei Aufeinanderfolgen mehrerer Befreiungstatbestände geregelt wird (§ 3 Abs. 2a (neu) ALG), kommt es dann allerdings insoweit nicht mehr zu rückwirkender Feststellung der Versicherungspflicht; der entsprechenden Anwendung von § 34 Abs. 2 Satz 3 und 4 ALG bedürfte es von vorneherein nicht mehr.

3.1.2 Befreiungsrecht und Bezug von Arbeitslosengeld II

Nach derzeitiger Rechtslage führt der Bezug von Arbeitslosengeld II (Alg II) automatisch zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB VI) – unabhängig davon, wie die Versicherungsbiografie vor Bezug dieser Leistung aussah. Der Bezug anderer Lohnersatzleistungen führt nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI hingegen im Ergebnis nur dann zur Versicherungspflicht in der Rentenversicherung, wenn man auch vorher in diesem System versichert war. Gleichzeitig stellt der Bezug von Alg II keinen zur Befreiung nach § 3 ALG führenden Befreiungstatbestand dar, das Alg II ist – im Gegensatz z.B. zum Arbeitslosengeld - nicht Erwerbseinkommen im Sinne von § 3 Satz 1 Nr. 1 ALG. Diese Rechtslage kann im Ergebnis dazu führen, dass durch den Bezug von Alg II doppelte Versicherungspflicht entsteht und ggf. die Aufwendungen für die AdL aus dem geringen Alg II bestritten werden müssen, denn diese Aufwendungen werden lediglich – soweit vorhanden – beim zu berücksichtigenden Einkommen als Abzugsposten berücksichtigt. Die Absicherung in der Rentenversicherung wird hingegen unmittelbar von der Arbeitslosenversicherung getragen.

Um in diesem Regelungsbereich in Zukunft unbefriedigende Ergebnisse zu vermeiden, sind im Entwurf eines Altersgrenzenanpassungsgesetzes einige Änderungen vorgesehen. Sie lassen sich von dem Ziel leiten, dem Grunde nach in der AdL versicherungspflichtigen Personen die Möglichkeit einzuräumen, auch während des Bezugs von Arbeitslosengeld II nur in dem System versicherungspflichtig zu bleiben, in dem sie auch vor dem Bezug dieser Leistung versichert waren. Waren diese Personen vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II allerdings in beiden Systemen – der Rentenversicherung und der AdL – versichert (weil sie von dem Befreiungsrecht nach § 3 Abs. 1 ALG keinen Gebrauch gemacht haben), sollen sie auch weiterhin grundsätzlich in beiden Systemen versichert bleiben. Diese Personen haben sich schon vor dem Bezug von Alg II für eine doppelte Absicherung entschieden.

Um diese Regelungsziel zu erreichen, sind folgende, im Zusammenhang zu sehende Rechtsänderungen vorgesehen:

In der AdL erhalten diejenigen Personen ein neues Befreiungsrecht (§ 3 Abs. 1 Nr. 1a (neu) ALG), die Alg II beziehen, während des Bezugs dieser Leistung in der Rentenversicherung versicherungspflichtig bleiben und vor dem Bezug von Alg II nicht in der AdL versichert waren. Dies betrifft Nebenerwerbslandwirte, die sich wegen Erwerbseinkommens in der AdL haben befreien lassen und arbeitslos geworden sind. Sie sollen auch während des Bezugs von Alg II die Möglichkeit haben, nur in der Rentenversicherung versicherungspflichtig zu sein bzw. zu bleiben.

In der Rentenversicherung erhalten (spiegelbildlich zu dem zuvor beschriebenen neuen Befreiungsrecht in der AdL) diejenigen Versicherten der AdL ein Befreiungsrecht, die Alg II beziehen, während des Bezugs dieser Leistung weiterhin in der AdL versichert bleiben und vor dem Bezug dieser Leistung nicht in der Rentenversicherung versichert waren (§ 6 Abs. 1b Nr. 3 (neu) SGB VI). Dies betrifft Haupterwerbslandwirte, die trotz Bewirtschaftung eines Haupterwerbsbetriebs wegen sehr geringem Einkommen zumindest ergänzendes Alg II erhalten und deshalb in der Rentenversicherung versicherungspflichtig wären. Flankierend hierzu wird im SGB III geregelt, dass diese Personen anstelle einer Beitragszahlung durch die Arbeitslosenversicherung unmittelbar an die Rentenversicherung einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Absicherung in der AdL erhalten (Änderung in § 26 SGB III) – allerdings maximal in Höhe des für Alg II-Bezieher zu zahlenden Beitrags zur Rentenversicherung, d.h. in Höhe von mittlerweile (nur) noch 40 Euro monatlich (§ 166 Abs. 1 Nr. 2a SGB VI).

3.2 Betriebs- und Haushaltshilfe nach § 36 ALG

Eine in § 36 Abs. 1 ALG vorgesehene Änderung ist Folge einer Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 16. Juni 2005 (B 10 LW 14/02). In diesem Urteil hat das Bundessozialgericht im Wesentlichen entschieden, dass die Formulierung in dieser Vorschrift, wonach die landwirtschaftlichen Alterskassen Betriebs- und Haushaltshilfe erbringen können, wenn die Leistungserbringung durch einen anderen Träger kraft Gesetzes ausgeschlossen ist, dahin gehend auszulegen sei, der Nachrang der landwirtschaftlichen Alterskassen bestünde nur, wenn der andere Träger tatsächlich kraft Gesetzes oder Satzung diese Leistungen erbringt. Hiernach wäre die landwirtschaftliche Alterskasse auch dann leistungspflichtig, wenn ein anderer Träger, insbesondere ein anderer landwirtschaftlicher Sozialversicherungsträger, zwar die Möglichkeit zur Leistungserbringung kraft Satzung hätte, tatsächlich eine Leistung kraft Satzung aber nicht vorsieht.

Die Auslegung von § 36 Abs. 1 ALG im Hinblick auf die Reichweite des dort verankerten Nachranges der Alterskassen hat zugegebenermaßen eine durch die Mitwirkung der Ministerien nicht unbeeinflusste wechselvolle Vorgeschichte. Zunächst bestand nach Inkrafttreten des Agrarsozialreformgesetzes im Jahre 1995 Einvernehmen, dass durch diese Vorschrift ein Nachrang der Alterskassen nur gegenüber den landwirtschaftlichen Trägern schon dann besteht, sofern diese zumindest durch Satzungsrecht die Möglichkeiten haben, entsprechende Leistungen zu erbringen. Durch später geänderte Auslegung wurde ein so ausgedehnt verstandener Nachrang auch im Bezug auf andere, nicht landwirtschaftliche Träger angenommen. Auch nach dem SGB V (gem. § 38 Abs. 2 SGB V) bloß eröffnete Möglichkeiten zu einer satzungsmäßigen Erweiterung der Leistungen sollten hiernach die Leistungserbringung durch

die Alterskassen ausschließen – unabhängig davon, ob von solchen satzungsmäßigen Möglichkeiten tatsächlich Gebrauch gemacht wurde.

In der zitierten Entscheidung des Bundessozialgerichts wird der Nachrang der landwirtschaftlichen Alterskassen hingegen eng ausgelegt. Der Begriff „kraft Gesetzes“ in § 36 Abs. 1 ALG wird im formellen Sinne ausgelegt – mit der Folge, dass sowohl gegenüber landwirtschaftlichen als auch nichtlandwirtschaftlichen Sozialversicherungsträgern die Alterskassen im Ergebnis nur dann nachrangig zu leisten haben, wenn diese Träger kraft Gesetz im materiellen Sinne oder aufgrund tatsächlicher satzungsmäßiger Bestimmungen Betriebs- und Haushaltshilfe anbieten. Eine solche Auslegung würde im Verhältnis zu den landwirtschaftlichen Trägern bedeuten, dass die Alterskassen auch dann zur Leistungserbringung verpflichtet wären, wenn z.B. eine landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft tatsächlich keinen Gebrauch von satzungsmäßigen Möglichkeiten zur Leistungserweiterung machen würde. Eine solch enge Interpretation des Nachranges der landwirtschaftlichen Alterskassen war jedoch keineswegs Sinn und Zweck des Gesetzes und entsprach keinesfalls den vom Gesetzgeber verfolgten Zielen, auch wenn man über das Ausmaß des Nachrangs gegenüber nichtlandwirtschaftlichen Trägern diskutieren konnte. Eine solche Auslegung des derzeitigen Rechts birgt die Gefahr, dass andere landwirtschaftliche Sozialleistungsträger ihr Satzungsrecht einschränken (was sie allerdings bis heute nicht getan haben), auch wenn es um Fälle geht, die grundsätzlich in ihren Zuständigkeitsbereich fallen (Berufsunfälle und reine Arbeitsunfähigkeit). Dies wäre insbesondere vor dem Hintergrund sehr problematisch, dass diese anderen Träger zumindest in höherem Maße beitragsfinanziert sind, wohingegen die AdL im Wege der Defizitdeckung durch den Bund finanziert wird - mit entsprechend hohem Anteil an Bundesmitteln.

Mit der vorgesehenen Änderung in § 36 Abs. 1 ALG soll eine sachgerechte Leistungsabgrenzung zwischen den landwirtschaftlichen Alterskassen und den übrigen Trägern der Sozialversicherung bei der Erbringung von Betriebs- und Haushaltshilfe nunmehr eindeutig geregelt werden. Im Sinne einer Aufrechterhaltung der bisherigen Rechtspraxis und in Abweichung von der zitierten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wird ausdrücklich bestimmt, dass die Alterskassen Betriebs- oder Haushaltshilfe auch dann nicht erbringen, wenn ein anderer landwirtschaftlicher Sozialversicherungsträger zumindest die Möglichkeit hat, solche Leistungen als satzungsmäßige Mehrleistung zu erbringen. Nachteile entstehen den Versicherten durch diese Rechtsänderung aktuell nicht, da die anderen landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger derzeit von ihren satzungsmäßigen Möglichkeiten Gebrauch gemacht haben. Sie vermeidet jedoch - durch die neuere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eröffnete - mögliche künftige Lastenverschiebungen zu Ungunsten der Alterskassen durch eventuelle Änderungen der Satzungen anderer landwirtschaftlicher Sozialversicherungsträger.

Im Hinblick auf die Erbringung von Haushaltshilfe wird ferner geregelt, dass ein Nachrang der Leistungsverpflichtung der Alterskassen im Verhältnis zu nichtlandwirtschaftlichen Sozialversicherungen nur besteht, soweit ein nichtlandwirtschaftlicher Sozialversicherungsträger diese Leistung kraft Gesetzes oder in Folge tatsächlich erfolgter satzungsmäßiger Ausweitung der Leistungsansprüche erbringt. Ein Nachrang der Leistungsverpflichtung der Alterskassen besteht somit nicht, soweit ein nicht-landwirtschaftlicher Sozialversicherungsträger (dies wären die Krankenversicherungen im Hinblick auf die Erbringung von Haushaltshilfe) von der satzungsmäßigen Möglichkeit zur Ausweitung der Leistungsansprüche keinen Gebrauch macht. Hierdurch sollen Nachteile für die Betroffenen vermieden werden. Im Ergebnis wird insoweit dem Urteil des Bundessozialgerichts gefolgt – aber auch der früheren Auslegungspraxis der Alterskassen.

Schließlich soll durch die Verwendung des Wortes „soweit“ statt „wenn“ hinsichtlich des Nachrangs gegenüber nichtlandwirtschaftlichen Trägern in § 36 Abs. 1 Satz 4 (neu) ALG eindeutig zum Ausdruck gebracht werden, dass die Alterskassen auch ergänzend zu satzungsmäßigen Leistungen dieser Träger Haushaltshilfe erbringen können. Mit dieser Klarstellung wird auch eine frühere Meinungsverschiedenheit zwischen den Ministerien und den Trägern beigelegt. Eine Auslegung des bisher verwendeten Begriffes „wenn“ im engen Sinne (also nicht im Sinne von „soweit“) hätte dazu geführt, dass im Falle einer satzungsmäßigen Ausweitung des Leistungsangebotes durch einen nichtlandwirtschaftlichen Träger (Krankenkassen nach § 38 Abs. 2 SGB V) der Alterskasse eine Aufstockung dieser Leistung nicht möglich wäre. Hätte der nichtlandwirtschaftliche Träger hingegen überhaupt keine satzungsmäßige Erweiterung vorgesehen, könnte die Alterskasse insoweit uneingeschränkt leisten. Dies würde dazu führen, dass Mitglieder einer (allgemeinen) Krankenkasse im Ergebnis durch die Einführung satzungsmäßiger Mehrleistungen – entgegen der Intention der Krankenkasse – benachteiligt wären. Die jetzt vorgenommen sprachliche Klarstellung durch Verwendung des Begriffes „soweit“ in § 36 Abs. 1 Satz 4 (neu) ALG rundet somit die neue ausdrückliche Zuständigkeitszuordnung widerspruchsfrei ab.

3.3 Dynamisierung der Hinzuverdienstgrenzen

Nach bisherigem Recht werden die im ALG geltenden Hinzuverdienstgrenzen bei Renten wegen Erwerbsminderung entsprechend der Veränderung des allgemeinen Rentenwerts bzw. allgemeinen Rentenwerts (Ost) angepasst. Diese errechnen sich aus der Vervielfältigung dieser allgemeinen Rentenwerte mit einem von der Höhe der jeweiligen Erwerbsminderungsrente abhängigen Faktor (§§ 27a Abs. 2, 83 Abs. 1 Satz 2 ALG). Ab 1. Januar 2008 sollen sich die Hinzuverdienstgrenzen – wie in der gesetzlichen Rentenversicherung (§§ 34 Abs. 3 und 96 Abs. 2 SGB VI) - in Abhängigkeit von der Bezugsgröße

errechnen (§ 27a Abs. 2 (neu) ALG). Die neuen Hinzuverdienstgrenzen sollen sich künftig aus der Vervielfältigung der Bezugsgröße mit von der Höhe der jeweiligen Erwerbsminderungsrente abhängigen - jetzt niedrigeren - Faktoren errechnen. Die Anpassung der Hinzuverdienstgrenzen im Beitrittsgebiet (für den Fall, dass der Hinzuverdienst dort erzielt wird) ergibt sich ferner im Ergebnis durch Vervielfältigung der für die alten Bundesländer geltenden Hinzuverdienstgrenze mit dem Wert, der dem Verhältnis entspricht, in dem der allgemeine Rentenwert (Ost) zu dem allgemeine Rentenwert steht (§ 83 Abs. 1 Satz 2 n.F. ALG bzw. § 228a Abs. 2 Satz 1 n.F. SGB VI). Diese Berechnungsart für die Hinzuverdienstgrenze (Ost) anstelle einer Berechnung durch Vervielfältigung der Faktoren unmittelbar mit der Bezugsgröße (Ost) findet seine Erklärung darin, dass der allgemeine bzw. aktuelle Rentenwert (Ost) bereits weiter auf den allgemeinen bzw. aktuellen Rentenwert (West) aufgeschlossen hat als die Bezugsgröße (Ost) auf die Bezugsgröße (West). Der aktuelle Rentenwert (Ost) beträgt derzeit fast 88% des aktuellen Rentenwerts (West), wohingegen die Bezugsgröße (Ost) derzeit nur rd. 84% der Bezugsgröße (West) ausmacht. Eine Anknüpfung der Hinzuverdienstgrenzen in den neuen Bundesländern unmittelbar an die Bezugsgröße (Ost) hätte daher für die Betroffenen zu Verschlechterungen gegenüber dem geltenden Recht geführt.

Mit dieser Rechtsänderung soll erreicht werden, dass sich in Zukunft wieder eine von Jahr zu Jahr ansteigende Hinzuverdienstgrenze ergibt, da sich die Bezugsgröße im Regelfall jährlich erhöht (im Jahr 2007 wird sich allerdings nur die Bezugsgröße (Ost) ändern). Infolge der bisherigen alleinigen Anknüpfung an die Veränderung des allgemeinen Rentenwerts (bzw. aktuellen Rentenwerts in der gesetzlichen Rentenversicherung) gab es in den letzten Jahren keine Erhöhung der Hinzuverdienstgrenzen. Auch für die nächsten Jahre ist davon auszugehen, dass es keine oder allenfalls sehr geringe Rentenanpassungen geben wird. Die in der Rentenanpassungsformel enthaltenen „Dämpfungsfaktoren“ führen dazu, dass allgemeine Lohn- und Gehaltsentwicklung einerseits und Rentenanpassung andererseits auseinanderfallen und lediglich relativ starke Lohn- und Gehaltssteigerungen auch zu einer Erhöhung der Renten führen. Im Hinblick auf die Hinzuverdienstgrenzen hat dies zur Folge, dass trotz – wenn auch nur geringfügiger – Steigerungen der Löhne und Gehälter die Hinzuverdienstgrenzen konstant blieben. Dies führt de facto zu einer Verschärfung der Hinzuverdienstregelungen.

Mit der Umstellung auf die Bezugsgröße wird die Fortschreibung der Hinzuverdienstgrenzen wieder unmittelbar an die Lohnentwicklung gebunden. Die neuen Faktoren sind hierbei auf die Bezugsgröße grundsätzlich so abgestimmt, dass die neuen Hinzuverdienstgrenzen einen Betrag erreichen, wie er sich bei Fortschreibung des allgemeinen bzw. aktuellen Rentenwerts ohne Dämpfungsfaktoren ergeben hätte (in der Rentenversicherung entspricht

dies einem hypothetischen aktuellen Rentenwert bzw. Rentenwert (Ost) von 26,44 bzw. 23,25 Euro und in der AdL einem allgemeinen Rentenwert bzw. Rentenwert (Ost) von 12,20 bzw. 10,73 Euro). In der konkreten neuen Berechnung der Hinzuverdienstgrenzen lassen sich diese Werte jedoch nicht wiederfinden, da in der neuen Berechnungsformel lediglich Faktoren mit zwei Nachkommastellen verwendet werden (sollten). Es kommt aus diesem Grunde zu rundungsbedingten Erhöhungen der sich an sich ergebenden Grenzbeträge, ebenso zu leichten Verschiebungen in der Relation der unterschiedlichen Hinzuverdienstgrenzen zueinander.

Da sich die Bezugsgröße zum Jahresbeginn ändert, führt dies verfahrenstechnisch dazu, dass sich künftig - anders als bisher - die Hinzuverdienstgrenzen nicht mehr zur Jahresmitte, sondern zum Jahresanfang ändern. Für das Beitrittsgebiet muss zudem bei einer unterschiedlichen Anpassung des allgemeinen Rentenwerts einerseits und des allgemeinen Rentenwerts (Ost) andererseits auch zur Mitte des Jahres eine weitere Anpassung der Hinzuverdienstgrenze berücksichtigt werden.

3.4 Ablösung des Ordnungsverfahrens zur Bestimmung der Beiträge und Beitragszuschüsse durch ein Verkündungsverfahren

Bisher werden die neuen Beiträge zur AdL und die hieraus abzuleitenden Zuschüsse zum Beitrag durch Verordnung bestimmt – es sei denn, diese Festlegung erfolgt (sogar) durch Gesetz. Letzteres ist in jüngster Vergangenheit des Öfteren vorgekommen und immer dann zweckdienlich, wenn erst durch bestimmte flankierende gesetzliche Maßnahmen der Beitragssatz in der gesetzlichen Rentenversicherung (und damit auch die Beiträge in der AdL) in einer bestimmten Höhe festgelegt werden kann. Die gesetzlichen Maßnahmen, die eine bestimmte Beitragssatzfestlegung ermöglichen und die Beitragssätze selbst sind dann in ein und demselben Gesetzesvorhaben enthalten. Bestes Beispiel hierfür ist zum wiederholten Male das Verfahren dieses Jahr zur Festsetzung der Beitragssätze in der Rentenversicherung bzw. der Beiträge und Zuschussbeträge für die AdL für das Jahr 2007. Per Verordnung hätte für dieses Jahr aufgrund des gesetzlichen Regelungsmechanismus nur ein Beitragssatz von 19,7% festgesetzt werden können. Eine Beitragssatzsteigerung kann (und muss) durch Verordnung bestimmt werden, wenn bei Beibehaltung des bisherigen Beitragssatzes am Ende des kommenden Jahres die Schwankungsreserve unterschritten würde. Dies hätte – wie erwähnt – schon durch einen Beitragssatz von 19,7% für das nächste Jahr vermieden werden können. In einer solchen Situation den Beitragssatz über das hiernach Erforderliche anzuheben, erlaubt das Gesetz nicht (es erlaubt nur, ihn zum Zwecke des Aufbaues einer Nachhaltigkeitsrücklage konstant zu halten, auch wenn mit einem niedrigeren Beitragssatz die Mindestschwankungsreserve gewährleistet bliebe). Sich eine Nachhaltigkeitsrücklage mit einem höheren Beitragssatz aufzubauen, mus-

ste daher dieses Jahr per Gesetz erfolgen (Gesetz über die Festsetzung der Beitragssätze in der gesetzlichen Rentenversicherung und der Beiträge und Beitragszuschüsse in der AdL für das Jahr 2007).

Aufgrund der Tatsache, dass sich die Beiträge und Beitragszuschussbeträge in der AdL ausschließlich aus externen Faktoren errechnen, die entweder unmittelbar im ALG geregelt sind oder sich aus den die Festsetzung der Beitragssätze in der gesetzlichen Rentenversicherung bestimmenden Voraussetzungen ergeben, ist es rechtlich möglich, Beiträge und Zuschussbeträge lediglich im Bundesgesetzblatt zu verkünden. Die hierfür erforderlichen Rechtsänderungen im ALG (Änderungen in §§ 33, 35, 68, 69, 114, 116 und 120) sind in das Altersgrenzenanpassungsgesetz eingestellt worden. Aus Sicht der Versicherten bzw. der Verwaltung hat diese Rechtsänderung keine größere Bedeutung.

4. Änderungen im SGB VI mit Auswirkungen auf die AdL

Sofern Versicherte der AdL auch in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind, sind sie durch die für die gesetzliche Rentenversicherung vorgesehenen Neuregelungen natürlich unmittelbar berührt. Neben der Anhebung der verschiedenen Altersgrenzen in der Rentenversicherung berühren diese Personen auch die sonstigen Änderungen im SGB VI. Zu nennen wären hier etwa die neuen verfahrenstechnischen Vorschriften über das Rentensplitting zwischen Ehegatten. Diese sind erst jetzt in das SGB VI aufgenommen worden, da sie bei Aufnahme in das seinerzeitige Altersvermögensergänzungsgesetz, mit dem das Rentensplitting erstmals eingeführt wurde, die Zustimmungsbedürftigkeit dieses Gesetzes ausgelöst hätten. Dies sollte seinerzeit vermieden werden.

Von mittelbarer Bedeutung für die (nur) in der AdL Versicherten ist jedoch die so genannte Fortentwicklung der Schutzklausel hinsichtlich der Rentenanpassung. Diese Maßnahme kursierte in den Medien bisher unter der Bezeichnung „Nachhofaktor“. Durch die Ankopplung der Entwicklung des allgemeinen Rentenwertes bzw. allgemeinen Rentenwertes (Ost) an den aktuellen Rentenwert bzw. aktuellen Rentenwert (Ost) treffen Veränderungen der Regelungen zur Rentenanpassung die Versicherten und Rentner der AdL in selber Weise wie die Versicherten und Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung.

In der Sache geht es darum, dass mit dem seinerzeitigen RV-Nachhaltigkeitgesetz der so genannte Nachhaltigkeitsfaktor als ein weiterer Faktor zur Ermittlung des aktuellen Rentenwertes in die Rentenanpassungsformel aufgenommen wurde. Gleichzeitig wurde eine Schutzklausel in das SGB VI eingefügt. Sie soll sicherstellen, dass es allein wegen der Wirkung des Nachhaltigkeitsfaktors nicht zu einer Bruttorentenminderung kommen kann oder

dass sich eine aus der Lohnentwicklung resultierende Bruttorentenminderung nicht weiter verstärkt. Diese Schutzklausel erstreckt sich auch auf das bereits mit dem Altersvermögensergänzungsgesetz im Jahr 2001 eingefügte Formelelement, das die Belastungsveränderungen bei den Aufwendungen der Beschäftigten für ihre Altersvorsorge bei der Rentenanpassung berücksichtigt (so genannter „Riesterfaktor“, der im Ergebnis zu einer weiteren Minderung der Rentenanpassung um rd. 0,6 Prozentpunkte führt).

Entgegen den Erwartungen hat diese Schutzklausel erhebliche Bedeutung erlangt. Schon im Jahre 2005 hätte es ohne Schutzklausel bereits eine Rentenminderung (schöner formuliert „Negativanpassung“) gegeben. Die Löhne waren im Jahr 2004 z. B. in den alten Bundesländern um lediglich 0,12% gestiegen, die Dämpfungsfaktoren wirkten hingegen mit insgesamt 1,23%. Im Ergebnis hätten die Renten in den alten Bundesländern um 1,11% gekürzt werden müssen. Im Jahr 2006 wäre es bei Anwendung der Anpassungsformel ohne Schutzklausel wiederum zu einer Rentenkürzung gekommen.

Es ist davon auszugehen, dass auf der Grundlage des geltenden Rechts bis zum Jahr 2008 nicht realisierte „Negativanpassungen“ im Westen in Höhe von insgesamt 3,14% und im Osten in Höhe von 2,11% aufgelaufen sein werden. Dies würde zu entsprechenden Beitragssatzsteigerungen gegenüber einem gedachten Zustand ohne Schutzklausel führen. In § 255d (neu) SGB VI wird mit dem Entwurf des Altersgrenzenanpassungsgesetzes das bereits zum 30. Juni 2007 aufgelaufene Volumen an unterbliebenen „Negativanpassungen“ ausgewiesen.

Sinn und Zweck der Schutzklausel sollte es jedoch lediglich sein, Rentenkürzungen zu vermeiden. Eine dauerhafte Zusatzbelastung der Beitragszahler sollte mit der Schutzklausel nicht begründet werden. Aus diesem Grunde ist in das Altersgrenzenanpassungsgesetz eine Regelung aufgenommen worden, wonach bisher durch die Schutzklausel nicht erfolgte Rentenminderungen nachgeholt werden (§ 68a (neu) SGB VI). Da der eigentliche Grund für diese Änderung nicht beabsichtigte und vorausgesehene Auswirkungen der bisherigen Schutzklausel sind, wird jetzt terminologisch nicht mehr von der Aufnahme eines weiteren Kürzungselements in die Rentenanpassungsformel gesprochen, sondern von einer „Fortentwicklung der Schutzklausel“. Die Nachholung unterbliebener Rentenminderungen soll frühestens 2011 beginnen. Der durch die Anwendung der Schutzklausel entstandene Ausgleichsbedarf soll nicht durch eine vollständige Verrechnung mit möglichen Rentensteigerungen abgebaut werden, sondern nur durch eine hälftige Verrechnung. Eine sich nach der Rentenanpassungsformel an sich ergebende Rentensteigerung wird demnach halbiert, in Höhe der nicht realisierten Anpassung wird der aufgelaufene Anpassungsbedarf abgebaut.

In welchem Umfang ein Ausgleichsbedarf aufgelaufen ist bzw. durch die Nachholung der Anpassungsminderung abgebaut worden ist, wird Jahr für Jahr im Rahmen der Rentenanpassung in der gesetzlichen Rentenversicherung ausgewiesen (Ergänzung der Verordnungsermächtigung in § 69 Abs. 1 Satz 1 SGB VI). Damit ist ein Höchstmaß an Transparenz sowohl gegenüber den Beitragszahlern als auch gegenüber den Rentnern sichergestellt. Im ALG ist eine solche erweiterte Ausweisungspflicht nicht ausdrücklich aufgenommen worden. Die Renten der AdL werden zum gleichen Zeitpunkt und in gleicher Höhe angepasst und die entsprechenden Rentenwertbestimmungen werden gewöhnlich in ein und derselben Verordnung vorgenommen. Der zur Anpassung in der gesetzlichen Rentenversicherung ausgewiesene Ausgleichsbedarf gilt daher automatisch auch für die AdL.

Verfasser:

Christian Wirth
Ettighoffer Straße 34
53123 Bonn

Dr. Marion Wille

**Die Disease-Management-Programme unter besonderer
Berücksichtigung des Vertragsstandes der Landwirtschaftlichen
Krankenkassen**

Inhalt

- I. Bessere Versorgung durch strukturierte Behandlungsprogramme
- II. RSA und strukturierte Behandlungsprogramme
 1. Die Einführung und Fortentwicklung des RSA unter Ausschluss der LKV
 2. Risikopool und strukturierte Behandlungsprogramme als Teil des RSA
 3. Vielfältige Novellierung der RSAV
 4. Der Morbi-RSA: Ein Auslaufmodell vor dem Start?
 5. Fondsmodell und Risikozuschläge
- III. Teilnahme der LKKen am DMP
- IV. Bestandsaufnahme der DMP-Verträge bei den LKKen
- V. Vorläufermodell Strukturvertrag gemäß § 73 a SGB V
- VI. Aufbau eines strukturierten Behandlungsprogramms
- VII. Wahl der geeigneten Vertragsform
- VIII. Der Weg zum strukturierten Behandlungsprogramm
 1. Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit
 2. Zulassung durch das Bundesversicherungsamt
 3. Entwicklung neuer DMP-Untermodule zur Begegnung der Multimorbidität
 4. Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme
- IX. Durchführung von strukturierten Behandlungsmaßnahmen
 1. Qualitätssicherungsmaßnahmen
 2. Verbreitung der DMP-Daten, Datenfluss unter Berücksichtigung der Sonderstellung der LKKen
 3. Die vereinbarte Vergütung für die Leistungserbringer
 4. Regelungen über die Schulung von Versicherten und Leistungserbringern
 5. Boni für die LKK-Versicherten bei Teilnahme an DMP, Belohnung therapietreuer Patienten
 6. Zulassung von Vertragsärzten und Krankenhäusern

- X. Bereits bestehende DMP-Programme
 - 1. Diabetes mellitus Typ1 und Typ 2
 - 2. Brustkrebs
 - 3. Koronare Herzkrankheit (KHK)
 - 4. Asthma/COPD
- XI. Die Teilnahme der Patienten an den strukturierten Behandlungsprogrammen; Steuerung der LKK-Versicherten
- XII. Entbürokratisierung und Optimierung von DMP
- XIII. Konkurrenz der neuen Versorgungsformen: Integrierte Versorgung als neue flächendeckende Versorgung an einer Volkskrankheit leidender Versicherter?
- XIV. Entwicklung eines maßgeschneiderten Chronikerversorgungsprogramms für die LKV?

I. Bessere Versorgung durch strukturierte Behandlungsprogramme

Chronische Krankheiten erfordern eine besonders gut aufeinander abgestimmte, kontinuierliche Behandlung und Betreuung der Patienten. Deshalb wurden im Jahr 2002 durch das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung¹ so genannte strukturierte Behandlungsprogramme in das SGB V eingefügt (vgl. §§ 137 f und 137 g SGB V). Diese Programme - auch Disease-Management-Programme (DMP) genannt - können die Versorgung von chronisch Kranken nachhaltig verbessern.² Das DMP ist ein Organisationsansatz von medizinischer Versorgung, bei dem die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert und auf der Grundlage medizinischer Evidenz optimiert werden. Ziel ist dabei, die Behandlung der Erkrankung zu verbessern und die durch die Krankheit bedingten Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen zu reduzieren.

Die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus hat bereits Ende der 90er Jahre die GKV jährlich mehr als 16 Mrd. Euro gekostet. Die Hälfte davon wurde für Krankenhausbehandlung, also für die Therapie von Folgeerkrankungen

1 Vom 10.12.2001 (BGBl 3465) mWV 1.1.2002.

2 Ursprünglich wurde dieser Begriff in den USA geprägt und bezeichnet den strukturierten Umgang mit der Erkrankung unter Einbeziehung aller an der Behandlung Beteiligten. Ziel ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern und die Behandlungsabläufe genau aufeinander abzustimmen - mit aktiver Beteiligung der Versicherten.

ausgegeben.³ Für einen deutschen Typ II Diabetiker sind als Folgeerkrankung Herzinfarkt, Schlaganfall, Amputation, dialysepflichtiger Nierenschaden oder Erblindung nicht unwahrscheinlich.⁴ Seit Jahren wird daher versucht, gerade diese Folgekosten durch eine verbesserte Versorgungsstruktur zu vermindern. Die Reduktion eines Folgeerkrankungsrisikos ist jedoch nicht nur von medizinischen, sondern auch verhaltensbedingten - also versichertenbezogenen- Faktoren abhängig. Die Dauer der Erkrankung, bereits eingetretene Komplikationen sowie die Fähigkeit des Patienten, ihre Risikoverhalten zu ändern, spielen hierbei eine zentrale Rolle.⁵

An die Inhalte der DMP werden auf Grundlage des SGB V folgende zum Teil indikationsspezifische Anforderungen gestellt:

- Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten in ein DMP, einschließlich der Dauer der Teilnahme
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten
- Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse sowie
- Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten der DMP

Übergreifende Ziele von strukturierten Behandlungsprogrammen sind zudem der Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung, die finanzielle Entlastung der Krankenkassen mit einer großen Zahl an chronisch kranken Mitgliedern durch die Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) und durch in der Summe und Länge verringerte Krankenhausaufenthalte von chronisch Kranken. Weitere finanzielle Einsparungen sollen durch die Vermeidung bzw. Verringerung von Komplikationen und der Häufigkeit von Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) durch evidenzbasierte Therapien erzielt werden. Ob aller-

3 Liebl A, Neiss A, Spannheimer A, Reitberger U, Wagner T, Gortz A.: Kosten des Typ-2-Diabetes in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 126 (2001): 585-589.

4 Mit konkreten Wahrscheinlichkeitsberechnungen der einzelnen Folgeerkrankungen: Häussler/Berger, Bedingungen für effektive Disease Management Programme, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 7, Seite 11.

5 Vgl. Häussler/Berger, Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 7, Seite 11.

dings die DMP diesen hohen Zielsetzungen gerecht geworden sind, ist mittlerweile teilweise auch bezweifelt worden (XII.).

II. RSA und strukturierte Behandlungsprogramme

Die Inhalte von DMP und von zu ihrer Durchführung zu schließenden Verträgen werden durch die Bestimmungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV, hier insbesondere der §§ 28 b bis g sowie deren Anlagen), verbindlich vorgegeben. Nur soweit das DMP RSAV konform ist, wird es von dem BVA, welches auch für die Durchführung des RSA zuständig ist (vgl. § 266 Abs. 5 SGB V), genehmigt werden.

Die Erfüllung der Voraussetzungen der RSAV ist bei Antragstellung detailliert darzulegen:

- Normierung der Anforderungen an eine Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien (§ 28 b RSAV)
- Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 28 c RSAV)
- Voraussetzungen und Verfahren der Einschreibung eines Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm (§ 28 d Abs. 1 RSAV)
- Regelungen über die Schulung von Versicherten und Leistungserbringern (§ 28 e RSAV)
- Daten und Dokumentation (§ 28 f RSAV)
- Evaluation (§ 29 g RSAV).

Bei den in der RSAV festgelegten Anforderungen an die medizinischen Inhalte strukturierter Behandlungsprogramme handelt es sich weder um Leitlinien noch um Richtlinien. Die Anforderungen zu den medizinischen Inhalten beschränken sich vor diesem Hintergrund auf grundlegende Aussagen, die für die Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme durch das BVA verbindlich sind. Es steht den Krankenkassen als Trägern der einzelnen strukturierten Behandlungsprogramme und ihren Vertragspartnern auf Seite der Leistungserbringer im Übrigen frei, Programminhalte zu vereinbaren, die über die Anforderungen der Rechtsverordnung hinausgehen, sofern die zusätzlichen vereinbarten Programminhalte den Vorgaben der RSAV nicht widersprechen und der bestverfügbaren Evidenz entsprechen.⁶

Auf den ersten Blick benötigen die für den Vertragsbereich zuständigen Mitarbeiter der LKKe keine Detailkenntnisse der gesetzlichen Anforderungen der RSAV, insbesondere darüber, wie und unter welchen Umständen diese

6 Vgl. Referentenentwurf der Vierzehnten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (14. RSA-ÄndV; DMP Brustkrebs), Quelle: BMGS; Stand: 14.09.2005, Begründung.

Programme durch das BVA zuzulassen sind. Allerdings schließen sich die LKKen oftmals kassenartübergreifend RSAV konformen DMP-Verträgen an. Bei Mitgestaltung dieser Verträge oder bei Abfassung einer abgespeckten DMP-Version ist sehr wohl von Nöten zwischen den Anforderungen zu differenzieren, die zwar mangels Geltung der RSAV für die LKKen nicht obligatorisch sind, aber dennoch Sinn machen, und denen, die für die LKKen weder gesetzlich erforderlich, noch von Interesse sind. Als Beispiel für eine nicht obligatorische Maßnahme kann hier die patientenbezogene Qualitätssicherung dienen (z. B. telefonische Rücksprachen bei dem eingeschriebenen Versicherten).

1. Die Einführung und Fortentwicklung des RSA unter Ausschluss der LKV

Der RSA wurde mit Wirkung zum 1. Januar 1994 durch das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung⁷ (GSG) in das SGB V eingeführt. Er bildete zusammen mit dem Recht der freien Krankenkassenwahl das Kernstück der Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung.⁸

Nach § 266 Abs. 1 SGB V findet der RSA jährlich zwischen den Krankenkassen unter Einbeziehung aller gesetzlichen Krankenkassen - mit Ausnahme der LKKen (§ 266 Abs. 9 SGB V) - statt. Dementsprechend sind die LKKen auch keine Krankenkassen und der BLK kein Spitzenverband i. S. von § 1 Abs. 3 und 4 RSAV. Die LKK verfügen zwar über einen hohen Altenteileranteil, die erhöhten Ausgaben werden aber größtenteils durch den Bund – also durch Steuermittel - gedeckt. Dieser hat sich verpflichtet, die Leistungsaufwendungen der Altenteiler zu finanzieren, soweit eigene Beiträge der Altenteiler hierzu nicht ausreichen. An dieser Grundposition hat sich auch durch die mittels des Haushaltbegleitgesetzes 2005 eingeführte Verpflichtung der aktiven Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenversicherung, einen Teil der Leistungsaufwendungen für die Altenteiler selbst zu übernehmen, nichts geändert.⁹

7 Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992, BGBl I S. 2266.

8 Unmittelbarer Anlass für die Neuregelungen waren rapide steigende Kosten im Gesundheitswesen (vgl. BT Drucks 12/3608, S. 66). Die damaligen berufs- und betriebsbezogenen Gliederungsprinzipien der GKV führten zu unterschiedlichen Risikostrukturen, zu Risikoselektionen und zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen, wodurch das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung zunehmend gefährdet wurde. Die Folgen dieser Entwicklung waren Beitragssatzunterschiede zwischen einzelnen Kassen von bis zu 7,5 vom Hundert bei einem weitgehend identischen Leistungsspektrum.

9 Vgl. Siebert, Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft, 2005 (Heft 2), 77 ff. (82).

Dennoch gab es einen Vorstoß, die LKKen in den RSA miteinzubeziehen. Auf die einzelnen vorgeschlagenen Modelle soll hier aber unter Hinweis auf den Aufsatz von Siebert in SdL 2005, 77 ff. nicht näher eingegangen werden. Es spricht aber viel dafür, dass aufgrund der vorhandenen Versicherten- bzw. Altenteilerstruktur es bei einer Einbeziehung aller Mitglieder der LKKen zu erheblichen Ausgleichszahlungen zugunsten der LKKen kommen würde, mithin die allgemeine Krankenversicherung mit den Kosten des Strukturwandels in der Landwirtschaft belastet würde. Das Gesetz gibt nach § 54 KVLG 1989 i.V.m. § 265 SGB V den LKKen lediglich die Möglichkeit eines systeminternen Finanzausgleichs für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen. Von der Möglichkeit eines Finanzausgleichs bei aufwendigen Leistungsfällen haben die LKKen Gebrauch gemacht. Das Nähere regelt die Satzung des BLK (§§ 7 ff.). Daneben gibt es zurzeit keinen Finanzausgleich bei den LKKen.¹⁰

Der RSA bezweckt eine gerechtere Beitragsbelastung der Versicherten und einen Abbau der Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. § 266 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V legt jedoch enumerativ fest, dass ausschließlich die finanziellen Auswirkungen ganz bestimmter Faktoren ausgeglichen werden dürfen. Auszugleichende Faktoren sind u.a. die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die Zahl der nach § 10 SGB V Versicherten (Familierversicherung) sowie das Alter und das Geschlecht der Versicherten. Mit § 266 Abs. 7 SGB V schuf der Gesetzgeber die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass der RSAV. Die Verordnung regelt Einzelheiten des Berechnungs- und Ausgleichsverfahrens.

In den Grundzügen lässt sich die Technik des RSA so beschreiben, dass gesondert für jede einzelne Krankenkasse ein Ausgleichsanspruch oder eine Ausgleichsverpflichtung in Höhe eines bestimmten Geldbetrages ermittelt wird. Hierbei ist die Gegenüberstellung der beiden Rechengrößen „Beitragsbedarf“ und „Finanzkraft“ von zentraler Bedeutung (vgl. § 266 Abs. 2 Satz 1 SGB V, §§ 10, 12 RSAV). In der Finanzkraft kommt die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen einer Krankenkasse zum Ausdruck (vgl. § 266 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

10 Vgl. hierzu im Einzelnen Siebert, SdL 2005, Heft 2, 73 ff. (135).

Der Beitragsbedarf soll die Höhe der Leistungsausgaben widerspiegeln, die einer Kasse unter Zugrundelegung ihrer spezifischen Versichertenstruktur auf der Basis eines bundesweit ermittelten Durchschnittswerts entstehen.¹¹ Jede Kasse zahlt die Differenz zwischen ihrer Finanzkraft und ihrem Beitragsbedarf in den RSA ein, beziehungsweise erhält diesen Differenzbetrag, falls der Beitragsbedarf die Finanzkraft übersteigt. Die tatsächlichen Kosten pro Versicherten werden jedoch vom RSA in der vorliegenden Fassung genauso wenig erfasst, wie die Morbiditätsstruktur der Versicherten. Die finanzielle Bedeutung des Risikostrukturausgleichs ist enorm. Nach einer Statistik des BVA selbst wurde in 2003 der RSA fast ausschließlich durch die BKK'en (9,2 Mrd. EUR netto) und durch die Ersatzkassen (4,3 Mrd. EUR netto) finanziert. Empfänger-kassen waren die AOK'en (13,2 Mrd. EUR netto) und die Bundesknappschaft (1,6 Mrd. EUR netto).

Anfangs erfolgte für die alten und die neuen Bundesländer ein getrennter Risikostrukturausgleich. Halbherzig wurde später durch das Gesetz zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern¹² ein begrenzter gesamtdeutscher RSA eingeführt. Erst nach dem der Gesetzgeber erkannte, dass trotz der Reformen des GKV-Finanzstärkungsgesetzes keine nachhaltige Verbesserung der finanziellen Lage der ostdeutschen Krankenkassen eintrat, beschloss er stufenweise einen gesamtdeutschen RSA einzuführen.¹³ Nach der Neuregelung des § 313a Abs. 1 Nr. 1 bis 7 SGB V waren zu diesem Zweck die Verhältniszahlen, die standardisierten Leistungsausgaben und der Beitragsbedarf jeweils getrennt für Ost und West und zudem für das gesamte Bundesgebiet - Bund – zu ermitteln. Die Folge war ein starker Ost-West Transfer, das heißt Kassen aus den

11 Nach Feststellung des Beitragbedarfes ist der Ausgleichsbedarfssatz festzustellen (§ 266 Abs. 3 Satz 2 SGB V, § 11 RSAV). Ihn erhält man durch Addition der Beitragsbedarfe aller Kassen (so genannte Beitragsbedarfssumme, vgl. § 11 Abs. 1 Nr. 1 RSAV) und anschließende Division dieses Gesamtbetrages durch die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. In einem dritten Schritt wird die individuelle Finanzkraft der einzelnen Krankenkasse in der Weise ermittelt, dass der Ausgleichsbedarfssatz mit der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder dieser Kasse multipliziert wird. Im letzten Schritt sind Beitragsbedarf und Finanzkraft einer individuellen Krankenkasse gegenüberzustellen. In Höhe des Unterschiedsbetrags ist die Kasse entweder ausgleichsverpflichtet oder ausgleichsberechtigt.

12 GKVFinanzstärkungsgesetz - GKVFG vom 24. März 1998 BGBl I S. 526.

13 Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S. 2657).

alten Ländern erhielten weniger Geld aus dem RSA, weil die standardisierten Leistungsausgaben „West“ auf das niedrigere Niveau „Bund“ verringert wurden. Das Bundesverfassungsgericht hat die Verfassungsmäßigkeit dieses Vorgehens bestätigt.¹⁴

Der derart gestaltete RSA ohne eine direkte Erfassung der Morbiditätsunterschiede gab den Krankenkassen der Allgemeinen Krankenversicherung den Anreiz, ihre Geschäftspolitik an unterschiedlichen Risiken zu orientieren. Eine Kasse konnte daher Beitragsatzvorteile erzielen, wenn sie innerhalb der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen viele gesunde und wenige – chronisch - kranke Menschen aufwies.¹⁵ Die Feststellungen der Gutachter nahm der Gesetzgeber zum Anlass, den RSA durch kurz- und mittelfristig wirkende Maßnahmen zu reformieren (vgl.2)

2. Risikopool und strukturierte Behandlungsprogramme als Teil des RSA

Um bereits kurzfristig Fehlentwicklungen des bisherigen RSA korrigieren zu können, waren ein Risikopool und strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) Bestandteile des Gesetzes zur Reform des RSAs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Dezember 2001.¹⁶ Durch den im Jahre 2002 in § 269 SGB V eingeführten Risikopool sollen die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen werden (vgl. auch § 28 a RSAV). Ausgleichsfähig sind dabei 60 Prozent der Aufwendungen für einzelne Versicherte in den Leistungsbereichen Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Krankengeld, Sterbegeld und nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, soweit diese den Schwellenwert, welcher in den Jahren 2002 und 2003 per Gesetz auf 20.450 Euro festgelegt wurde, übersteigen. Der Schwellenwert ist als dynamische Größe ab dem Jahre 2004 jährlich an die Entwicklung der Durchschnittsentgelte anzupassen (§ 268 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Die im Risikopool ausgeglichenen Aufwendungen blieben bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben im RSA außer Betracht (§ 266 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V).

14 BVerfG Beschluss des Zweiten Senats vom 18. Juli 2005, Az.: 2 BvF 2/01.

15 Vgl. Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 28. März 2001, BTDrucks 14/5681, S. 5 ff.; Gesetzesbegründung, BTDrucks 14/6432, S. 8 f.)

16 BGBl I S. 3465.

Der Zusammenhang zwischen den strukturierten Behandlungsprogrammen und dem RSA besteht darin, dass den Krankenkassen für eingeschriebene Versicherte als eigene RSA-Versichertengruppe erhöhte standardisierte Ausgaben zugewiesen werden (§ 266 Abs. 1 Satz 2, § 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Der konkrete Gesamtbetrag, welcher der Krankenkasse für die DMP-Einschreibung des Versicherten zukommt, ist im vorhinein nur sehr schwer berechenbar. Daneben erhalten die RSA-Krankenkassen eine Programmpauschale für die Aufwendungen für die Programmentwicklung und Akkreditierung, Versicherteninformation und Betreuung der DMP-Teilnehmer, Dokumentation, Evaluation und Prüfdienste sowie eine Finanzierungspauschale für Datenstellen und Arbeitsgemeinschaften, die um die 84 Euro liegt.¹⁷

Zielsetzung der Koppelung der RSA mit den DMPs ist es, einen Wettbewerb der Krankenkassen um eine gute Versorgung der chronisch Kranken zu initiieren. Tatsächlich sind auf Grund der Standardisierung der berücksichtigten Leistungsausgaben die Krankenkassen aber gleichzeitig bemüht, die Kosten der Durchführung der DMP möglichst gering zu halten. Hess weist insofern mit Recht auf die Gefahr der Vernachlässigung nicht zugelassener Programme für andere chronische Krankheiten hin und auf die Manipulationsgefahr bei nicht ordnungsgemäßer Durchführung der Programme.¹⁸ Die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen und deren Durchführung auf gleichem Qualitätsniveau ist gegenüber den bisherigen Kriterien des RSA ungleich schwieriger objektivierbar und deswegen in viel höherem Maße manipulationsanfällig. Der Umfang der Dokumentation geht daher weiter über das hinaus, was dem Arzt im Rahmen der Strukturverträge abverlangt wurde.

3. Vielfältige Novellierung der RSAV

Im Folgenden wurde die RSAV mehrfach zur Einbeziehung weiterer Indikationen in die DMP und zur Überarbeitung der bereits beschlossenen Voraussetzungen und Kriterien novelliert (im Folgenden die wichtigsten Änderungen):

- So wurden mit der vierten Verordnung zur Änderung der RSAV vom 27.06.2002 die Anforderungen für die Zulassung von DMP für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und für Patientinnen mit Brustkrebs festgelegt.

17 Vgl. Vereinbarung der Spitzenverbände der KK nach § 267 Abs. 7 v. 13.6.2006.

18 Hess in: Kassler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Band 1, Vor § 137 f, g SGB V, Rdnr. 5.

- Die Dokumentation der Daten und Befunde von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 wurde am 27.12.2002 mit der sechsten Verordnung zur Änderung der RSAV modifiziert.
- Mit der siebenten Verordnung zur Änderung der RSAV vom 28.04.2003 wurden die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) in Kraft gesetzt.
- Mit der neunten Verordnung zur Änderung der RSAV vom 18.02.2004 wurden die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 festgelegt. Zudem wurden die Anforderungen an die Dokumentation für Diabetes mellitus Typ 2 und KHK neu gefasst und Änderungen zur Vereinfachung der Umsetzung der Programme vorgenommen.
- Mit der elften Verordnung zur Änderung der RSAV vom 22.12.2004 wurden schließlich die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Asthma und Patienten mit einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) festgelegt.
- Mit der zwölften Verordnung zur Änderung der RSAV vom 15.08.2005 wurden überarbeitete Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 festgelegt.
- Die dreizehnte Verordnung zur Änderung der RSAV definierte zum 1.02.2006 die Anforderungen an die Behandlung der Indikation Brustkrebs neu.

4. Der Morbi-RSA: Ein Auslaufmodell vor dem Start?

Der morbiditätsorientierte RSA (Morbi-RSA) ist grundsätzlich eine gerechte bzw. konsequente Weiterentwicklung des Risikosturtausgleiches, welcher in der heutigen Fassung den Versicherten in einer der 5.640 Gruppen zuordnet (Zuordnung zu den Kriterien Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung, Teilnahme DMP und Krankengeldbezug), aber dennoch nicht den wirklichen Krankheitszustand bzw. Leistungsaufwand der Krankenkassen abbildet (vgl. 2). Angestrebt werden mehr Gerechtigkeit, Transparenz und Manipulationsresistenz. Hierzu sollen ab dem 1.1.2007 – so die momentane Gesetzeslage - nach § 268 Abs. 1 SGB V die Versichertengruppen und die Gewichtungsfaktoren nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden sein, die zugleich die Morbidität, also die unterschiedlichen Gesundheitszustände der Versicherten unmittelbar berücksichtigen. Rechnerisch wird hierbei der Finanzkraftausgleich wie bisher erhalten, der Beitragsbedarfsausgleich jedoch entsprechend obiger Ausführungen modifiziert. Wissenschaftler haben im Auftrag der Bundesregierung insgesamt 18 Verfahren zur Klassifikation von Krankheiten auf Ihre Tauglichkeit für den Morbi-RSA geprüft und sich am Ende für das US-amerikanische Modell „RxGroups+IPHCC“ entschieden. Hiernach

werden die Versicherten nicht nach demografischen Merkmalen in Gruppen eingeteilt, sondern Zuschläge für Morbiditätsmerkmale (Arzneiverordnungen (RxGroups) und Krankenhausdiagnosen (HCC = Hierarchical Condition Categories)) und für Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus ermittelt. Für die Teilnahme an DMP-Programmen wird eine Managementpauschale in Ansatz gebracht, der Risikopool entfällt. Damit bleibt auch der Morbi-RSA nicht versorgungsformenneutral. Für die LKKen ist eine Einbeziehung in den Morbi-RSA aus den gleichen Gründen wie eine Einbeziehung in den derzeitigen RSA abzulehnen. Sie wäre auch alleine wegen der nicht vorhandenen Datenlage nicht praktikabel.

Im Folgenden zeigte sich aber sehr schnell, dass die praktische Umsetzung der geplanten Reformen, insbesondere die Schaffung der notwendigen Datengrundlage, arbeitsintensiv und damit sehr zeitaufwendig war. Die Weiterentwicklung des RSA verzögerte sich daher – ähnlich wie die Neuregelung der ambulanten Versorgung mittels Regelleistungsvolumina - erheblich. Schon Mitte des Jahres 2006 stand fest, dass der Morbi-RSA bis Ende des Jahres nicht realisierbar ist. Unlängst wurden auch Zweifel über die Richtigkeit des Reformansatzes gehegt. So legte Mitte Mai 2006 der BKK-Bundesverband zur RSA-Reform ein Alternativkonzept vor, den sogenannten Versicherten Solidarausgleich (VSA), welcher zugleich das Problem der notwendigen Reformen der kassenärztlichen Vergütung lösen sollte. Grundsätzlich sollen auch hier Kassen mit vielen jungen und im Durchschnitt gesunden Mitgliedern Gelder einzahlen und Kassen mit vielen Ältern und im Mittel eher kranken Mitglieder finanzielle Unterstützung erhalten. Zusätzlich soll der VSA aber diejenigen Krankenkassen belohnen, die auf Prävention setzten, und so für diese ein Anreiz geben in die Gesundheit der Versicherten zu investieren. Die AOKen möchten dagegen unbeirrt an einem morbiditätsbezogenen RSA festhalten.

In der Tat ist die Einführung des Morbi-RSA mit der Gefahr verbunden, dass die Krankenkassen, um eine verbesserte Einnahmesituation zu erreichen, dazu übergehen, möglichst viele Krankheiten ihrer Versicherten zu dokumentieren (sogenanntes „Upcoding“). Auch die DRG-Fallpauschalen beinhalten, genauso wie die morbiditätsorientierte ärztliche Vergütung durch Regelleistungsvolumina, zurückgeführt aber auf die Ärzte diese Gefahr. Hinzu kommt, dass nach diesem Modell mindestens einmal jährlich eine Meldung aller Krankenkassen an das BVA erforderlich ist, um die Morbiditätsmerkmale pro Versicherten anzugeben (Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, stationäre Diagnosen, Arzneimittel-Inanspruchnahme). Bei Kassenwechsel müsste darüber hinaus ein Meldeverfahren installiert werden. Insgesamt ist durch den hochkomplexen Ausgleichsmechanismus ein Bürokratiewuchs zu befürchten. Soweit es jedoch gelingen würde, die Morbidität der Versicherten im Finanzausgleich abzubilden, würde für die DMP die Finanzbasis fehlen

und damit für die Krankenkassen der allgemeinen Krankenversicherung der finanzielle Anreiz diese Programme durchzuführen. Sollten die DMP dann seitens der allgemeinen Krankenversicherung modifiziert oder überdacht werden, werden sich auch die LKKen neu orientieren müssen. Eine spezielle und gezielte Versorgung chronischer Kranker ist aber nach wie vor medizinisch sinnvoll und die DMPs hierzu ein grundsätzlich geeignetes Mittel, auch wenn diese teilweise optimiert werden könnten (vgl. XII.). Möglicherweise findet nach der Abkoppelung der DMP vom RSA auch eine (Rück-) Orientierung zu den Strukturverträgen oder der Integrierten Versorgung statt.

5. Fondsmodell und Risikozuschläge

Durch die geplante Gesundheitsreform und durch das hierzu vorgelegte Eckpunktepapier vom 04.07.2006 wurde der Morbi-RSA in der zur Zeit geplanten Form überholt. Nun soll jede Krankenkasse aus dem durch Beiträge und Steuern gefüllten Fonds grundsätzlich denselben Betrag pro Versicherter erhalten. Die unterschiedlichen Risiken der Versicherten wie z. B. Alter und Krankheit und die unterschiedliche Häufung dieser Risiken je Kasse sollen durch risikoadjustierte Zuschläge aus dem Fond ausgeglichen werden. Wie die Morbidität des Versicherten allerdings abgebildet werden soll, und ob man hierbei auf die Erfahrungen mit der Entwicklung des Morbi-RSA zurückgreifen will oder kann, ist bisher unklar. Feststeht, dass man den RSA vereinfacht und zielgenauer gestalten will. Ob man diesem Ziel gerecht werden kann, bleibt im Hinblick auf die bisher gemachten Erfahrungen fraglich.

Auch die Verknüpfung des RSA mit den strukturierten Behandlungsprogrammen soll neu gestaltet werden. Auch hier bleibt ein großes Fragezeichen. Das Eckpunktepapier erwähnt die LKV bei der Finanzierung der GKV über einen Gesundheitsfonds nicht. Es spricht viel dafür, dass die LKKen derzeit aufgrund ihrer Besonderheiten von der Finanzreform ausgeschlossen sind.

III. Teilnahme der LKKen am DMP

Eine Pflicht zur Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen gibt es für die LKKen nicht, weil diese nicht am RSA teilnehmen (vgl. § 266 Abs. 9 SGB V). Auch ohne rechtliche Verpflichtung haben sich die LKKen, um eine kassenart- und regionenübergreifende gleichförmige Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, zahlreichen Programmen angeschlossen (vgl. III.). Hintergrund war aber vor allem der Gedanke, den LKK-Versicherten zu keinem Versicherten zweiter Klasse zu degradieren und diesem dieselben Leistungen wie auch den übrigen gesetzlich Versicherten zu gewähren. Auch finanzpolitisch ist die optimale Versorgung der chronisch Kranken – als eine Minderheit der GKV-Versicherten - interessant, weil diese Bevölkerungsgruppe stetig größer wird und die größten Kosten für die Krankenversicherung verursacht.

Wegen der fehlenden Anbindung an den RSA wurde seitens der LKKen anfänglich auch der Aufbau eines gänzlich eigenständigen Systems zur Versorgung chronisch kranker Menschen erwogen. Allerdings wurde schließlich unter Verweis auf den unverhältnismäßigen Kostenaufwand von einer solchen Lösung Abstand genommen. Ein solches eigenständiges Versorgungskonzept mit eigenen Regelungen über Teilnahme, Leistung, Datenabrechnung etc. wäre, zumal wahrscheinlich auch keine bundeseinheitliche Lösung gelungen wäre, bei den beteiligten Leistungserbringern nur schwer auf Akzeptanz gestoßen. In der KV-Ausschuss-Sitzung vom 21./22.8.2003 wurde daher beschlossen, auf die Entwicklung eigener DMP zu verzichten und die Kooperation mit anderen Krankenkassen auf der Landesebene zu suchen. Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) hat die landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKKen) bei dem Aufbau und der Durchführung von strukturierten Programmen zu unterstützen (vgl. § 137 f Abs. 5 SGB V). Nachdem die LKKen jedoch reichlich Erfahrungen mit dem DMPs sammeln konnten, insbesondere in den letzten Jahren auch unterschiedliche Wege bei der Realisierung dieser Programme gingen, soll diese Frage neu aufgeworfen werden (vgl. XIV.).

Wegen der fehlenden Refinanzierung der strukturierten Behandlungsprogramme aus dem RSA ist für die LKKen die Teilnahme an den kassenartübergreifenden DMP nach dem Vorbild der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) jedoch nur solange sinnvoll, wie diese Programme auch tatsächlich für die LKK-Versicherten eine qualitativ höherwertige medizinische Versorgung gewährleisten können oder/und es durch diese tatsächlich zu Einsparungen von Folgekosten kommt (z. B. stationären Aufenthalten), die die durch das Programm angefallenen Kosten überwiegen (vgl. auch XI.).

Die DMP-Versorgung bezweckt im Wesentlichen eine Stärkung der Selbstverantwortung des Patienten. Ansonsten gilt der Grundsatz, dass diese im Hinblick auf den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)¹⁹ keine neuen Leistungen einführen, sondern Vorgaben zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung enthalten (vgl. § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V).²⁰ Die Vergütung der Ärzte erfolgt bei einem RSAV gerechten DMP zu einem nicht unerheblichen Teil für die umfangreiche Dokumentation, nicht für das Erreichen einzelner Qualitätsziele. Um den Erfolg eines strukturierten Behandlungsprogramms sicherzustellen, muss daher der Versicherte durch den behandelnden Arzt und eben auch durch die Krankenkasse angehalten werden, die ärztlichen Termine und Schulungen wahrzunehmen. Auch für die

19 Der EBM bestimmt als Honorarordnung der Vertrags(zahn-)ärzte jeweils alle abrechnungsfähigen und nach Punkten bewerteten Leistungen.

20 Orłowski, Strukturierte Behandlungsprogramme im RSA, BKK 2002/ 339.

LKKen ist daher die Sicherstellung dessen durch ein sogenanntes Reminder-System für die Einhaltung der Arzt- und Schulungstermine sinnvoll. Patienten-Reminder haben im DMP die Funktion von

- Verbesserung der Einhaltung von ärztlichen Untersuchungs- bzw. Kontrollterminen
- Unterstreichung der Wichtigkeit von einzuhaltenen Selbstkontrollmessungen
- Stärkung des Verantwortungsbewusstseins und des Selbstmanagement des Patienten für seine Erkrankung und Unterstützung seiner Rolle als gleichberechtigter aktiver Partner
- Verstärkung positiver Verhaltensänderungen hinsichtlich der Vorbeugung bzw. Ausschaltung von Risikofaktoren
- Verbesserung der Patientendokumentation von häuslichen durchzuführenden Kontrollmessungen
- Steigerung der Aufmerksamkeit der spezifischen Belange chronisch Kranker.²¹

Wissenschaftliche Studien belegen den Erfolg von Reminder-Systemen.²² Diese können allerdings nur so gut sein, wie die vorhandenen Daten es sind. Die seitens der Daten(-annahme)stellen an die Krankenkassen übermittelten Datensätze waren jedoch in den letzten Jahren nicht immer zuverlässig. Teilweise verzögerte sich auch die Datenübermittlung, so dass ein korrektes Reminding teilweise von vornherein nicht erfolgen konnte (Termin verstrichen). Dies ist allerdings ein kassenartübergreifendes Problem.

Auch datentechnische Umsetzungsprobleme bei der Einpflegung des kassen-spezifischen Datensatzes (B-Datensatz, vgl. IX) verhinderten bei den LKKen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Es bedarf daher hier Optimierungsbemühungen ebenso wie einer kritischen Auseinandersetzung mit der Frage der RSAV gerechten DMP-Teilnahme der LKKen insgesamt (vgl. hierzu XIV.). Hierbei steht aber außer Frage, dass die LKKen sich weiterhin besonders um die Versorgung chronisch Kranker bemühen werden und das der medizinische Behandlungsansatz der hinter den DMPs steht, hierzu das richtige Mittel ist. Davon unterschieden werden muss aber die Frage, ob die Einhaltung sämtlicher RSAV-Vorgaben für die LKKen das richtige Mittel zur Wahl ist.

21 Vgl. Gutachten von Prof. Dr. Dr. Lauterbach zu DMP für den VDAK im Jahre 2001, Seite 125.

22 Vgl. Studienauswahl im Gutachten von Prof. Dr. Dr. Lauterbach zu DMP für den VDAK im Jahre 2001, Seite 126 f.

Ob es durch die DMP im Allgemeinen gegenüber dem Leistungsangebot der Regelversorgung konkret zu einer verbesserten Versorgung der Versicherten gekommen ist, ist anhand verlässlicher Parameter nur schwer feststellbar, da auch vor dem Jahre 2002 Strukturverträge zu Diabetes mellitus Typ 1 und 2 die Versorgung chronisch kranker Diabetes Patienten sicherstellten. Diese Programme legen ganz ähnliche Behandlungsabläufe wie die entsprechenden DMP fest (vgl. IV.). Hinzu kommt, dass Qualitätsparameter, die Erfolge messbar machen würden (z. B. Veränderung der HbA1c-Werte bei Diabetes mellitus), wegen der fehlenden strukturierten Dokumentation in der Regelversorgung nur bedingt vorliegen. Teilweise laufen die strukturierten Behandlungsprogramme noch zu kurz, um deren medizinischen Erfolg z. B. anhand den Kriterien „Vermeidung weiterer Folgerkrankung“ oder „Vermeidung stationärer Aufenthalte“ zu messen.²³ Der Behandlungsansatz der hinter den DMP steht, nämlich die kontinuierliche und strukturierte Behandlung und Betreuung chronisch Kranker (z. B. durch die Vereinbarung eines Behandlungsplanes mit regelmäßiger Wiedervorstellung des Patienten, Patientenschulungen), ist ohne Zweifel medizinisch sinnvoll. Dies bedeutet aber nicht, dass DMPs nicht noch weiter optimiert bzw. weiterentwickelt werden könnten (XII.).

IV. Bestandsaufnahme der DMP-Verträge bei den LKKen

Wie durch Rückfragen des BLK im August 2006 ermittelt werden konnte, haben von den neun LKKen nur sechs überhaupt DMP-Verträge zu den einzelnen Indikationen geschlossen. In fünf Fällen wurden die Verträge kassenartübergreifend und damit überwiegend RSAV konform abgeschlossen. Eine Zulassung durch das Bundesversicherungsamt (BVA) erfolgte nicht, da dies nicht möglich und nicht nötig war. Andere LKKen wie die LKK Schleswig-Holstein und Hamburg, die LKK Franken und Oberbayern und die LKK Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben haben aus unterschiedlichen Gründen Abstand von den DMP-Verträgen genommen, was allerdings nicht bedeutet, dass sich diese nicht besonders um die Versorgung der chronisch Kranken bemühen. Die Teilnahme an Schulungen kann z. B. in Form von Einzelfallentscheidungen den Versicherten auch so ermöglicht werden.

23 Der erste umfassende DMP-Bericht aus dem Bezirk der KV Nordrhein aus dem Jahre 2005 zeigte keine eindeutige Erfolgsbilanz der DMP. Dieses ernüchternde Ergebnis einer DMP-Analyse, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) im Auftrag der nordrheinischen Kassen, Krankenhäuser und KV durchgeführt hat, ist auf die kurze Laufzeit der Programme (seit März 2003), aber auch auf regionale Besonderheiten zurückzuführen. Vorläufer der DMP waren im Rheinland Strukturverträge, deren positive Wirkungen bis heute spürbar sind. Vgl. Ärzte Zeitung vom 9. 2.2005.

Teilweise stellen auch Strukturverträge die Versorgung chronisch kranker LKK-Versicherter im Bereich Diabetes mellitus sicher. Andere, wie die KK für den Gartenbau und die LKK Mittel- und Ostdeutschland, haben begründet durch ihre Gebietsgröße, eine Vielzahl von DMP-Verträgen für die einzelnen KV-Regionen abgeschlossen.

Dabei ist es einigen LKKen (z. B. LKK Baden-Württemberg, LKK Mittel- und Ostdeutschland) gelungen, eigenständige, abgespeckte DMP-Verträge durchzusetzen, die eine Ausgrenzung derjenigen Leistungen bezwecken, die für die LKKen nicht von besonderer Bedeutung sind (z. B. ärztliche Qualitätssicherung gemäß der RSAV, Dokumentation und Datenfluss gemäß der RSAV, z. B. Einrichtung der Gemeinsamen Arbeitsgemeinschaft, Datenstelle und Gemeinsamen Einrichtung). Das Auslassen der aufwendigen Erst- und Folgedokumentation, für die Ärzte ohnehin ein ungeliebtes Kind, ermöglichte zudem eine flexiblere Vergütungsgestaltung.

Insgesamt sind von 920.076 Versicherten der LKKen (Stand: 01.10.2006), fast 17.000 in DMP eingeschrieben gewesen (vgl. hierzu Abbildung 1).²⁴ Dies sind 1,8 % der Versicherten, allerdings steigt die Anzahl der DMP-Teilnehmer stetig. Insgesamt überwiegen, bedingt durch die längste Laufzeit des Programms, die Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 (12.058 LKK-Versicherte zum 01.04.2006, was 0,82 % entspricht, vgl. Abbildung 2). In Nordrhein sind zum im April 2006 3,94 % der Versicherten Nordrhein in DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben gewesen (alle DMP 5 %, für Westfalen-Lippe soll nach Angaben der LKK Nordrhein Ähnliches gelten), in der LKK Mittel- und Ostdeutschland 1,19 % (alle DMP 1,49%), in der LKK Baden-Württemberg 1,87 % (alle DMP 2,09 %), in der LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland 3,05 % (alle DMP 3,48 %) und in der KK Gartenbau 1,27 % (alle DMP 1,46 %), was verdeutlicht, dass die Einschreibesätze regional erheblich variieren können.²⁵

24 Zahlen entnommen aus der KM1, Stand 01.04.2006 und KM 6 Teil II, Stand 01.04.2006.

25 Hinzuzufügen ist allerdings, dass wegen bestehender Umsetzungsschwierigkeiten in der Datenverarbeitung diese Zahlen nur erste Richtwerte sein können.

Eingeschriebene LKV-Versicherte in strukturierten Behandlungsprogrammen									
KV - Bezirk	Schl.-Nr.	Brustkrebs	Diabetes mell. Typ II	Koron. Herzkrankh.	Diabetes mell. Typ I	Asthma Bronchiale	Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen		zusammen Sp. 1 - 7
		1	2	3	4	5	6	7	8
Bayern	79901	1	34	1	1	0	0		37
Berlin	79902	0	10	3	0	0	0		13
Brandenburg	79903	2	46	38	7	0	1		94
Bremen	79904	2	19	8	0	0	0		29
Hamburg	79905	1	43	2	0	0	0		46
Hessen	79906	68	1.331	439	1	0	1		1.840
Koblenz	79907	11	565	84	20	0	0		680
Mecklenb.-Vorp.	79908	3	42	19	3	0	0		67
Niedersachsen	79909	162	2.683	506	1	1	0		3.353
Nordbaden	79910	3	260	28	0	0	0		291
Nordrhein	79911	74	2.022	640	3	2	0		2.741
Nord-Württemberg	79912	13	816	63	0	0	0		892
Pfalz	79913	31	879	132	15	0	0		1.057
Rheinhausen	79914	22	493	47	13	0	0		575
Saarland	79915	1	105	28	0	0	0		134
Sachsen	79916	0	247	27	1	0	0		275
Sachsen-Anhalt	79917	0	31	5	2	0	0		38
Schleswig-Holstein	79918	0	60	9	3	0	0		72
Südbaden	79919	15	385	50	0	0	0		450
Südwürttemberg	79920	15	698	91	0	0	0		804
Thüringen	79921	1	56	14	0	0	0		71
Trier	79922	28	534	81	3	0	0		646
Westfalen-Lippe	79923	119	1.929	662	41	0	0		2.751
Wohnsitz im Ausland	79990	0	4	0	0	0	0		4
Bund	79999	572	13.292	2.977	114	3	2		16.960

Disease-Management-Programme

305

Quelle: Vordruck KM 6 Teil II, Stand: 1.10.2006

V. Vorläufermodell Strukturvertrag gemäß § 73 a SGB V

Die Behandlung von chronisch Kranken in besonders strukturierten Programmen ist jedoch nicht durch die DMP völlig neu eingeführt worden. Schon vorher gab es sogenannte Strukturverträge (z. B. Strukturvertrag „Ambulante Schulung und Betreuung von Typ-1 und Typ-2-Diabetikern zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Vermeidung diabetesbedingter Folgeschäden“ oder „Förderung der ambulanten stationersetzenden Operationen und deren Qualitätssicherung“), die jedoch teilweise mit Einführung der DMP gekündigt wurden, teilweise aber auch an die DMP-Verträge angekoppelt wurden (Einschreibung DMP als Voraussetzung der Teilnahme am Strukturvertrag). Auch die LKKen, die keine DMP-Verträge abgeschlossen haben, stellen die Versorgung von Diabetes mellitus Typ 1 und 2 Patienten teilweise noch durch diese Verträge sicher. Dies macht Sinn, da diese Verträge medizinisch denen des DMP um nichts nachstehen und gleichzeitig bei den Vertragsärzten eingeführt und anerkannt sind. So werden auch hier Typ I und Typ II Diabetiker kontinuierlich versorgt (z. B. Bestimmung des HbA1C-Wertes einmal im Quartal, Cholesterinwert einmal im Jahr) und motiviert Schulungen zu besuchen und Patientenpässe angelegt, Risikoprofile mit dem Patienten diskutiert, feste Behandlungspfade und ärztliche Teilnahmevoraussetzungen und Fortbildungspflichten festgelegt. Die Dokumentationen und Datenflüsse ist allerdings, bedingt durch die fehlende RSA-Anbindung, schlanker gestaltet (z. B. keine Pflicht bei Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen die Gemeinsame Einrichtung einzurichten). Teilweise wird von den Versicherten die ursprüngliche Versorgung in den Strukturverträgen als „vorteilhafter“ empfunden, wozu es medizinisch gesehen aber nur wenig Grund gibt. Eine Ursache hierfür könnte auch der Unmut der Ärzteschaft auf die DMP sein, die auch dem Patienten nicht verborgen bleibt und diesen mitbeeinflusst.

§ 73 a SGB V soll es den Gesamtvertragspartnern ermöglichen, unabhängig von zeitlich befristeten Modellvorhaben nach §§ 63, 64 SGB V langfristig wirksame Strukturverträge zu schließen, die auf eine Veränderung der Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung abzielen und zwar entweder in Richtung einer stärkeren Koordinationsverantwortung des vom Versicherten für seine medizinische Betreuung gewählten Hausarztes (Hausarztstruktur) oder einer Übernahme von Verantwortung für eine umfassende medizinische Versorgung durch einen vom Versicherten gewählten Praxisverbund aus haus- und fachärztlich tätigen Vertragsärzten (vernetzte Praxisstruktur).²⁶ Sinn und Zweck von Strukturverträgen ist es, Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung im ambulanten Sektor unter gleichzeitiger Wahrung

26 Hess in: KassKomm, Sozialversicherungsrecht, 49. Ergänzungslieferung, § 73 a SGB V, Rdnr. 2.

der Beitragssatzstabilität zu erhöhen. Wesentlicher Regelungsgegenstand von Strukturverträgen ist demnach die Förderung der Kooperation von Vertragsärzten untereinander entweder durch Bildung von Hausarztssystemen oder durch vernetzte Praxisstrukturen. Die Teilnahme des Versicherten an einem Strukturvertrag erfolgt, wie auch bei den DMP, ausschließlich freiwillig. Ihm steht auch weiterhin - alternativ - das gesamte gesetzliche System der Leistungserbringung zur Verfügung.

VI. Aufbau eines strukturierten Behandlungsprogramms

Unter medizinischem Blickwinkel sind die unterschiedlichen strukturierten Behandlungsprogramme angesichts der engmaschigen gesetzlichen Vorgaben ähnlich aufgebaut (vgl. § 137f. SGB V). Zentrale Elemente strukturierter Behandlungsprogramme sind z. B.

- die sektorenübergreifende Behandlung, also die Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Behandlungs- und Betreuungsprozesse auf der Grundlage der jeweils besten verfügbaren medizinischen Evidenz, also Therapien und Arzneimittel, deren Wirksamkeit gut belegt ist,
- Berücksichtigung von wissenschaftlich begründeten Leitlinien, die als Orientierungshilfen für Diagnostik, Therapie und Nachsorge für behandelnde Ärztinnen und Ärzte dienen,
- Schulungen der Leistungserbringer und Versicherten, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Dokumentation und schließlich Evaluation der Ergebnisse.

VII. Wahl der geeigneten Vertragsform

Zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme stehen grundsätzlich sämtliche im SGB V geregelten Vertragstypen zur Verfügung, das heißt Bundesmantel- und Gesamtverträge (§§ 82 f. SGB V), Strukturverträge (73 a SGB V), Integrationsverträge (§§ 140 a ff. SGB V) sowie Modellverträge (§§ 63 f. SGB V).²⁷ Nicht zulässig ist hingegen der Abschluss von anderen öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Verträgen. Der ansonsten geltende Grundsatz der Formenwahlfreiheit der Verwaltung, wonach sich diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben sowohl der Rechtsform des öffentlichen als

27 Leitfaden des Bundesversicherungsamts für die Antragstellung zur Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme, abgedruckt in: Disease-Management in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Kommentar und Materialsammlung, Band 1, Sankt Augustin 2004, Kennzahl 750, S. 1 oder erhältlich von BVA.

auch privaten Rechts bedienen darf, wird insofern durch § 69 SGB V eingeschränkt.²⁸

Die Eigenart strukturierter Behandlungsprogramme liegt in der Bildung sektorenübergreifender Versorgungsketten. Nicht alle im SGB V genannten Vertragstypen dürften sich daher gleichermaßen für die Erreichung der mit der Einführung von DMP bezweckten Versorgungsziele eignen. Der Strukturvertrag ist, wie bereits erwähnt, eine der häufigsten verwendeten Vertragstypen zur Umsetzung von DMP. Da sein Geltungsbereich auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung begrenzt ist, ist er für eine vertragliche und damit auch organisatorische Integration weiterer Leistungserbringer bzw. Sektoren in die Versorgungskette nur bedingt geeignet.²⁹

VIII. Der Weg zum strukturierten Behandlungsprogramm:

1. Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit

Die Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß §137 f Abs. 2 SGB V werden vom Unterausschuss DMP des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entwickelt und regelmäßig aktualisiert sowie durch den G-BA in der Besetzung nach § 91 Abs. 4 SGB V beschlossen und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V empfohlen. Zudem gibt der G-BA dem BMG Empfehlungen, für welche chronischen Krankheiten oder Diagnosen strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Bei der Auswahl der chronischen Krankheiten werden unter anderem folgende Kriterien berücksichtigt:

- die Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten
- die Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität
- die Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien
- der sektorenübergreifende Behandlungsbedarf
- die Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten
- der hohe finanzielle Aufwand der Behandlung.

28 Vollmöller, Rechtsfragen bei der Umsetzung von Disease-Management-Programmen, in NZS 2004, S. 63 f.

29 Grüne in: Handbuch Kooperationen im Gesundheitswesen (HBKG), GW 2005, Kennzahl B 160, Rdnr. 27.

Unterstützt wird der G-BA vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (vgl. § 137 a Abs. 3 Nr. 3 SGB V), das die notwendigen wissenschaftlichen Grundlagen erarbeitet. Entscheidend für die Aufnahme von medizinischen Maßnahmen in ein Behandlungsprogramm sind deren wissenschaftlich belegte Wirksamkeit und deren Sicherheit. Das BMG passt auf Grundlage der Empfehlungen des G-BA die RSAV jeweils an.

2. Zulassung durch das Bundesversicherungsamt

Erst die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen durch das BVA nach § 137 g Abs. 1 SGB V und die Einschreibung der Versicherten mit entsprechend chronischen Erkrankungen in solche Programme bei ihren Krankenkassen gemäß § 137 f Abs. 3 SGB V führt zur Bildung besonderer Versichertengruppen für jede dieser Erkrankungen im RSA (§ 266 Abs. 4 Satz 2 i.V. mit Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Für alle am RSA teilnehmenden Krankenkassen ist die Zulassung durch das BVA daher obligatorisch. Eine Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme durch das BVA ist für die LKKen jedoch nicht möglich, da diese nicht am RSA teilnehmen und auch keine Krankenkassen im Sinne der RSAV darstellen.³⁰ Voraussetzung für die Zulassung eines Programms durch das BVA ist es, dass im Programm und in den zu seiner Durchführung geschlossenen Verträge vorgesehen ist, dass das Programm und die zu seiner Durchführung geschlossenen Verträge unverzüglich, spätestens innerhalb eines Jahres an die ggf. erforderlichen Änderungen der Zulassungsvoraussetzungen nach der RSAV angepasst werden. Eine Notwendigkeit bei einer Abänderung der RSAV die Verträge zu ändern und erneut durch das BVA zu überprüfen zu lassen, ergibt sich für die LKKen allerdings nicht, was bei einem vertraglichen Verweis auf die jeweils gültige Fassung der RSAV eine erhebliche Arbeitserleichterung gegenüber den anderen Kassenarten entspricht.

Die Zulassung und Verlängerung eines Programms ist auf höchstens drei Jahre befristet, so dass auch laufende Programme einer regelmäßigen Prüfung durch das BVA unterliegen. Um die Zulassung durch das BVA zu erhalten, muss ein Anforderungskatalog erfüllt sein, der im Einzelnen in der RSAV und in dem "Leitfaden für die Antragstellung auf Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme" festgelegt ist (z. B. wissenschaftlich abgesicherte Behandlung gemäß evidenzbasierter Leitlinien oder der besten verfügbaren Evidenz, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Einschreibekriterien, Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten, Dokumentation, Evaluation).

30 Vgl. auch Gesetzesbegründung zu Art. 10 des GMG-Gesetzesentwurfes, Drs.15/1525.

§ 28 b RSAV regelt die Einzelheiten der Anforderungen an die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137 Abs. 2 SGB V.

Das Antragsverfahren auf erstmalige Verlängerung der Zulassung ist möglichst sechs Monate vor Auslauf der Erstzulassung einzuleiten. Eingereicht werden müssen der ursprüngliche Antrag, aktualisierte Programme und Verträge, ein erster und zweiter Zwischenbericht zur Evaluation und Berichte zur Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.³¹ Die Berichte zur Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen mindestens einen Zeitraum von zwei Jahren umfassen und sollen Aussagen zur Häufigkeit, Umfang und Art aller durchgeführten versicherten- und leistungserbringerbezogenen Maßnahmen enthalten.³² Die Zulassung kann gemäß § 137 g Abs. 1 Satz 4 SGB V auch mit Auflagen und Bedingungen versehen werden.

3. Entwicklung neuer DMP-Untermodule zur Begegnung der Multimorbidität

Die medizinische Praxis hat gezeigt, dass chronische Erkrankungen häufig nicht einzeln auftreten, sondern dass sich bei chronisch kranken Menschen mit zunehmendem Alter oftmals weitere chronische Krankheiten entwickeln. So ist davon auszugehen, dass über 50 Prozent aller chronisch Kranken an mehr als einer chronischen Krankheit (Multimorbidität) leiden.³³ Der Unterausschuss DMP des G-BA hat daher empfohlen, zunächst eine modulare Erweiterung von bestehenden strukturierten Behandlungsprogrammen vorzunehmen und bestimmte chronische Krankheiten bei Vorliegen einer Komorbidität innerhalb bestehender DMP zu berücksichtigen. Auch die Formulierung des § 268 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die von der Morbidität der Versicherten "auf Grundlage von Diagnosen, Diagnosengruppen, Indikationen, Indikationengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale" spricht, weist bereits darauf hin, dass der Gesetzgeber nicht nur einzelne Diagnosen, sondern auch eine Kombination von Krankheiten für berücksichtigungsfähig innerhalb des RSA hält.

In diesem Sinne hat der Unterausschuss zunächst die chronische Herzinsuffizienz (Herzschwäche) und die Adipositas (krankhafte Fettleibigkeit) als chronische Krankheiten vorgeschlagen, die in Form einer modularen Weiterentwicklung in bestehende DMP integriert werden sollen. Der G-BA ist die-

31 Vgl. Leitfaden für die Antragsstellung auf Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme, 12. Juni 2006, Seite 4.

32 Leitfaden des Bundesversicherungsamts für die Antragstellung zur Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme, 12. Juni 2006, Anhang 1, Seite 18.

33 Vgl. Pressemitteilung des G-BA vom 17.05.06.

ser Empfehlung gefolgt und hat den Beschluss gefasst, die Indikationen „Chronische Herzinsuffizienz“ und „Adipositas“ als im Sinne von § 137 f Abs. 1 S. 1 SGB V für strukturierte Behandlungsprogramme geeignete chronische Krankheiten dem BMG zu empfehlen, mit der Maßgabe, dass für die genannten Indikationen kein eigenständiges isoliertes DMP, sondern jeweils ein Modul für bestehende DMP zu entwickeln ist.

4. Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme

Eine Bewertung (Evaluation) der Wirksamkeit und der Kosten von strukturierten Behandlungsprogrammen ist notwendig und gesetzlich festgeschrieben. Sie hat auf der Grundlage allgemein anerkannter wissenschaftlicher Standards stattzufinden (§ 137 f. Abs. 2 Nr. 6 SGB V). Durchgeführt wird die Evaluation durch einen vom BVA bestellten, unabhängigen Sachverständigen (vgl. § 137 f Abs. 4 SGB V). Die Ergebnisse der Evaluation fließen in die Weiterentwicklung der Programme ein. Zur Zeit vordringliches Ziel ist es, Verwaltungsaufwand abzubauen und dem Versorgungsbedarf von Patientinnen und Patienten mit mehreren Erkrankungen (Multimorbidität) besser Rechnung zu tragen.

Gemäß § 28 g Abs. 2 RSAV hat das BVA zudem durch Vorgaben methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die Evaluation unterschiedlicher strukturierte Behandlungsprogramme zu denselben Indikationen diagnosebezogen vergleichbar ist. Dementsprechend hat es für die DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs methodische Kriterien vorgegeben und auf seiner Internetseite veröffentlicht. Danach erfolgt eine Evaluation der medizinischen Inhalte (z. B. Auswertung der Blutzucker- und Blutdruckeinstellungen sowie des Auftretens von Folgeerkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2), der Veränderung der subjektiven Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und nicht zuletzt der Kosten. Leitfragen der Evaluation sind hierbei, ob die Ziele des strukturierten Behandlungsprogramms erreicht und die Einschreibekriterien eingehalten worden sind und welche Kosten angefallen sind. Näheres ist in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung geregelt (§ 28 g RSAV sowie Anlage 1 der RSAV, Ziffer 5).

IX. Durchführung von strukturierten Behandlungsmaßnahmen

1. Qualitätssicherungsmaßnahmen

Notwendige Voraussetzung für die Zulassung eines Programms ist, dass im Programm Ziele und Maßnahmen der Qualitätssicherung festgelegt sind und diese durch entsprechende Vereinbarungen mit den beteiligten Leistungserbringern und Versicherten auch umgesetzt werden (vgl. § 28 c RSAV). Programmziele sind dabei bei DMP Diabetes Mellitus Typ II z. B.

- die Vermeidung schwerer Stoffwechsellage,

- Erreichung der Zielvereinbarung Blutdruck,
- jährliche augenärztliche Untersuchung,
- Behandlung durch eine auf Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus,
- Sicherstellung der aktiven Teilnahme der Versicherten,
- Sicherstellung der aktiven Teilnahme der Versicherten sowie Sicherstellung der Wahrnehmung der vereinbarten Schulungstermine.

Maßnahmen der Qualitätssicherung bilden einen wesentlichen Bestandteil von strukturierten Behandlungsprogrammen. Ihrem Inhalt nach differenziert man hier zwischen der Struktur-, der Prozess- und die Ergebnisqualität. Zu unterscheiden ist weiterhin die arzt- und versichertenbezogene Qualitätssicherung³⁴. Die ärztliche Qualitätssicherung wird von den Gemeinsamen Einrichtungen bzw. den Datenstellen eines jeden KV-Bereiches durchgeführt. Schwerpunkt der Qualitätssicherung des Arztes ist der s. g. Feedback-Bericht. Dieser enthält Informationen zu anamnestischen und aktuellen Befunden, Laborparametern und Medikation sowie zu Schulungen und Zielvereinbarungen mit Versicherten im zeitlichen Verlauf. Jeder Arzt kann aus dem ihm zugestellten Bericht den Behandlungsverlauf und Erfolg seiner eingeschriebenen Patienten im Vergleich zu denen seiner Kollegen ersehen. Grundlage ist die Auswertung der regelmäßig zu erstellenden Dokumentationen. Der Feedback-Bericht wird gemäß der vertraglichen Vereinbarung halbjährlich an die teilnehmenden Ärzte versendet. Des Weiteren werden die teilnehmenden Ärzte monatlich an die für ihre Patienten erforderlichen Wiedervorstellungstermine und Dokumentationspflichten erinnert. Wird auf Kassenseite auf Grund der vom Arzt ausgefüllten Dokumentationen festgestellt, dass die gesetzten Ziele innerhalb der vorgesehenen Zeitspanne nicht erreicht wurden, leiten auch die Krankenkassen Qualitätsmaßnahmen ein. So werden Basisinformationen zu der Erkrankung und deren Begleit- und Folgeerkrankungen und Erinnerungsschreiben an den Versicherten versendet. Darüber hinaus geben die Krankenkassen Informationen über alle im Programm stattfindenden Patienten-Schulungen und Beratungen.

Um zu erreichen, dass für die jeweiligen strukturierten Behandlungsprogramme ein einheitlicher Qualitätsstandard gilt, sind die an die RSAV gebundenen Vertragspartner in der inhaltlichen Ausgestaltung der Ziele und Maßnahmen nicht frei. Integrale Bestandteile der programmübergreifend anzustrebenden

34 Leitfaden des Bundesversicherungsamts für die Antragstellung zur Zulassung strukturierte Behandlungsprogramme, 12. Juni 2006, Anhang 1, Seite 18.

Ziele sowie eine beispielhafte Auflistung der Maßnahmen zur Zielerreichung sind in Ziffer 2 der Anlagen 1 (Diabetes mellitus Typ 2), Anlage 3 (Brustkrebs), Anlage 5 (KHK), Anlage 7 (Diabetes mellitus Typ 1), Anlage 9 (Asthma) und Anlage 11 (COPD) zur RSAV festgelegt und durch § 28 c Satz 2 RSAV verbindlich. Die inhaltliche Festlegung von Zielen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsindikatoren kann dagegen nur programmspezifisch erfolgen und bleibt daher der vertraglichen Vereinbarung vorbehalten.³⁵ Die Anzahl der Ziele und Qualitätsindikatoren innerhalb der Bereiche ist nicht vorgegeben, allerdings ist die Vereinbarung zumindest eines Zieles obligatorisch.³⁶

2. Verbreitung der DMP-Daten unter Berücksichtigung der Sonderstellung der LKVen

Die Wirkung von DMP kann nur anhand einer zweckmäßigen und möglichst vollständigen Dokumentation transparent und prüfbar gemacht werden. Auch die Überprüfbarkeit der Einschreibekriterien nach § 28 d RSAV muss durch die Dokumentation sichergestellt sein. Ebenso basiert die Qualitätssicherung als elementarer Bestandteil eines strukturierten Behandlungsprogramms auf einer Dokumentation, die die Effizienz des Programms hinsichtlich einer Verbesserung der Versorgungsqualität und des Gesundheitszustandes der teilnehmenden Versicherten darstellt.³⁷

Zur Vereinfachung des Dokumentationsverfahrens wurden in allen DMP-Regionen Datenstellen eingerichtet und mit der Annahme, Prüfung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten beauftragt. Diese können auch Aufgaben der Qualitätssicherung übernehmen (z.B. Versendung von Feedback-Berichten an die Koordinationsärzte). Fast alle Datenstellen sind externe Dienstleister. Wird im Rahmen eines Datenflussmodells nach § 28 Abs. 2 RSAV (DMP unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen) eine vorgelagerte Datenannahmestelle eingerichtet, die vorab die Richtigkeit und Vollständigkeit der Datensätze prüft und die Datensätze anschließend in dem nach § 28 f Abs. 2 RSAV vorgesehenen Umfang weiterleitet, handelt es sich hierbei um eine Auftragsdatenverarbeitung nach § 11 BDSG im Auftrag des Arztes.³⁸ Da das Auftragsvolumen der Krankenkassen meist den Schwellenwert von 200.000 Euro überschritt, waren aus wettbewerbsrechtlichen Gründen aufwen-

35 Grüne in: Handbuch Kooperationen im Gesundheitswesen (HBKG), GW 2005, Kennzahl B 160, Rdnr. 42.

36/37 Leitfaden des Bundesversicherungsamts für die Antragstellung zur Zulassung strukturierte Behandlungsprogramme, 12. Juni 2006, Seite 10.

38 Grüne in: Handbuch Kooperationen im Gesundheitswesen (HBKG), GW 2005, Kennzahl B 160, Rdnr. 60.

dige europaweite Ausschreibungen vor der Beauftragung eines externen Dienstleiters erforderlich.

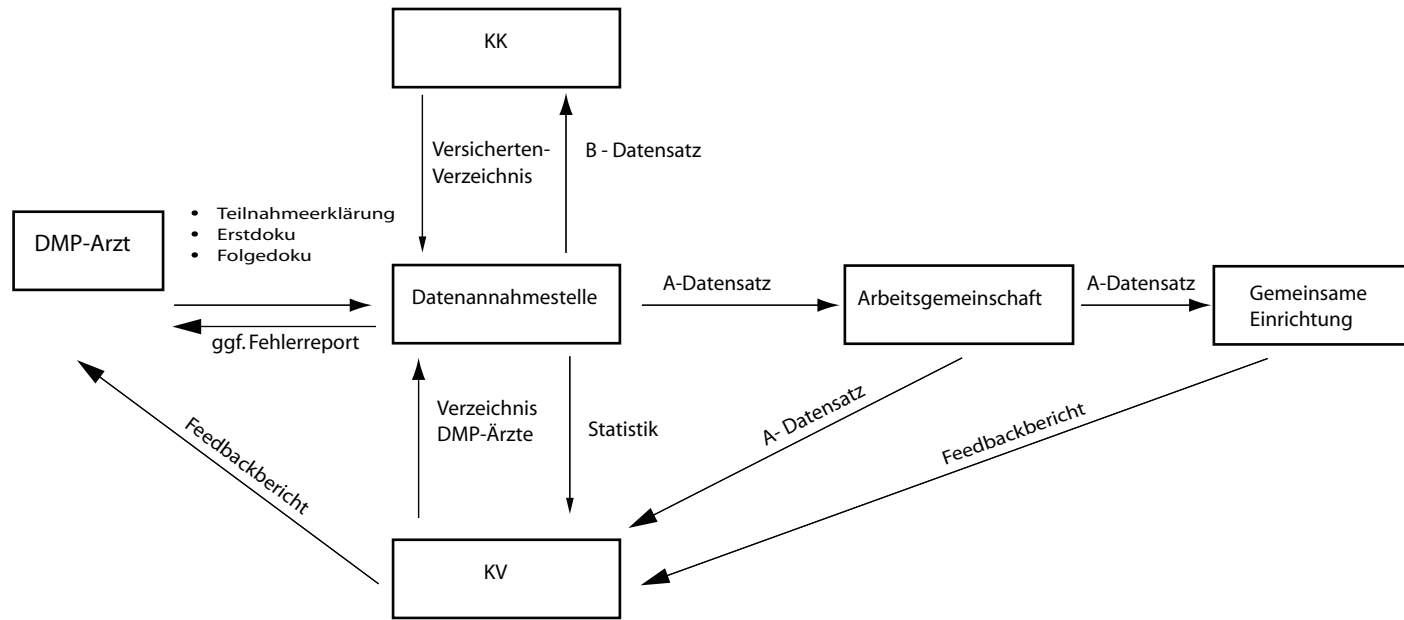
Die Vertragspartner haben sich in den Verträgen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben (z. B. Datenschutz, RSAV) üblicherweise auf eine zweiteilige Dokumentation geeinigt. Danach erhalten die Kassen nur die Daten, die sie zur Wahrnehmung ihrer gesetzlich geregelten Aufgaben benötigen (B-Datensatz der Erst- und Folgedokumentation auch als Kurzdatensatz bezeichnet, z. B. für KHK Zeilen 1 bis 12 der Erstdokumentation nach der Anlage 6 b der RSAV). Der Versicherte muss vorher gemäß § 137 f SGB V der Übertragung der in der RSAV genannten Daten zustimmen. Das sind zum Beispiel Angaben zu Alter und Versichertennummer sowie in begrenztem Umfang medizinische Angaben, die für die Betreuung der Teilnehmer wichtig sind. Soweit diese Daten die Einschreibung eines Versicherten in das Programm betreffen, sind die Daten versicherten- und leistungserbringerbezogen an die Krankenkassen zu übermitteln, im Übrigen nur versichertenbezogen, da für die Steuerung der Versicherten durch die Krankenkassen die Kenntnis des Arztbezuges nicht erforderlich ist.³⁹

Welcher Umfang an Daten von den Ärzten über die Datenstelle an die LKKen übermittelt werden darf, kann sich mangels Geltung der RSAV hieraus nicht ergeben. Die Trennung in A- und B-Datensatz ist insofern nicht gesetzlich vorgegeben. Es ist davon auszugehen, dass den LKKen eine an die RSAV angelehnte Lösung des Datenflusses möglich ist, auch wenn diese Einschnitte in das Persönlichkeitsrecht (Art. 1 Abs. 1 GG i.V. mit Art. 2 Abs. 1 GG) bzw. das Sozialgeheimnis des Versicherten (vgl. § 35 SGB I) zur Erfüllung ihrer Aufgaben erfordert (vgl. für Datenerhebung § 67 a Abs. 1 SGB, für Datennutzung und –speicherung § 67 c Abs. 1 X). Nach § 137 f Abs. 5 SGB V sind die Krankenkassen und auch die LKKen berechtigt, wenn auch nicht verpflichtet, ihre Aufgaben zur Durchführung von DMP auf Dritte zu übertragen. Auch Aufgaben, die Datenverarbeitung betreffend, dürfen daher übertragen werden. § 80 SGB X enthält jedoch für die Datenverarbeitung im Auftrag von Leistungsträger besonders sensibler Daten strenge Anforderungen. Im Übrigen ist das Bundesdatenschutzgesetz einschlägig.

Die übermittelten Daten der Erst- und Folgedokumentation sind bei den Krankenkassen in einer gesonderten Annahmestelle und Datenbank getrennt von den Leistungs- und Stammdaten zu speichern. Diese Daten dienen der Fallführung, dem Reminding und der versichertenbezogenen Qualitätssicherung. Die Unterlagen sind entsprechend zu archivieren. Sie er-

39 Grüne in: Handbuch Kooperationen im Gesundheitswesen (HBKG), GW 2005, Kennzahl B 160, Rdnr. 67.

DMP-Datenfluss bei Beteiligung der KV (§ 28 Abs. 2 RSAV)



möglichen es, dem Versicherten Informationsmaterial über das DMP zukommen zu lassen oder den Versicherten bei fehlenden Dokumentationsbögen anzusprechen. Nach § 28 d Abs. 2 Nr. 1 haben die Krankenkassen - mit Ausnahme der LKKen - die Pflicht die aktive Teilnahme der Versicherten anhand der nach § 28 f RSAV übermittelten Daten zu überprüfen. Allerdings machte die freiwillige Wahrnehmung dieser Aufgabe auch für die LKKen Sinn (vgl. hierzu XI.)

Nur die Volldokumentation (A-Datensatz der Erst- und Folgedokumentation auch als Langdatensatz bezeichnet), welche die Krankenkassen aber nicht erhalten, enthält detaillierte Befunde. Zusätzlich erhält die Krankenkasse einen Einschreibedatensatz mit der Teilnahme- und Datenschutzerklärung des Patienten. Zugang zu den DMP-Dokumentationen dürfen bei den Krankenkassen außerdem nur Personen haben, die Aufgaben im Rahmen der Betreuung Versicherter in strukturierten Behandlungsprogrammen wahrnehmen und hierfür besonders geschult worden sind. Diese Vorschrift steht allerdings ebenfalls in der RSAV (vgl. hier § 28 f Abs. 1 Nr. 2 RSAV) und gilt damit nicht unmittelbar für die LKKen.

§ 28 f Abs. 2 RSAV regelt die Datenerhebung und -übermittlung für den Fall, dass vertragliche Vereinbarungen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden, was der Regelfall ist. Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge erhalten aufgrund dieser Regelung die Möglichkeit, eine arbeitsteilige Steuerung der strukturierter Behandlungsprogramme durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen vorzusehen. Voraussetzung für die Anwendung der Vorschrift ist, dass die Vertragspartner der Bundesmantelverträge die Bildung von Arbeitsgemeinschaften zur Versorgung chronischer Kranker nach § 219 SGB V vorsehen.⁴⁰ Denkbar ist jedoch auch, dass die Vertragspartner in den jeweiligen Verträgen (z. B. Vertrag nach §§ 140 a ff. SGB V) eine Regelung aufnehmen, wonach die Vertragsbestandteile zum Datenfluss des jeweiligen Gesamtvertrages werden.⁴¹ Weiterhin haben im Falle des § 28 f Abs. 2 SGB V die an der Durchführung der DMP beteiligten Leistungserbringer die jeweils in der Anlage der RSAV aufgeführten Daten an die Arbeitsgemeinschaft zu übermitteln (A-Datensatz). Die durch die Arbeitsgemeinschaften pseudonymisierten Daten stehen sodann für die Qualitätssicherung im DMP durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

40 Amtliche Begründung zur 4. RSVA-ÄndV vom 26.6.2002, abgedruckt in: Disease-Management in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Kommentar und Materialsammlung, Band 1, Sankt Augustin 2004, Kennzahl 450, S. 12.

41 Grüne in: HBKG, GW 2005, Kennzahl B 1600, Rdnr. 62.

sowie für die gemeinsame Qualitätssicherung durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung.⁴² Vor Übertragung der Daten an die Kassen muss die Datenstelle den Volldatensatz der Erst- und Folgedokumentation in den A- und B-Datensatz aufteilen. Die Qualitätssicherung und Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme (vgl. hierzu §§ 28 c und g RSAV) findet durch eine Gemeinsame Einrichtung gemäß § 28 f Abs. 2 RSAV statt, welche von den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V zu gründen ist. Der Gemeinsamen Einrichtung ist es auch möglich ihr obliegende Aufgaben an Dritte zu vergeben, so z. B. bezüglich der nach der Anlage 1, Nr. 2 der RSAV zu erstellenden Feedbackberichte. Eine Übertragung der Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung auf die KVen ist nicht zulässig.⁴³ Insgesamt sind also am Datenfluss neben der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen eine Datenstelle, eine Arbeitsgemeinschaft und eine Gemeinsame Einrichtung beteiligt (vgl. Abbildung 3).

Soweit strukturierte Behandlungsprogramme ohne Beteiligung von Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden (z. B. DMP Brustkrebs Berlin) oder wenn sich die Vertragspartner der Bundesmantelverträge nicht auf eine arbeitsteilige Steuerung der Programme durch Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen einigen, muss ebenfalls sichergestellt werden, dass die Krankenkassen die für die Programmsteuerung notwendigen Daten erhalten.⁴⁴

Für die LKVen ist eine Beteiligung an der Evaluation und Qualitätssicherung gemäß den Vorschriften der RSAV nicht zwingend, sondern freiwillig. Es bleibt ihnen also frei, sich an den hierzu erforderlichen Datenfluss zu beteiligen oder die hierfür nach § 28 f Abs. 2 RSAV erforderlichen Einrichtungen zu gründen. Im Hinblick auf die hierdurch zu erwartenden Kosten, die für die LKVen nicht durch den RSA ausgeglichen werden, ist gründlich abzuwägen, welche Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation wirklich erforderlich sind, zumal die Programme in jedem Falle durch die anderen Kassenarten geprüft und bewertet werden. Diese Überlegungen dürften vor allem den A-Datensatz, also den Langdatensatz betreffen, welcher den Krankenkassen nicht zur Verfügung gestellt wird, sondern ausschließlich zur Qualitätssicherung und

42 Leitfaden des Bundesversicherungsamts für die Antragstellung zur Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme, 12. Juni 2006, Seite 14.

43 Amtliche Begründung zur 4. RSVA-ÄndV vom 26.6.2002, abgedruckt in: Disease-Management in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Kommentar und Materialsammlung, Band 1, Sankt Augustin 2004, Kennzahl 450, S. 12.

44 Vgl. Leitfaden für die Antragsstellung auf Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme, 12. Juni 2006, Seite 14.

Evaluation genutzt wird. Der Gedanke einer pragmatischeren Lösung der LKKen in Form von abgespeckten Datenlieferungen fand auch in der Praxis der Niederschlag.

In der Krankenversichertenkarte (KVK) wird - nur elektronisch lesbar - ein Hinweis aufgenommen, dass der Patient am DMP teilnimmt (§§ 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V, 291 Abs. 2 Nr. 7 SGB V), so dass auch bei späteren Arzt-Patientenkontakten der Arzt die Zugehörigkeit zum Programm feststellen und die Kasse bei Anlieferung von Abrechnungsdaten eine Zuordnung zum DMP vornehmen kann. Dies gilt zumindest für die Krankenkassen der Allgemeinen Krankenversicherung. Problematisch für die LKKen ist jedoch, dass § 267 Abs. 1 bis 9 SGB V (Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich) gemäß § 267 Abs. 10 SGB V nicht gilt, jedoch § 291 Abs. 2 Nr. 7 SGB V hierauf verweist.

Alle im Rahmen der Durchführung des RSAs maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die gesamte Dokumentation aller erzeugten Korrekturmeldungen sind 9 Jahre – bei Genehmigung durch das BVA höchstens 12 Jahre - aufzubewahren und nach Ablauf dieser Frist zu löschen (vgl. § 3 Abs. 7 RSAV). Die an die Krankenkassen übersandten Daten sind bereits nach sieben Jahren zu löschen (vgl. § 28 f Abs. 1 Nr. 3 RSAV). Für die LKKen gilt zwar nicht die RSAV, aber die sonstigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen (§§ 67 ff. SGB X, Bundesdatenschutzgesetz).

3. Die vereinbarte Vergütung für die Leistungserbringer

Es gilt der Grundsatz, dass die RSAV im Bezug auf das Leistungsangebot des EBM keine neuen Leistungen einführt, sondern Vorgaben zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung enthält (vgl. § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V).⁴⁵ Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen daher nach der Maßgabe des EBM. Die Leistungen sind mit der Gesamtvergütungsvereinbarung nach § 85 SGB V abgegolten, es sei denn es wird vertraglich hierzu etwas Abweichendes vereinbart. Die Vertragsärzte erhalten üblicherweise eine Pauschalvergütung für die vollständig, fristgemäß und plausibel übermittelte Dokumentation sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten in das Programm sowie für die Schulung eines eingeschriebenen Versicherten. Die KV, soweit beteiligt, sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden. Hierbei wird oftmals vertraglich ver-

45 Amtliche Begründung zur 4. RSAV-ÄndV vom 26.6.2002, abgedruckt in: Disease-Management in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Kommentar und Materialsammlung, Band 1, Sankt Augustin 2004, Kennzahl 450, S. 13.

einbart, dass die einbezogene Kassenärztliche Vereinigung dafür sorgt, dass die Vergütungen aus dem DMP-Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden. Die beteiligte Kassenärztlichen Vereinigungen wiederum liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 4 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

Die Vergütung stationärer Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen, d. h. nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, nach der Bundespflegesatzverordnung und nach dem Krankenhausentgeltgesetz, sofern keine abweichende Vereinbarung in dem DMP-Vertrag getroffen wurde. Auch hier werden für die ausführliche Beratung und Information des Patienten, die Einschreibung, Erstellung der Dokumentation sowie deren Versand an die Datenstelle Pauschalen vereinbart.

Zudem sollte sich im Vertrag eine zusätzliche Regelung zu den übrigen Kosten des Vertrages finden (Kosten der Datenstelle, Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung, Kosten für die vorgesehenen Vordrucke, Ausfüllhilfen und Informationsmaterial).

Bei dem Abschluss von Verträgen zur Umsetzung von DMP haben die Vertragspartner die Vereinbarungen grundsätzlich so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhung nicht zu gewährleisten (vgl. § 71 Abs. 1 SGB V). Durch das Beitragssatzsicherungsgesetz⁴⁶ ist jedoch in § 71 Abs. 1 Satz 2 SGB V ein Ausnahmetatbestand durch DMP-bedingte Ausgabensteigerungen eingefügt worden (z. B. Finanzielle Mittel für Dokumentationen nach § 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V oder Schulungen der Versicherten nach Nr. 4). Als Bestandteil des Vierten Kapitels des SGB V kann § 71 SGB V, welcher keine Regelung zu den Leistungserbringern darstellt, für die LKKe keine Geltung beanspruchen.

46 Orlowski, Strukturierte Behandlungsprogramme im RSA, BKK 2002/ 339.

4. Regelungen über die Schulung von Versicherten und Leistungserbringern

Voraussetzung für die Zulassung eines DMP ist, dass Regelungen über die Schulung von Versicherten und Leistungserbringern vorgesehen und die Durchführung der entsprechenden Schulungen mit den beteiligten Leistungserbringern oder Dritten vereinbart werden. Die Schulungen haben die Anforderungen des § 28 b Abs. 1 RSAV zu beachten. Auch Dritte können mit den Schulungen beauftragt werden. Allerdings ist die schriftliche Information der eingeschriebenen Versicherten zulässig. In diesem Falle ist der Empfang und die Kenntnisnahme der Informationen zu bestätigen.⁴⁷ Bei Patientinnen mit Brustkrebs sind Schulungen neben Patienteninformationen medizinisch nicht sinnvoll, und daher auch nicht erforderlich.⁴⁸

5. Boni für die LKK-Versicherten bei Teilnahme an DMP, Belohnung therapietreuer Patienten

Durch § 65 a Abs. 2 SGB V erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, die Teilnahme ihrer Versicherten an besonderen Versorgungsformen – z. B. DMP-Programmen - durch Bonuslösungen zu fördern. Als Vergünstigung des Versicherten darf die Krankenkasse die Zuzahlung oder die Beiträge ermäßigen. § 65 a SGB V gilt gemäß § 8 Abs. 1 KVLG 1989 auch für die LKKen, setzt aber für im Bezug auf DMP eine Zulassung des Programms nach § 137 f SGB V voraus. Um die Versicherten der LKKen nicht zu benachteiligen, wurde in § 8 KVLG 1989 ein entsprechender dritter Absatz eingeführt, der die Vorschrift für entsprechend anwendbar erklärt⁴⁹: Für LKK-Versicherte, die wegen einer der in § 8 Abs. 1 Satz 3 der RSAV genannten Krankheiten in Dauerbehandlung stehen, ist § 65 a Abs. 2 Satz 2 SGB V auch ohne Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137 f SGB V entsprechend anzuwenden.

Ein bisher kassenartenübergreifendes Problem stellt die Sicherstellung der Einhaltung der Folgetermine und Schulungen der Patienten dar. Soweit wegen der DMP-Teilnahme erst einmal von der Zuzahlung befreit wurde oder vorweg einen Bonus erhielt, ist der Patient zumindest aus finanziellen Gründen nicht mehr motiviert, sich therapietreu zu verhalten und fristgerecht Termine einzu-

47 Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung v.23.12.2002.

48 Leitfaden des Bundesversicherungsamts für die Antragstellung zur Zulassung strukturierte Behandlungsprogramme, 12. Juni 2006, Seite 12.

49 Leitfaden des Bundesversicherungsamts für die Antragstellung zur Zulassung strukturierte Behandlungsprogramme, 12. Juni 2006, Seite 13.

halten. Patientenbezogene Qualitätssicherungsmaßnahmen als Aufgabe der Krankenkassen spielen in diesem Bereich eine wichtige Rolle (telefonische Rücksprachen, Reminder). Ein Fallmanagement kann hierbei nützlich sein, um die Versorgung von Hochkostenpatienten zu steuern. Da hierzu jedoch die Betreuung durch einen (Fach-)Arzt zweckmäßig sein kann, haben einige Kassen der Allgemeinen Krankenversicherung diese Aufgabe auf einen externen Dienstleister übertragen.

Die Gesundheitsreform soll es zudem ermöglichen, dass ab dem 01.01.2007 Bonushefte vergleichbar zum Zahnersatz für therapietreues Verhalten ausgestellt werden dürfen (vgl. Eckpunktepapier vom 4.7.2006, Seite 16). Allerdings soll dies nur den Bereich der Prävention und die Gruppe der 45- bis 55-jährigen betreffen. Dies bietet zwar die Möglichkeit, die LKK-Versicherten zu mehr Eigenständigkeit und Selbstverantwortung zu motivieren. Allerdings ist bisher offen, inwiefern sich ein Bonusheft als Maßnahme der Prävention auf bereits chronisch Kranke beziehen kann. Denkbar wäre ein solches Bonusheft allenfalls bezüglich der Folgeerkrankungen, die es durch die DMP zu vermeiden gilt. Wer chronisch krank ist, soll zudem nach dem Eckpunktepapier nur dann in den Genuss von Zuzahlungsregelungen kommen, wenn er die wichtigsten Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Anspruch nimmt.

6. Zulassung von Vertragsärzten und Krankenhäusern

Ärzte, die als koordinierende DMP-Ärzte im niedergelassenen Bereich an Programmen teilnehmen möchten, müssen bestimmte Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und diese – z. B. durch den Besuch von Schulungen – nachweisen. Neben den Schulungen als Voraussetzung zur Teilnahme an DMP ist in den Programmen eine regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und/oder Qualitätszirkeln vorgeschrieben. Darüber hinaus muss der Arzt einen Antrag auf Teilnahme stellen, der ihm positiv beschieden werden muss. Verstößt der Arzt gegen die ihm obliegenden Qualitätsvorschriften, drohen in vertraglich festgesetzte Sanktionen, wie z. B. keine Vergütung der Dokumentation, schlimmsten Falles die außerordentliche Kündigung. Auch für Krankenhäuser werden in den DMP-Verträgen Qualitätsanforderungen definiert. Auch hier erfolgt die Teilnahme auf Antrag. Die niedergelassenen Ärzte haben sich wie beim DMP-Brustkrebs durch die Teilnahme an den Programmen verpflichtet, die Patientinnen an die teilnehmenden Krankenhäuser mit Brustkrebschwerpunkt zu überweisen.

X. Bereits bestehende DMP-Programme

Für die Krankheiten Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit sowie Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) sind die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme bereits in Rechtsverordnungen festgelegt. Inzwischen

bieten die Krankenkassen ihren Versicherten eine Vielzahl strukturierter Behandlungsprogramme an: flächendeckend für Diabetes mellitus Typ 2, nahezu flächendeckend für Brustkrebs und koronare Herzkrankheit sowie in einigen Regionen für Diabetes mellitus Typ 1 und - ebenfalls in einigen Regionen - seit Januar 2006 auch für Asthma bronchiale / COPD.

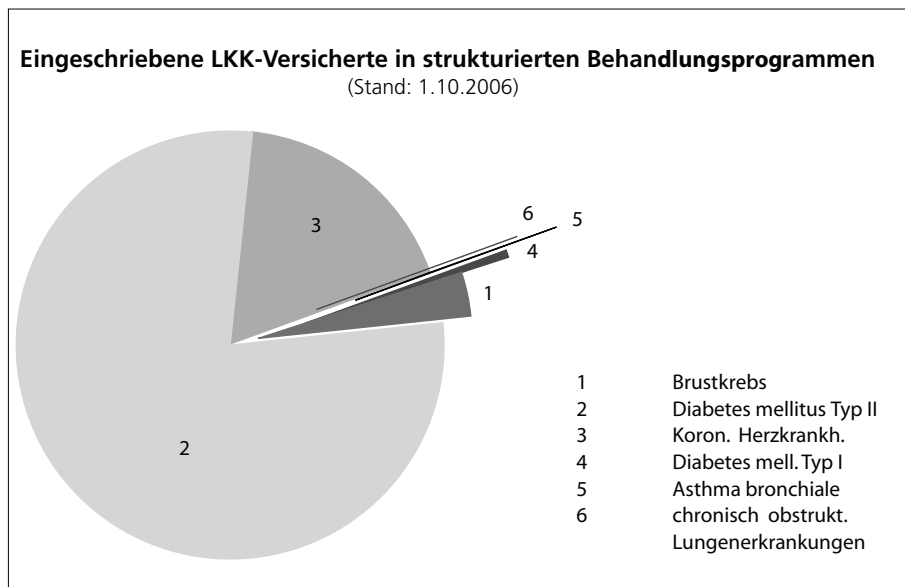
1. Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Mit dem Begriff Diabetes mellitus werden verschiedene Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels zusammengefasst, die durch erhöhte Blutzuckerwerte gekennzeichnet sind. Die beiden wichtigsten Formen sind der Typ-1-Diabetes, an dem 5 bis 10 % der Menschen mit Diabetes in Deutschland leiden, und der Typ-2-Diabetes, dem ca. 90 % der Menschen mit Diabetes zuzuordnen sind. In den letzten vier Jahrzehnten wurde in Deutschland eine kontinuierliche Zunahme der Zahl betroffener Menschen registriert, ähnlich der Entwicklung in anderen europäischen Ländern. Der Zuwachs betrifft im Wesentlichen Menschen mit Typ-2-Diabetes. Verantwortlich sind dafür vor allem der weitere Anstieg des Übergewichts als der wichtigste Risikofaktor. Angestrebt wird die verbesserte Behandlung der Zuckerkrankheit und ihrer Komplikationen mit dem Ergebnis einer höheren Lebenserwartung und eine frühere Diagnosestellung. Diabetes mellitus kommt bei älteren deutlich häufiger vor als bei jüngeren Menschen: Im Alter zwischen 40 und 59 Jahren leiden zwischen 4 und 10 Prozent der Frauen und der Männer an dieser Erkrankung, bei den Menschen im Alter von 60 Jahren und darüber liegt der Anteil zwischen 18 und 28 %.⁵⁰ Damit ist die strukturierte und evidenzbasierte Behandlung dieser Stoffwechselkrankheit für die LKKn ein besonderes Anliegen. Für Diabetiker, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind, ist eine regelmäßige Untersuchung vorgesehen (quartalsweise oder jedes zweite Quartal). Dann werden Blutzucker bzw. der Wert zur Beschreibung der Blutzuckereinstellung der letzten zwei bis drei Monate („Blutzuckergedächtnis“, HbA1c), Nierenwerte und Blutdruck gemessen und die Füße gründlich untersucht. Zur Zeit sind in den zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen für Typ 2-Diabetes mellitus 1.762.926 und für Typ 1-Diabetes mellitus 1.743 Versicherte eingeschrieben⁵¹ Diabetes mellitus Typ 1 unterscheidet sich vom Typ 2 insbeson-

50 Vgl. auch Gesetzesbegründung zu Art. 10 des GMG-Gesetzesentwurfes, Drs.15/1525.

51 Hauner H, Köster J, von Ferber L: Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland 1998-2001, Sekundärdatenanalyse der Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen. Dtsch med Wschr 128 (2003) 2632-2637; Hauner H for DMW Übersichten: Verbreitung des Diabetes mellitus in Deutschland. Dtsch med Wschr 123 (1998) 777-782.

dere in der Genetik, in der Pathophysiologie, der klinischen Ausprägung der Erkrankung sowie in der Art der Behandlung.⁵² Anlage 1 der RSAV definiert die Anforderungen an DMP Diabetes mellitus Typ 2, die Anlage 2 a und b die Dokumentationsanforderungen. Entsprechendes ist für Diabetes mellitus in Anlage 7 (Anforderungen) und Anlage 8 a und b (Dokumentation) geregelt.



2. Brustkrebs

Jährlich erkranken rund 55.150 Frauen in Deutschland neu an Brustkrebs (Zahl für 2002). Etwa 17.200 starben im Jahr 2003 an der Krankheit. Damit ist das Mammakarzinom die häufigste Krebserkrankung und die häufigste krebserkrankungsbedingte Todesursache bei Frauen. Ein wesentlicher Inhalt des strukturierten Behandlungsprogramms Brustkrebs ist, wann immer es medizinisch möglich ist, so zu operieren, dass die Brust erhalten bleibt. An dem strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs nehmen 36.874 Frauen teil

⁵² Vgl. Meldung des BMG vom Januar 2006.

(Stand: Februar 2006).⁵³ Die Anforderungen an die DMP Brustkrebs ergeben sich aus der Anlage 3 der RSAV, die Dokumentationsanforderungen aus Anlagen 4 a und b.

3. Koronare Herzkrankheit (KHK)

Eine große Zahl von Patienten in der Bundesrepublik Deutschland ist von der KHK betroffen. Nach den Daten des Bundesgesundheits-Surveys 1997/1998 lebten in Deutschland ca. 1,45 Millionen Menschen zwischen 30 und 79 Jahren, die bereits mindestens einen Herzinfarkt erlitten haben. Gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes war im Jahr 2003 die chronische ischämische Herzkrankheit die häufigste Todesursache in Deutschland. Entscheidend für den Erfolg einer langfristig angelegten Versorgung ist vor allem auch das adäquate Management der Risikofaktoren. Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten sind in Deutschland weit verbreitet. Eine Befragung im Rahmen des Bundesgesundheits-Surveys 1998 ergab, dass nur ein Drittel der Befragten keinen Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Krankheiten wie Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesterinspiegel), Übergewicht, Hypertonie (Bluthochdruck) oder Rauchen aufwies. 40 Prozent benannten hingegen einen und ca. 20 Prozent sogar zwei Faktoren. Das strukturierte Behandlungsprogramm koronare Herzkrankheit umfasst daher neben einer sektorübergreifenden, abgestimmten Behandlung nach dem aktuellen, wissenschaftlich belegten Erkenntnisstand auch ein umfangreiches Schulungsprogramm für die Patientinnen und Patienten. Dadurch lernen sie, Risiken zu vermeiden und mit ihrer Krankheit besser zu leben. Derzeit sind 279.041 Versicherte im DMP Koronare Herzkrankheit eingeschrieben.⁵⁴ Die Anlage 5 definiert die Anforderungen an die DMP KHK. Die Anlagen 6 a und b setzen die Dokumentationserfordernisse fest.

4. Asthma/COPD

In Deutschland leiden etwa fünf Prozent der Erwachsenen und zehn Prozent der Kinder an Asthma bronchiale. Von diesen Menschen entwickeln wahrscheinlich 15 bis 20 % eine obstruktive Lungenerkrankung. Asthma bron-

53 Vgl. Meldung des BMG vom Januar 2006. Der Typ-1-Diabetes kann nur durch die lebensnotwendige Gabe von Insulin behandelt werden. Diabetes mellitus Typ 1-Patienten können durch eine intensivierete Insulintherapie alles essen und erreichen dadurch eine nahezu normale Blutzuckereinstellung. Dies ermöglicht ihnen eine flexible Lebensführung. Ergebnisse von Studien zeigen, dass mit dieser Therapieform Folgekomplikationen verhindert werden können.

54 Vgl. Meldung des BMG vom Januar 2006.

chiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, die mit anfallsartiger Atemnot aufgrund einer Verengung der Bronchien einhergeht. Es gibt allergische und nicht-allergische Formen. Im Gegensatz dazu ist bei einer chronisch obstruktiven Bronchitis (COPD) die Bronchialverengung nur geringfügig oder gar nicht beeinflussbar. Es besteht ein starker Verursachungszusammenhang zwischen COPD und dem Zigarettenrauchen. Ein wesentlicher Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme für Asthma bronchiale sowie COPD ist es, dass das Fortschreiten der Krankheit gestoppt wird, krankheitsbedingte Beeinträchtigungen⁵⁵ verringert werden und eine bestmögliche Lungenfunktion erreicht wird. Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der Asthma-beziehungsweise COPD-bezogenen Lebensqualität. Die ersten strukturierten Behandlungsprogramme Asthma bronchiale / COPD sind im Januar 2006 an den Start gegangen. Die Anlage 9 und 11 der RSAV definiert die Anforderungen an DMP Asthma/COPD (Teil I (Anlage 9) Asthma, Teil II (Anlage 11) COPD). Die Anlagen 10 a und b regeln die Dokumentationsanforderungen Asthma, die Anlagen 12 a und b Entsprechendes für COPD.

XI. Die Teilnahme der Patienten an den strukturierten Behandlungsprogrammen; Steuerung der LKK-Versicherten

Für die Versicherten ist die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen ihrer Krankenkasse freiwillig. Das Einschreibeverfahren bildet eine unabdingbare Komponente eines strukturierten Behandlungsprogramms und ist gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 137 Abs. 3 SGB V). Die Teilnahmevoraussetzungen und die Dauer der Teilnahme an den Programmen (Einschreibekriterien) sind in der RSAV (vgl. hier § 28 d RSAV) und den darauf aufbauenden Programmen der einzelnen Krankenkassen geregelt. Für jede einzelne Indikation wurde zwischen dem BVA und den Spitzenverbänden Patientenmerkblätter, Datenschutzerklärungen und andere Unterlagen RSAV-konform abgestimmt. Grundsätzlich gilt, dass der Arzt nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse eine Diagnose über die betreffende Krankheit gesichert feststellen muss und bei dem Patienten die grundsätzliche Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung bei der Behandlung (zum Beispiel Teilnahme an Schulungen u. a.) bestehen muss.

Der behandelnde Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die im jeweiligen Programm festgelegten Therapieziele von einer Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann. Der zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlungsspielraum wird durch die in den Anlagen zur RSAV ent-

55 Vgl. Meldung des BMG vom Januar 2006.

haltenen Anforderungen – soweit diese Vorgaben der ärztlichen Therapie betreffen – nicht eingeschränkt.

Die Patienten erteilen darüber hinaus eine schriftliche Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in der RSAV nach § 266 Abs. 7 SGB V festgelegten Daten durch die Krankenkasse und die beteiligten Leistungserbringer im Rahmen des Behandlungsprogramms sowie zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkasse. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden (vgl. § 137 f Abs. 3 Satz 3 SGB V), und die Teilnehmer können jederzeit ohne Angabe von Gründen auch wieder aus dem Programm ausscheiden.⁵⁶ Die Gewinnung von Versicherten für die DMP-Programme wird durch die meisten Krankenkassen, aber auch Kassenärztlichen Vereinigungen zu Verstärkung der Verhandlungspositionen, mit großem Einsatz betrieben. Die LKKen haben von diesen umfangreichen Marketingmaßnahmen der anderen Kassenarten oftmals profitiert, indem auch ihre Versicherten auf diese Programme aufmerksam wurden. Eigene Werbeveranstaltungen fanden neben der üblichen Information der Versicherten dagegen nicht statt.

Gerade für die LKKen ist es, da sie durch die fehlende RSA Anbindung nicht unmittelbar finanziell von der DMP-Teilnahme profitieren, von großer Bedeutung, dass sich durch den strukturierten Behandlungsablauf eine gesteigerte Effizienz der Versorgung ergibt. Der Patient soll die vereinbarten Versorgungsziele insbesondere durch einen sorgsameren Umgang mit seiner Krankheit erreichen. Verhaltensbedingte Faktoren, insbesondere das Wissen um die Krankheit, die Medikation und das Zusammenspiel zwischen Patienten und Ärzten besitzen einen erheblichen Einfluss auf den Therapieerfolg. Nur dann, wenn der Versicherte dauerhaft an der angebotenen Versorgung teilnimmt und den ärztlichen Rat beachtet, kann der medizinische Zustand des Patienten konstant gehalten oder sogar verbessert werden und so eine oftmals zu befürchtende Verschlechterung des Krankheitsbildes vermieden werden. Der Versicherte muss daher angehalten werden, die ärztlichen Termine oder Schulungen auch wirklich wahrzunehmen. Die Motivation mag in manchen Fällen sinken, wenn die finanziellen Vorteile bereits in Anspruch genommen wurden (Zuzahlungsbefreiung, Praxisgebühr). Die gesundheitlichen Vorteile einer Verhaltensänderung müssen daher dem Versicherten immer wieder zu Bewusstsein gebracht werden (z. B. durch einen Artikel in der Zeitschrift „Sicher Leben“). Problematisch ist für die LKKen insofern die elektronische Datenauswertung des übermittelten B-Datensatzes. Bisher steht den LKKen kein bundeseinheitliches Programm zur Pflege dieser Daten zur Verfügung, so dass nur hausinterne Lösungen verwirklicht werden konnten.

56 Zum Beispiel Asthma-Anfälle oder die Verschlechterung der Atemtätigkeit, sogenannte Exazerbationen.

XII. Entbürokratisierung und Optimierung von DMP

Für die Erprobung einer neuen Versorgungsform ist es nicht untypisch, dass sich nach einiger Zeit auch Punkte ergeben, die einer kritischen Würdigung und Überarbeitung bedürfen, was aber nicht insgesamt die Sinnhaftigkeit des Konzeptes in Frage stellen sollte. Mit Recht wird allerdings eine Entbürokratisierung der DMP angestrebt, also eine Vereinfachung der umfangreichen Dokumentation. Auch im Eckpunktepapier heißt es unter "10. Transparenz und Bürokratieabbau":

„Die Beteiligten im Gesundheitswesen beklagen übereinstimmend mangelnde Transparenz und zunehmenden bürokratischen Aufwand. Bei allen gesetzlichen und administrativen Vorgaben und bei vertraglichen Vereinbarungen ist der berechtigten Kritik Rechnung zu tragen. Im Rahmen dieser Gesundheitsreform wird das u. a. an folgenden Stellen geschehen:

...

- *einheitlicher und entbürokratisierter Rahmen für Chronikerprogramme (DMPs)*
- *vereinfachter und zielgenauerer Risikostrukturausgleich (RSA) einschließlich der*

Neugestaltung der Verknüpfung mit den DMPs.“

Die Anbindung der DMP an den RSA, die hohen Qualitätsicherungs- und Evaluationsziele erschweren hier die Vereinfachung der Formalien erheblich. Die Aussagefähigkeit und Rechtssicherheit der Dokumentation in Bezug auf Diagnosesicherung und Teilnahmeüberwachung müssen, ebenso wie eine sinnvolle Qualitätssicherung, zu diesem Zwecke erhalten bleiben. Ziel ist allerdings, nur noch Parameter zu erheben, welche für diese Zielsetzungen tatsächlich erforderlich sind. Der Entbürokratisierungsprozess wird damit sehr aufwendig. Gesetz- und Verordnungsgeber müssen mitspielen, da wohl das SGB V als auch die RSAV geändert werden müssten.

Das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) kritisiert in einer durch die Techniker-Krankenkasse in Auftrag gegebene Studie die Anbindung der DMP an den RSA. Das IGES kam hierbei zum einen zu dem Ergebnis, dass es für einige Krankenkassen primär die Maximierung der Einschreibequoten vor Augen haben, und erst sekundär versorgungspolitische Ziele wie Qualitätssteigerungen. Zum anderen, so das IGES, würde nur ein Teil der DMP-Patienten von einer Teilnahme an den Chronikerprogrammen im Sinne einer Ergebnisqualität profitieren. Richtig ist, dass die DMPs für Ärzte keine Vergütungsanreize im Hinblick auf die Versorgungsintegration und -qua-

lität setzen.⁵⁷ Dies spricht aber erst einmal für eine Optimierung und nicht eine Abschaffung der Programme. Auch nach dem Eckpunktepapier ist die Anbindung der DMP an den RSA neu zu gestalten (siehe oben). Von einer Abnabelung der DMP von dem RSA ist bisher nicht die Rede. Eine finanzielle Förderung der Programme ist wohl auch unabdingbar, will man die mit ihm gesetzten Ziele flächendeckend erreichen.

Unbestreitbar ist in jedem Falle, dass zu viele unterschiedliche DMP-Verträge bundesweit die Umsetzung erschweren. Beim BVA waren bis Ende 2005 z. B. 3.406 Anträge für ein DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingegangen, von denen 3.137 beschieden sind.⁵⁸ Hierbei ist zu bedenken, dass jede Abänderung der RSA-Verordnung wiederum eine Anpassung dieser Verträge erfordert. Auch der Datenfluss bereitet erhebliche Umsetzungsprobleme: Viele Dokumentationen sind fehlerhaft oder fehlen gänzlich. Einige Krankenkassen reagieren bereits mit großen Aus- und sofortigen Wiedereinschreibungen aller DMP-Patienten.⁵⁹

XIII. Konkurrenz der neuen Versorgungsformen: Integrierte Versorgung als neue flächendeckende Versorgung an einer Volkskrankheit leidender Versicherter?

Die bisher nach §§ 140 a ff. SGB V geschlossenen Verträge zielen üblicherweise auf eine bestimmte medizinische Indikation (vor allem Hüft- und Knieendoprothesen) und haben darüber hinaus einen nur regionalen Bezug. Nur wenige Integrationsverträge wurden bisher mit bundesweiter Geltung abgeschlossen. Als Musterbeispiel können hier der Barmer-Hausarztvertrag oder der IKK-Rahmenvertrag Homöopathie dienen. Eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung“, wie es im Koalitionsvertrag als Ziel der Integrierten Versorgung formuliert war, ist bisher allenfalls in Einzelfällen erreicht worden.

Nach Wünschen des Bundesministeriums für Gesundheit sollen Integrationsverträge nach §§ 140 a ff. SGB V nun aber ähnlich dem DMP auf eine be-

57 Grüne in: HBKG, GW 2005, Kennzahl B 1600, Rdnr. 55.

58 Zu diesem Ergebnis kommt auch ein Gutachten des Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahre 2003. Die Lang- und Kurzfassung des Gutachtens 2003 sind über die Internet-Seiten des Rates (www.svrgesundheit.de) zugänglich.

59 Von den 485 Anträgen für ein DMP Diabetes mellitus Typ 1 waren Ende September 2005 noch keiner bewilligt. Beim DMP Brustkrebs waren von 2.404 Antragsverfahren 793 abgeschlossen, bei KHK von 1.930 bisher 793. Vgl. Ärzteblatt, PP 4, Ausgabe November 2005, Seite 493.

völkerungsbezogene Flächendeckung ausgerichtet werden. Diese ist laut Eckpunktepapier der Fall, wenn entweder in einer größeren Region (z.B. mehrere Land- oder Stadtkreise) die Behandlung einer oder mehrerer versorgungsrelevanten Volkskrankheiten (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in der Integrierten Versorgung organisiert wird oder in einer (auch kleineren) Region das gesamte Krankheitsgeschehen der versicherten Personen der vertragsschließenden Kasse in der Integrierten Versorgung versorgt wird. Insofern könnte zu vermuten sein, dass die Regierung plant, die Versorgung chronisch Kranker in die §§ 140 ff. SGB V zu überführen und hierzu die Mittel der Anschubfinanzierung zu nutzen. Damit wäre, je nachdem wie die Bundesregierung die Anknüpfung der DMP an den RSA oder das Fondsmodell verwirklicht, der Ausbau der DMP gefährdet.

XIV. Entwicklung eines maßgeschneiderten Chronikerversorgungsprogramms für die LKV?

Auch für die LKKen ist zum Wohle des Versicherten und finanzpolitisch ein gesondertes Chroniker-Versorgungsprogramm - gleich welcher Art - sinnvoll. Der Anschluss an ein kassenartübergreifendes und damit RSAV-konformes DMP ist sicherlich eine gute, wenn auch kostenintensive Lösung. Zudem besteht nach wie vor ein Bedürfnis, die kasseninterne Qualitätssicherung zu verbessern (Reminding, Information, vgl. XI), um so verstärkter auf das ungünstige Verhalten des Versicherten einzuwirken (z. B. bei Diabetes mellitus Typ II die Risikofaktoren Rauchen, Blutdruck, Blutfette, Blutzucker). Die Effektivität dieser Maßnahmen ist nicht zu vernachlässigen (vgl. III.).

Als Alternative hierzu sollte seitens der LKKen aber auch ein jenseits der starren Vorgaben der RSAV aufgestelltes Programm erwogen werden. Als maßgeschneiderte LKK-Lösung könnten sich hier zwei Modelle anbieten:

- Der Abschluss einer an die DMP-Verträge der anderen Kassenarten angelehnten vertraglichen Lösung unter Ausschluss derjenigen Klauseln, die alleine einen RSAV-Bezug, aber keine die für die Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung der LKK-Versicherten besondere Bedeutung haben. Hierbei wird eine modifizierte Fassung des DMP-Vertrages unterzeichnet. Denkbar sind hier kleinere oder größere Abweichungen von der RSAV (Vorgehen im Falle einer Änderung der RSAV oder Verzicht auf Teile der ärztlichen Qualitätssicherung).
- Der Abschluss eines eigenständigen Chroniker-Versorgungsprogrammes losgelöst von den Vorgaben der § 137 f SGB V (z. B. gesondertes Schulungsprogramm für Patienten, Erstellung und Einführung eines Patientenpasses). Diese Lösung dürfte aber sehr zeit- und ar-

beitsaufwendig sein. Medizinische Leistungen geht der LKK-Versicherte bei diesem gesonderten Programm nicht verlustig, da solche, wie bereits erläutert, nicht im Rahmen von DMP gewährt werden. Allerdings erzwingen RSAV-konforme DMPs eine Wiedervorstellung des Patienten und durch die aufwendige Dokumentation eine stetige Kontrolle der vereinbarten Behandlungsziele, so dass diese Programme ähnliches gewährleisten sollten. Zudem müssten die Leistungserbringer von diesem Programm überzeugt werden.

Die bestehende Vertragsvielfalt bei den LKKen belegt, dass es nicht nur eine Ideallösung gibt, sondern dass regionale Besonderheiten berücksichtigt werden müssen. Der BLK hat es sich hierbei zum Ziel gesetzt, die LKKen bei der (Weiter-) Entwicklung der Programme zu unterstützen.

In allen drei Fällen (DMP-Teilnahme, DMP-Variation, eigenes Programm) kann eine Übertragung von einzelnen Fallmanagementaufgaben auf externe Dienstleister sinnvoll sein. § 137 Abs. 5 Satz 2 SGB V sieht diese Möglichkeit ausdrücklich vor. Allerdings sind die hier anfallenden Betreuungskosten nur für die RSA-Krankenkassen ausgleichsfähig. Hierbei kann auch die Inanspruchnahme eines über die RSAV hinausgehenden Aufgabenspektrums des externen Dienstleisters angedacht werden (Intensivbetreuung besonders kostenaufwendiger Fälle), soweit sich hierdurch eine Leistungssteuerung erreichen lässt, die Einsparungen ermöglicht.

Verfasser:

Dr. Marion Wille

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Weißensteinstr. 40 - 42

34131 Kassel

Dr. Matthias Heßhaus, Dr. Erich Koch

**Zur Stellung der gesetzlichen Krankenkassen im Kartellvergaberecht
– unter besonderer Berücksichtigung der landwirtschaftlichen
Krankenkassen**

I. Einleitung

Prima vista scheinen die gesetzlichen Krankenkassen und die öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten nur wenige Gemeinsamkeiten zu haben. Immerhin sind sie öffentlich-rechtlich als Körperschaften des öffentlichen Rechts bzw. als Anstalten des öffentlichen Rechts organisiert, nehmen (mehr oder weniger) zentrale Aufgaben der „Grundversorgung“ der Bürger wahr und – last not least – finanzieren sich zumindest teilweise durch entsprechende Zwangsabgaben ihrer Mitglieder bzw. Konsumenten.

Dieser letztgenannte Aspekt führt – bei näherer Betrachtung – zu einer weiteren Gemeinsamkeit beider Institutionen. Hier wie dort stellt sich die Frage, ob durch die dem Staat obliegende Gewährsgarantie für die unabhängige Finanzierung und Existenz der Einrichtung eine mittelbare Finanzierung durch staatliche vorgeschriebene Abgaben (Gebühren bzw. Beiträge) eine „staatliche Finanzierung“ im Sinne des Kartellvergaberechts (§ 98 Nr. 2 GWB) gegeben ist. Diese Frage ist für die gesetzlichen Krankenkassen vom mittlerweile aufgelösten Bayerischen Obersten Landesgerichtes (BayObLG) verneint worden¹, während das Oberlandesgericht Düsseldorf (OLG Düsseldorf) mit Beschluss vom 21.07.2006² Zweifel an dieser Interpretation durch das BayObLG geäußert hat und diese Rechtsfrage nunmehr dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) gem. Art. 234 Abs. 1 EG zur Beantwortung vorgelegt hat.

Im Folgenden soll vor diesem Hintergrund untersucht werden, ob die gesetzlichen Krankenkassen im Allgemeinen und die landwirtschaftlichen Krankenkassen im Besonderen öffentliche Auftraggeber im Sinne von § 98 GWB sind.

II. Die gesetzlichen Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber nach § 98 GWB

1. Überblick über den Regelungsbereich

Öffentliche Auftraggeber beschaffen Waren, Bau- und Dienstleistungen nach Maßgabe der Vorschriften des vierten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) im Wettbewerb und im Wege trans-

1 BayObLG, VergabeR 2004, 629 ff.

2 OLG Düsseldorf, Beschluss vom 21.07.2006 – VII – Verg 13/06 -

parenter Vergabeverfahren (§ 97 Abs. 1 GWB). Die Anwendung des sog. Kartellvergaberechts steht damit unter drei Voraussetzungen: Zunächst muss der persönliche Anwendungsbereich dieser Vorschriften eröffnet sein; das bedeutet, bei der Beschaffungsstelle muss es sich um einen öffentlichen Auftraggeber handeln. Daneben geht es immer um „öffentliche Aufträge“, also um die Beschaffung von Waren, Bau- und Dienstleistungen am Markt.³ Schließlich muss es sich noch um Aufträge handeln, die ein gewisses Volumen haben, es müssen mit anderen Worten bestimmte Schwellenwerte überschritten werden (vgl. § 100 Abs. 1 GWB). Da das Kartellvergaberecht auf europäischem Richtlinienrecht basiert und es der Öffnung und Stärkung des Binnenmarktes dienen soll, muss es sich jeweils um Aufträge von einigem wirtschaftlichen Gewicht handeln. Nach der jüngst novellierten Vergabeverordnung (VgV) betragen die einschlägigen Schwellenwerte für Vergaben der obersten Bundesbehörde grundsätzlich 137.000.000 EUR, für die sog. Sektorenauftraggeber (§ 98 Nr. 4 GWB) 422.000,00 EUR, für allgemeine Dienstleistungsaufträge 211.000,00 EUR sowie für Bauaufträge 5.278.000,00 EUR.⁴

§ 98 GWB regelt den angesprochenen persönlichen Anwendungsbereich des Kartellvergaberechts in insgesamt sechs Gruppen: Neben die „klassischen“ öffentlichen Auftraggeber wie Bund, Länder und Kommunen (§ 98 Abs. 1 GWB) treten die sog. „Einrichtung des öffentlichen Rechts“ (§ 98 Nr. 2 GWB), Verbände der klassischen Auftraggeber bzw. öffentlichen Einrichtungen (§ 98 Nr. 3 GWB), die Sektorenauftraggeber (§ 98 Nr. 4 GWB), bestimmte staatlich subventionierte Auftraggeber (§ 98 Nr. 5 GWB) sowie die Baukonzessionäre (§ 98 Nr. 6 GWB).

Der Gesetzgeber folgt hierbei einem funktionellen Auftraggeberverständnis, das sich nicht an der Rechtsform, sondern an der konkreten Marktstellung, dem zugewiesenen Aufgabenspektrum sowie der organisatorischen Abhängigkeit orientiert.⁵ Die Auftraggebereigenschaft ist mit anderen Worten nicht in einem institutionellen, sondern in einem tendenziell weiten, funktionellen Sinn zu verstehen. Gleichwohl enthält § 98 GWB ausdrücklich keine Generalklausel für „den Staat“ oder „die öffentliche Hand“, was auch immer darunter zu ver-

3 Diese Umschreibung soll lediglich der Abgrenzung zur „Selbsterstellung“ durch den öffentlichen Auftraggeber dienen. Vereinfacht wird dies häufig durch die Formel „make or buy“ zum Ausdruck gebracht.

4 Vgl. 3. Verordnung zur Änderung der Vergabeverordnung vom 23.10.2006, BGBl. I vom 26.10.2006, S. 2334.

5 Vgl. nur: Bungenberg, in: Loewenheim/Meessen/Riesenkampff, Kartellrecht, Bd. II, GWB, Kommentar 2006, § 98 Rn 3 f.

stehen sein mag. Das bedeutet zugleich, dass die bewusste Abkehr des EuGH vom institutionellen Auftraggeberbegriff⁶ durchaus dazu führen kann, dass auch öffentlich-rechtliche Einrichtungen nicht dem Vergaberechtsregime unterfallen, da der persönliche Anwendungsbereich nach § 98 GWB nicht eröffnet ist.⁷

Die gesetzlichen Krankenkassen sind nach § 4 Abs. 1 SGB V bzw. § 29 Abs. 1 SGB IV⁸ rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Es ist damit zu prüfen, ob der persönliche Anwendungsbereich des Kartellvergaberechts eröffnet ist. Das setzt voraus, dass die gesetzlichen Krankenkassen öffentliche Auftraggeber im Sinne dieser Vorschrift sind.

2. Zur Reichweite des § 98 Nr. 2 GWB

Da die gesetzlichen Krankenkassen keine „Gebietskörperschaften“ im Sinne von § 98 Nr. 1 GWB sind und auch die übrigen Auftraggeberarten nach § 98 Nrn. 3 bis 6 GWB offensichtlich nicht einschlägig sind, stellt sich allein die Frage, ob die gesetzlichen Krankenkassen „öffentliche Einrichtungen“ im Sinne von § 98 Nr. 2 GWB sind. Diese Vorschrift gehört sicher zu den unübersichtlichsten und am meisten umstrittenen Vorschriften des Vergaberechts. Nach ihr sind öffentliche Auftraggeber „juristische Personen des öffentlichen und privaten Rechts, die zu dem besonderen Zweck gegründet wurden, im Allgemeininteresse liegende Aufgaben nichtgewerblicher Art zu erfüllen, wenn Stellen, die unter Nr. 1 oder 3 fallen, sie einzeln oder gemeinsam durch Beteiligung oder auf sonstige Weise überwiegend finanzieren oder über ihre Leitung die Aufsicht ausüben oder mehr als die Hälfte der Mitglieder eines ihrer zur Geschäftsführung oder zur Aufsicht berufenen Organe bestimmt haben.“

Zusammengefasst muss ein öffentlicher Auftraggeber hiernach drei Merkmale erfüllen: Die Einrichtung muss zunächst eine eigene Rechtspersönlichkeit be-

6 Siehe dazu vor allem EuGH, NVwZ 1990, 353 ff. (Beentjes).

7 So werden etwa auch die öffentlich-rechtlich verfassten Religionsgemeinschaft, insbesondere der christlichen Konfessionskirchen nicht als öffentliche Auftraggeber angesehen; vgl. etwa VK Nordbayern, Beschluss vom 24.07.2001 – 320.VK-3194-21/01 – sowie Beschluss vom 29.10.2001 – 320.VK-3194-35/01. Umstritten ist nach wie vor die Stellung der öffentlich-rechtlichen Kreditinstitute, vor allem der Sparkassen nach Wegfall der Gewährträgerhaftung; siehe dazu Werner, in: Byok/Jaeger (Hrsg.), Kommentar zum Vergaberecht, 2. Auflage 2005, § 98 Rn 392 ff.

8 § 1 Satz 3 KVLG 1989 erklärt insofern lediglich § 4 Abs. 4 SGB V für entsprechend anwendbar, nicht jedoch § 4 Abs. 1 SGB V.

sitzen, darüber hinaus zur Erfüllung einer im Allgemeininteresse liegenden Aufgabe nicht gewerblicher Art gegründet sein und schließlich überwiegend staatlich finanziert oder beherrscht werden. Der EuGH stellt bei der Auslegung der Tatbestandsmerkmale vor allem auf den Zweck der zugrunde liegenden Vergaberichtlinien ab. Diese sollen Hemmnisse für den freien Dienstleistungs- und Warenverkehr beseitigen und verhindern, dass sich ein öffentlicher Auftraggeber von anderen als wirtschaftlichen Überlegungen leiten lässt.⁹

Überträgt man diese Merkmale auf die gesetzlichen Krankenkassen, ergibt sich folgendes Bild:

a) Eigene Rechtspersönlichkeit und besonderer Gründungszweck

Als Körperschaften des öffentlichen Rechts besitzen die gesetzlichen Krankenkassen eine eigene Rechtspersönlichkeit. Der von § 98 Nr. 2 GWB angesprochene besondere Gründungszweck der im Allgemeininteresse liegenden Aufgaben ist weder gemeinschaftsrechtlich noch im nationalen Recht näher definiert. Ganz allgemein werden unter den im Allgemeininteresse liegenden Aufgaben solche Zuständigkeiten verstanden, welche hoheitliche Befugnisse, die Wahrnehmung der Belange des Staates und damit letztlich Aufgaben betreffen, welche der Staat selbst erfüllen oder bei denen er einen entscheidenden Einfluss behalten möchte.¹⁰

Nach § 1 Satz 1 und 3 SGB V haben die Krankenkassen als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern sowie durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. Nach § 2 Abs. 1 SGB V haben die Krankenkassen den Versicherten entsprechende Leistungen zur Verfügung zu stellen. Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen ist diesbezüglich § 1 KVLG 1989 zu beachten, der in Satz 3 u.a. auf § 1 SGB V verweist. Das Bundesverfassungsgericht geht in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass der den gesetzlichen Krankenkassen obliegende Schutz bei Krankheit eine zentrale Grundaufgabe des Staates ist.¹¹ Darüber hinaus spricht bereits die Rechtsform als juristische Person des öffentlichen Rechts grundsätzlich dafür, dass die gesetzlichen Krankenkassen Aufgaben im Allgemeininteresse erfüllen.¹² Damit dürfte ohne

9 EuGH, VergabeR 2001, 111, 113; VergabeR 2003, 296, 300.

10 Siehe dazu bereits Dreher, DB 1998, 2579, 2583.

11 Siehe nur BVerfG, DVBl. 2004, 1161 ff.

12 Siehe dazu etwa Ziekow, VergabeR 2003, 483, 489.

weiteres feststehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen zu dem besonderen Zweck gegründet wurden, im Allgemeininteresse liegende Aufgaben zu erfüllen.¹³

Die im Allgemeininteresse liegenden Aufgaben müssen zusätzlich nicht gewerblicher Art sein. Auch hierzu liegt eine gesetzliche Begriffsbestimmung weder auf europäischer noch auf nationaler Ebene vor. Mit Blick auf den Sinn und Zweck der vergaberechtlichen Vorschriften ist hier jedoch darauf abzustellen, ob die betreffende juristische Person unter „normalen“ Marktbedingungen tätig wird, oder ob sie auf dem Markt eine Sonderstellung innehat.¹⁴ Nach der Rechtsprechung des EuGH ist zudem das Vorliegen eines entwickelten Wettbewerbs zumindest ein Indiz für die Gewerblichkeit der entsprechenden Aufgabe und die Nichtexistenz eines entwickelten Wettbewerbs ein Hinweis auf deren Nichtgewerblichkeit.¹⁵ Dementsprechend liegt die Nichtgewerblichkeit einer Aufgabe nahe, wenn die Tätigkeit nicht primär der Gewinnerzielung dient, nicht nachfragebezogen ausgeübt wird, nicht dem Wettbewerb ausgesetzt ist und das betreffende Unternehmen nicht die mit der Tätigkeit verbundene wirtschaftlichen Risiken übernimmt.¹⁶

Gemäß §§ 1, 3 Satz 1 und 4 SGB V bzw. § 1 KVLG 1989 erbringen die gesetzlichen Krankenkassen ihre Leistungen nicht in Gewinnerzielungsabsicht, sondern werden als Solidargemeinschaft mit dem Ziel tätig, die Beiträge ihrer Mitglieder für die Bedürfnisse der Versicherten zu verwenden. Darüber hinaus schreibt § 220 Abs. 3 SGB V für die allgemeine Krankenversicherung die Ermäßigung der Beiträge für den Fall vor, dass ein Annahmeüberschuss bestehen sollte. Ferner tragen die Krankenkassen auch das Verlustrisiko nicht, da nach § 220 Abs. 2 SGB V die Beiträge zu erhöhen sind, wenn die vorhandenen Mittel zur Deckung der Aufgaben nicht vorhanden sind. Zudem wird durch die §§ 265 und 265a SGB V ein Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle, besondere Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit ermöglicht. Die letztgenannten Bestimmungen gelten nach § 54 KVLG 1989 auch für die landwirtschaftlichen Krankenkassen. Durch den jährlich zwischen den allgemeinen Krankenkassen durchgeführten Risikostrukturausgleich nach § 266 SGB V werden zudem die finanziellen Auswirkungen unterschieden in der Höhe der Einnahmen und der Zahl der Zusammensetzung der jeweiligen Mitglieder ausgeglichen. Ergänzend werden gemäß § 269 SGB V zu-

13 Siehe dazu etwa Mestwerdt/v. Münchhausen, ZfBR 2005, 659, 661

14 Vgl. nur Wollenschläger, NZBau 2004, 655, 657.

15 EuGH, VergabeR 2003, 296, 302.

16 So auch BayObLG, NZBau 2004, 623, 624; Byok/Jansen, NVwZ 2005, 53, 54; Kamann/Gey, PharmaR 2006, 255, 262.

sätzliche finanzielle Belastungen für aufwendige Leistungsfälle zwischen den Krankenkassen durch den Risikopool gedeckt. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen am Risikostrukturausgleich nicht teil.

Abschließend stehen die einzelnen allgemeinen Krankenkassen im Bereich der Leistungserbringung an ihre Versicherten allenfalls in einer wettbewerbsähnlichen Lage, wenn es etwa um die Anwerbung von Mitgliedern geht. Der erforderliche Wettbewerbsbezug im Zusammenhang mit dem Merkmal der Nichtgewerblichkeit muss sich jedoch gerade auf die im Allgemeininteresse liegenden Aufgaben, also in diesem Fall auf die Leistungserbringung an die Versicherten beziehen. Insoweit ist ein entwickelter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen jedoch nicht ersichtlich. Im Ergebnis ist damit auch die Nichtgewerblichkeit der Tätigkeit der Krankenkassen ohne weiteres zu bejahen.¹⁷

b) Staatliche Beherrschung

Fraglich ist, ob die gesetzlichen Krankenkassen im Sinne von § 98 Nr. 2 GWB staatlich beherrscht werden.

aa) Staatliche Finanzierung

In Betracht kommt zunächst eine „überwiegende“ staatliche Finanzierung, d.h. staatliche Stellen müssten die Krankenkassen einzeln oder gemeinsam durch Beteiligung oder auf sonstige Weise überwiegend finanzieren. Zur Auslegung dieses Tatbestandsmerkmals hat der EuGH einige Kriterien entwickelt.¹⁸ Wie bei den sonstigen, vergaberechtlich vorgesehenen Möglichkeiten staatlicher Beherrschung auch, muss die überwiegende Finanzierung die enge Verbindung einer Einrichtung mit dem Staat widerspiegeln.¹⁹ Daher können nur die Leistungen, die als Finanzhilfe ohne spezifische Gegenleistung die Tätigkeit der betreffenden Einrichtung finanzieren oder unterstützen als öffentliche Finanzierungen angesehen werden.²⁰ Hinsichtlich der Finanzierung ist aber nicht auf den konkreten Auftrag, sondern auf die Einrichtung als

17 So auch BayObLG, NZBau 2004, 623, 624; Wollenschläger, NZBau 2004, 655, 657 f.

18 Insbesondere EuGH, VergabeR 2001, 111 ff.

19 EuGH, VergabeR 2001, 111, 113.

20 EuGH, VergabeR 2001, 111, 113.

Ganzes abzustellen. Überwiegend ist die öffentliche Finanzierung dann, wenn die Einnahmen aus staatlichen Quellen 50 v. H. aller Mittel, über die die Einrichtung verfügt, übersteigen.²¹

Die Finanzierung der allgemeinen gesetzlichen Krankenkassen erfolgt nach § 220 Abs.1 Satz 1 SGB V grundsätzlich durch die Beiträge der Solidargemeinschaft und sonstige Einnahmen. Eine staatliche Finanzierung der Krankenkassen könnte man – abgesehen von den Besonderheiten der landwirtschaftlichen Krankenkassen – zunächst nur mit Blick auf die Beiträge für die Wehr- und Zivildienstleistungen sowie für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe durch den Bund nach § 251 Abs. 4 SGB V erblicken. Hierzu lässt sich freilich ohne weiteres einwenden, dass die Beitragszahlung für diesen Personenkreis keine öffentliche Finanzierung darstellen kann, sondern lediglich die Erfüllung einer den Bund treffenden Versicherungspflicht darstellt. Die Beitragszahlung durch den Bund kann daher nicht als Finanzhilfe ohne entsprechende Gegenleistung verstanden werden.²²

Darüber hinaus leistet der Bund nach § 221 Abs. 1 SGB V Zahlungen an die Krankenversicherungen zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen. Bei genauerer Betrachtung stellt aber auch diese Zahlung keine staatliche Finanzierung im engeren Sinne dar, sondern letztlich eine Vergütung von Leistungen, welche nach dem gesetzlichen Aufgabenbild nicht von den Krankenkassen übernommen werden müssten. Schließlich stellen auch die Einnahmen der einzelnen Krankenkassen aus dem Finanzausgleich nach § 265 SGB V sowie dem Risikostrukturausgleich nach § 266 SGB V keine öffentliche Finanzierung im engeren Sinne dar, da auch diese Beiträge aus dem Beitragsaufkommen der Versicherten stammen.

Damit bleibt festzuhalten, dass – wiederum abgesehen von den gesondert darzustellenden Besonderheiten der landwirtschaftlichen Krankenkassen – etwaige Zahlungen und Umverteilungen durch den Bund im Regelfall nicht mehr als 50 v. H. der den gesetzlichen Krankenkassen zufließenden Mittel ausmachen. Die staatlichen Finanzierungen der gesetzlichen Krankenkassen könnte man daher nur dann bejahen, wenn auch die Zahlungen der Beiträge der Versicherten aufgrund der Zwangsmitgliedschaft und der gesetzlichen Festlegung der Höhe der Versicherungsleistungen als öffentliche Finanzierung im Sinne des § 98 Nr. 2 GWB anzusehen wären. Damit stellt sich jetzt die zentrale Frage, ob auch dann noch eine öffentliche Finanzierung im Sinne dieser Vorschrift gegeben ist, wenn der Staat nicht unmittelbar entsprechende Mittel

21 EuGH, VergabeR 2001, 111, 114 f.

22 So auch BayObLG, NZBau 2004, 623, 624.

zufließen lässt, sondern allenfalls mittelbar durch eine Regelung des ob und/oder des wie der Finanzierung durch Dritte tätig wird.

Nach der derzeit wohl herrschenden Meinung ist diese Frage zu bejahen, da die Pflichtversicherten zwar die Wahl zwischen mehreren gesetzlichen Krankenkassen hätten, sich aber der Versicherungspflicht selbst und den damit verbundenen Pflichtbeiträgen nicht entziehen könnten, was faktisch einer staatlichen Finanzierung der Krankenkassen gleichkommen soll.²³ Nach dieser Argumentation erhalten die Krankenkassen letztlich nur gesetzlich festgesetzte Beiträge, so dass es sich um eine staatlich abgesicherte Finanzierung handeln soll.²⁴ Für diese Sichtweise soll zudem sprechen, dass die gesetzlichen Krankenkassen Bestandteil der staatlichen sozialen Sicherungssysteme seien.²⁵ Schließlich wird auch noch auf den Wortlaut des § 98 Nr. 2 GWB hingewiesen, wonach gerade die Finanzierung „in sonstiger Weise“ für einen entsprechenden staatlichen Einfluss ausreichen soll.²⁶

Bei genauer Betrachtung des Wortlauts des § 98 Nr. 2 GWB muss freilich festgestellt werden, dass die geforderte Finanzierung gerade „durch“ die dort genannten staatlichen Stellen bzw. sonstigen öffentlichen Auftraggeber erfolgen muss.²⁷ Dies entspricht auch den übrigen einschlägigen europarechtlichen Vergaberichtlinien, die ebenfalls eine unmittelbare Beziehung durch den Staat oder andere öffentliche Auftraggeber voraussetzen.²⁸ Auch der Vergleich mit den alternativen Tatbestandsmerkmalen des § 98 Nr. 2 GWB zeigt, dass sich der staatliche Einfluss in unmittelbarer Art und Weise manifestieren muss. Allein dieses Verständnis entspricht zudem der Rechtsprechung des EuGH, nach der die überwiegende Finanzierung wie auch die beiden anderen Be-

23 Vgl. etwa VK Lüneburg, IBR 2005, 1044; Werner, in: Byok/Jaeger, Kommentar zum Vergaberecht, 2. Auflage 2005, § 98 Rn 409 d; Boldt, NJW 2005, 3757, 3759; Rixen, GesR 2006, 49, 53.

24 Vgl. Boldt, NJW 2005, 3757, 3759.

25 Werner, in: Byok/Jaeger, Kommentar zum Vergaberecht, 2. Auflage 2005, § 98 Rn 409 d.

26 Kamann/Gey, PharmaR 2006, 255, 263; ähnlich bereits Marx, in: Beck'scher VOB, Kommentar, 2001, § 98 Rn. 27.

27 So auch: Dreher, NZBau 2005, 297, 302; Eschenbruch/Hunger, NZBau 2003, 471, 474; ähnlich auch VK Bund, Beschluss vom 27.10.2005 – VK 3-127/05 – S. 18 ff. BA.

28 So auch Mestwerdt/v. Münchhausen, ZfBR 2005, 659, 664.

herrschaftsalternativen die enge Verbindung einer Einrichtung mit dem Staat widerspiegeln muss.²⁹

Im Ergebnis spricht daher sowohl der Wortlaut, die Normsystematik, als auch der Sinn und Zweck der Vorschrift gegen eine Einbeziehung einer allenfalls mittelbaren staatlichen Einflussnahme auf die Finanzierung der öffentlichen Einrichtung. Damit sprechen die überwiegenden Argumente gegen eine generale Einbeziehung der gesetzlichen Krankenkassen in den Auftraggeberbegriff des § 98 Nr. 2 GWB.

Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen dürfte es auf die dargestellten unterschiedlichen Ansichten allerdings nicht ankommen, weil hier nämlich mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit von einer staatlichen Finanzierung ausgegangen werden kann.

Zwar werden nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (nur) die Leistungsaufwendungen für bestimmte Personengruppen (Rentenantragsteller und Altenteiler) vom Bund übernommen und nicht die Krankenversicherung als solche direkt und allgemein staatlich finanziert. Hierauf dürfte es jedoch angesichts des faktisch überwiegenden Anteils des Bundes an der Finanzierung des Systems nicht ankommen.³⁰

Damit ist - selbst wenn man der für die Krankenkassen günstigen Argumentation grundsätzlich folgen möchte - für die landwirtschaftlichen Krankenkassen von einer Beherrschung im vorgenannten Sinn und deshalb von einer Auftraggeberbereitschaft auszugehen.

bb) Staatliche Aufsicht

Zu ergänzen bleibt, dass über die gesetzlichen Krankenkassen auch keine sonstige staatliche Aufsicht im Sinne von § 98 Nr. 2 GWB gegeben ist. Wie bereits dargelegt, besitzen die gesetzlichen Krankenkassen das Recht zur Selbstverwaltung. Dementsprechend unterliegen sie staatlicherseits der bloßen Rechtsaufsicht. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang oftmals darauf hingewiesen, die gesetzlichen Krankenkassen unterlägen einem derart engen Geflecht staatlicher Aufsichtsmöglichkeiten, dass die Rechtsaufsicht faktisch einer Fachaufsicht angenähert sei, wobei ergänzend bezweifelt wird,

29 EuGH, VergabeR 2001, 111, 113.

30 Nach den Rechnungsergebnissen der landwirtschaftlichen Krankenkassen für das Jahr 2005 beliefen sich die Beiträge auf rund 0,932 Mrd. EUR; die Summe der Bundesmittel einschließlich der Vermögenserträge und sonstigen Einnahmen betrug rund 1,208 Mrd. EUR.

dass die Unterscheidung zwischen Rechts- und Fachaufsicht vergaberechtlich überhaupt relevant sei.³¹ Hierzu ist festzustellen, dass § 98 Nr. 2 GWB lediglich den Begriff der „Aufsicht“ erwähnt und daher die Unterscheidung zwischen der Rechts- und der Fachaufsicht des deutschen Verwaltungsrechts zunächst keine eigenständige Bedeutung haben kann. Der EuGH hält in diesem Zusammenhang mit Blick auf Sinn und Zweck der Vergaberichtlinien eine Verbindung der öffentlichen Einrichtung mit dem Staat für erforderlich, die der Verbindung gleichwertig ist, die besteht, wenn eines der beiden Alternativmerkmale – überwiegende Finanzierung bzw. staatliche Bestimmung von mehr als der Hälfte der Mitglieder eines zur Geschäftsführung oder zur Aufsicht berufenen Organs – erfüllt wäre.³² Nach diesem Maßstab ist zu prüfen, ob die verschiedenen Formen der Aufsicht eine Verbindung der betreffenden Einrichtung mit der öffentlichen Hand schaffen, die es dieser ermöglicht, deren vergaberechtlichen Entscheidungen zu beeinflussen.³³

Eine bloße nachprüfende Kontrolle der Rechtmäßigkeit hält der EuGH in diesem Zusammenhang gerade nicht für ausreichend, da diese schon begrifflich einen derartigen Einfluss auf die Vergabeentscheidung nicht erlaubt.³⁴ Allein unter diesem Gesichtspunkt kann eine bloß nachfolgende Rechtsaufsicht, die zu keiner inhaltlichen Beeinflussung des Vergaberhaltens der betreffenden Stelle führt, sondern lediglich die Gesetzmäßigkeit des Handelns der Einrichtung ex post überprüft, keine Aufsicht im Sinne von § 98 Nr. 2 GWB darstellen.³⁵ Vor diesem Hintergrund ist mit Blick auf die staatlichen Ingerenzmöglichkeiten, vor allem auf Grundlage des SGB V zu prüfen, ob die Rechtsaufsicht des Staates über die gesetzlichen Krankenkassen Einfluss auf die konkreten Vergabeentscheidungen nehmen kann. Das ist auch nach der Rechtsprechung des EuGH durchaus nicht ausgeschlossen, so hat der EuGH in Sachen OPAC festgestellt, dass auch die bloße Überwachung von Regeln über die Führung der Geschäfte dem Staat einen bedeutenden Einfluss einräumen kann, wenn die entsprechenden Einwirkungsmöglichkeiten sich auch auf die Geschäftspolitik des Unternehmens erstrecken können.³⁶

31 So vor allem: Rixen, *GesR* 2006, 49, 53 f.; Jaeger, *ZWeR* 2005, 31, 55 ff.

32 EuGH, *VergabeR* 2003, 296, 303.

33 EuGH, *VergabeR* 2001, 118, 121; *VergabeR* 2003, 296, 303.

34 EuGH, *VergabeR* 2003, 296, 303.

35 Dreher, *NZBau* 2005, 297, 299; Dietlein, *NZBau* 2002, 136, 141, Eschenbruch/Hunger, *NZBau* 2003, 471, 474.

36 EuGH, *VergabeR* 2001, 118 ff.

Ausgangspunkt der entsprechenden Überlegungen muss § 87 Abs. 1 SGB IV sein, wonach die Versicherungsträger der staatlichen Rechtsaufsicht unterfallen. Darüber hinaus erfüllen die gesetzlichen Krankenkassen gem. § 29 Abs. 1, 3 SGB IV, § 4 Abs. 1 SGB V ihre Aufgaben in Selbstverwaltung im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung. Eine generelle Zweckmäßigkeitskontrolle oder eine (präventive) Überprüfung vergaberechtlicher Wertungsentscheidung ist hier nicht vorgesehen.

Die staatliche Aufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen beschränkt sich im Wesentlichen gem. § 274 Abs. 1 Satz 1 SGB V auf eine Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung, wobei sich die Prüfung nach § 274 Abs. 1 Satz 4 SGB V auf die Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesamten Geschäftstätigkeit erstreckt. Flankierend sieht § 69 Abs. 2 SGB IV vor, dass die Krankenkassen bei der Aufstellung und Ausführung der Haushaltspläne sicherzustellen haben, dass sie die ihnen obliegenden Aufgaben unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfüllen können. Für die landwirtschaftliche Krankenversicherung ist § 71d SGB IV zu beachten. Nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB IV haben die Aufsichtsbehörden zudem in eng begrenzten Ausnahmefällen die Möglichkeit, die Geschäfte der Krankenkassen durch Beauftragte zu führen, wenn die Wahl von Selbstverwaltungsorganen nicht zustande gekommen ist oder diese die Geschäftsführung verweigern. Hinzu treten Mitbestimmungsrechte der Aufsichtsbehörden, wie z.B. das Genehmigungserfordernis für die Darlehensaufnahme nach § 222 Abs. 2 SGB V und andere Vermögensanlagen nach § 85 Abs. 1 SGB IV. Schließlich können Ortskrankenkassen nach § 146 a SGB V geschlossen werden, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist. Für die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen und die Ersatzkassen gilt gem. §§ 153 Satz 1 Nr. 3, 163 Satz 1 Nr. 3 und 170 Entsprechendes.

All diese Einwirkungsmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden auf die gesetzlichen Krankenkassen erstrecken sich aber gerade nicht auf konkrete Vergabeentscheidungen. Sie betreffen insbesondere nicht die vergaberechtlichen Wertungsentscheidungen, also die Entscheidung der Krankenkassen, ob überhaupt ausgeschrieben wird und auf welches Angebot der Zuschlag erteilt wird. Dieser Aspekt wird bei der „Gesamtschau“ der die Aufsicht regelnden Vorschriften vernachlässigt. Es greift vielmehr zu kurz, die zahlreichen Aufsichtsrechte staatlicher Stellen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen schlicht zu addieren, um dann zu dem Ergebnis zu kommen, dass diese in der Summe es rechtfertigten, eine hinreichende Einflussnahme auf die Entscheidungen der

gesetzlichen Krankenkassen über die Vergabe von Aufträgen zu bejahen.³⁷ Das Bayerische Oberste Landesgericht hat hierzu zutreffend ausgeführt, dass die zahlreichen Aufsichtsrechte gerade nicht über eine nachträgliche Kontrolle hinausgehen.³⁸ Auch die 3. Vergabekammer des Bundes ist daher – zu Recht – in einer sorgfältig begründeten Entscheidung zu dem Ergebnis gekommen, dass einiges dafür spreche, dass eine staatliche Aufsicht im Sinne des § 98 Nr. 2 GWB in Bezug auf die gesetzlichen Krankenkassen gerade nicht vorliege, da sich die entsprechenden Aufsichtsvorschriften auf eine bloß nachprüfende Kontrolle beschränken.³⁹

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, dass der Staat auch nicht mehr als die Hälfte der Mitglieder eines zur Geschäftsführung oder zur Aufsicht berufenen Organs der gesetzlichen Krankenkassen bestimmt. Vielmehr erfolgt in der allgemeinen Krankenversicherung die Wahl des Vorstandes durch den Verwaltungsrat⁴⁰ und die Wahl des Verwaltungsrates erfolgt durch die Versicherten sowie durch die Arbeitgeber.⁴¹ Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen gelten insofern die §§ 36 Abs. 2 bzw. 52 Abs. 1 SGB IV. Lediglich im Ausnahmefall kann der Staat im Wege der Ersatzvornahme Mitglieder bestimmen. Aus diesem Ausnahmefall kann freilich nicht eine hinreichende Beherrschung im Sinne von § 98 Nr. 2 GWB geschlossen werden.

Die erheblichen Zweifel an der Auftraggebereigenschaft der gesetzlichen Krankenkassen werden auch nicht dadurch beseitigt, dass diese in Anhang III der Vergabekoordinierungsrichtlinie ausdrücklich genannt werden.⁴² Dem Verzeichnis in Anhang III der Vergabekoordinierungsrichtlinie kommt weiterhin lediglich eine bloß deklaratorische Bedeutung zu. Aus der Nennung der gesetzlichen Krankenkassen kann daher nicht konstitutiv geschlossen werden, dass es sich tatsächlich um öffentliche Auftraggeber handelt. Der entsprechende Anhang, der bereits nach Art. 1 Abs. 9 der Vergabekoordinierungsrichtlinie nicht erschöpfend ist,⁴³ ist vielmehr sowohl in positiver wie in negativer Hinsicht da-

37 So aber etwa: Gassner/Braun, NZS 2005, 28, 30; Byok/Jansen, NVwZ 2005, 53, 55; Kamann/Gey, PharmaR 2006, 255, 263, Mestwerdt/v. Münchhausen, ZfBR 2005, 659, 665.

38 BayObLG, NZBau 2004, 623, 625.

39 3. Vergabekammer des Bundes, Beschluss vom 27.10.2005, VK 3-127/05, S. 19 f. BA

40 Vgl. § 35 a Abs. 5 Satz 1 SGB IV.

41 Siehe § 46 Abs. 1 SGV IV i.V.m. § 33 Abs. 3 Satz 2 SGB IV.

42 So aber Rixen, GesR 2006, 49, 52 f.; Kamann/Gey, PharmaR 2006, 255, 261.

43 Vgl. auch EuGH, VergabeR 2003, 296, 300 f.

hingehend zu überprüfen, ob die allein maßgeblichen Tatbestandsmerkmale des öffentlichen Auftraggebers gegeben sind. Die Aufführung bestimmter Einrichtungen hat damit lediglich eine gewisse Indizwirkung für die Auftraggebereigenschaft der dort genannten Einrichtungen, macht jedoch die Prüfung der gesetzlichen Tatbestandsmerkmale nicht entbehrlich.⁴⁴

III. Fazit

Während die Auftraggebereigenschaft der allgemeinen Krankenkassen weiterhin aus guten Gründen bestritten werden kann, wird man für die landwirtschaftlichen Krankenkassen die Vergaberechtsfreiheit insofern kaum vertreten können.

Wie sich im Rahmen des GKV-WSG die angekündigte steigende Steuerfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig auf die untersuchte Frage auswirken wird, bleibt abzuwarten. Auch aus der Schaffung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird man jedenfalls in Bezug auf das Kartellvergaberecht mangels aufsichtsrechtlicher Relevanz keine „staatliche Beherrschung“ der Krankenkassen ableiten können.

Verfasser:

Dr. Matthias Heßhaus, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Verwaltungsrecht,
Partner der überregionalen Kanzlei Kleiner Rechtsanwälte, Büro Düsseldorf
Neuer Zollhof 3
40221 Düsseldorf

Dr. Erich Koch
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
Weißensteinstr. 70 - 72
34131 Kassel

44 So auch BayObLG, NZBau 2004, 623, 626; Ziekow, VergabeR 2003, 483, 484; Eschenbruch/Hunger, NZBau 2003, 471; Dietlein, NZBau 2002, 136, 137; Dreher, DB 1998, 2579, 2583; ders., NZBau 2005, 297, 299.

Ulrich Adolf

Tonio Bödiker - ein Emsländer schrieb europäische Sozialgeschichte¹

Vor mehr als 100 Jahren wurde die gesetzliche Unfallversicherung gegründet. Sie hatte ihren Ursprung in der „Kaiserlichen Botschaft“ vom 15. November 1881 und trat am 9. Juli 1884 als Teil der Bismarckschen Sozialgesetzgebung in Kraft. Neben der Kranken- und Rentenversicherung bildete sie eine der drei tragenden Säulen des Deutschen Sozialversicherungssystems, das als vorbildlich angesehen wurde und weltweite Anerkennung finden sollte.

Ein Wegbereiter dieser Gesetzgebung war der aus Haselünne stammende, spätere erste Präsident des Reichsversicherungsamtes in Berlin, Dr. Tonio Bödiker. Dank seiner starken Persönlichkeit und seinem unermüdlichem Eintreten für die Weiterentwicklung der Sozialversicherung erlangte er größten persönlichen Respekt und grenzenlose Anerkennung.

Es bedurfte schon einer starken Persönlichkeit, um die Anfangsschwierigkeiten einer neuartigen Organisation sowie die Widerstände der Unternehmen und das Mißtrauen der Arbeiter zu überwinden. Bödiker war hier am rechten Platz, denn durch seine Fähigkeiten, sein organisatorisches Talent, seine gestalterische Kraft, seine Beredsamkeit, seinen hellen Verstand und seinen Blick für wirtschaftliche Zusammenhänge konnte er seine Ideen in die Wirklichkeit umsetzen. Sein Einfühlungsvermögen half ihm, das Verhältnis zwischen Arbeitern und Unternehmern zu entschärfen und eine gute Zusammenarbeit herbeizuführen. „Indem er fast alle Genossenschaftsversammlungen per-

1 Am 04. Februar 2007 jährt sich zum hundertsten Male der Todestag des ersten Präsidenten des Reichsversicherungsamtes in Berlin und des Wegbereiters der gesetzlichen Unfallversicherung, Dr. Tonio Bödiker. Aus diesem Anlass erscheint der folgende Artikel als Abdruck aus dem Jahrbuch des Emsländischen Heimatbundes, Bd. 37/1991 mit freundlicher Genehmigung des Vereins „Emsländische Landschaft e.V.“

Tonio Bödiker wurde am 5. Juni 1843 in Meppen geboren und wuchs in der Nachbarstadt Haselünne auf. Nach Jurastudium in Heidelberg, Berlin und Göttingen und Tätigkeit in verschiedenen Regierungsstellen, insbesondere als Landrat des Kreises Mönchengladbach, folgte Bödiker 1881 dem Ruf in das Reichsamt des Inneren und fertigte dort als Hauptreferent den dritten - entscheidenden - Entwurf des Unfallversicherungsgesetzes. Nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wurde als staatliches Aufsichtsorgan das Reichsversicherungsamt in Berlin errichtet, dessen erster Präsident wurde im Jahre 1884 Tonio Bödiker. Dieser übte das einflussreiche Amt bis zum Jahre 1897 aus.

sönlich leitete, brachte er in verhältnismäßig kurzer Zeit die Organisation der Berufsgenossenschaften zum 1. Oktober 1885 zum Abschluß.“ Es war Bödikers Verdienst, dass bereits ab 1887 erste Ausdehnungen des Gesetzes möglich wurden, um damit den Kreis der Versicherten zu erweitern und schrittweise die gesamte Bevölkerung unter Versicherungsschutz zu stellen.

Die von Tonio Bödiker angestrebte schrittweise Ausweitung des Unfallversicherungsrechts wurde zusehends mit Argwohn betrachtet, so dass sich seine Forderungen nach aufgabenmäßiger Ausdehnung und damit verbesserter personeller Ausstattung des Reichsversicherungsamtes immer schwerer durchsetzen ließen.

Seinen internationalen Ruf als weitblickender Reformier erwarb sich Tonio Bödiker auf den „Internationalen Arbeiterversicherungskongressen“. Sie bildeten das Forum, auf dem er die bahnberechnenden Gedanken der deutschen Arbeiterversicherung mit großem Geschick und Erfolg vertrat.