

Inhalt 3/2004

FACHBEITRÄGE

- Dr. Harald Jilke; Dr. Christina Perktold; Mag. Irene Seyringer-Rasch
Das bäuerliche Renten-Versicherungs-Beitrags- und
Leistungsrecht in Österreich 329
- Dr. Erich Koch
Zur (Un-)verzichtbarkeit der Beratungsbesuche
gem. § 37 Abs. 3 bis 6 SGB XI 361
- Bernd Wiethardt
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und
das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im
Gesundheitswesen (IQWiG) – neue
Einrichtungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung 379
- Dieter Böttger
Verfassungsmäßigkeit der Pflichtversicherung der
Landwirtsehegatten in der Alterssicherung der Landwirte
– Anmerkungen zum Beschluss des Bundesverfassungs-
gerichts vom 9. Dezember 2003, Az. 1 BvR 558/99 398

DOKUMENTATION

- Verzeichnis der Beitragsstaffeln der LKKen 413

PERSÖNLICHES

- Direktor Hans-Jürgen Rahn wird 60 Jahre 421

BÜCHER

- Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) im Wertewandel 422
- Haushaltsrecht der Sozialversicherung 424
- Gesundheitsaufklärung bei Kinderarzt und Zahnarzt 425

Dr. Harald Jilke; Dr. Christina Perktold; Mag. Irene Seyringer Rasch

Das bäuerliche Renten-Versicherungs- Beitrags- und Leistungsrecht in Österreich

Vorbemerkung:

In Österreich versteht man unter „Renten“ nur die Geldleistungen der Unfallversicherung und der Kriegsopferversorgung. Bei den Leistungen aus den Versicherungsfällen der Erwerbsunfähigkeit, des Alters und des Todes spricht man hingegen von „Pensionen“. Dieser Begriff wurde auch im vorliegenden Aufsatz durchgehend verwendet.

Versicherungs- und Beitragsrecht

Wer führt die Pensionsversicherung durch?

Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) führt alle drei Zweige der Sozialversicherung - Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung - für Bauern im gesamten österreichischen Bundesgebiet durch.

Die bäuerliche Pensionsversicherung wurde in Österreich 1971 eingeführt.

Ab 1957 existierte eine Vorgängerregelung, nach der aber nur Unterstützungsleistungen zum Ausgedinge, die sog. „Zuschussrenten“, gebührten.

Wer ist nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) pensionsversichert?

Pflichtversicherung

Der Pflichtversicherung in der bäuerlichen Pensionsversicherung unterliegen

- Betriebsführer, wenn der Einheitswert des Betriebes mindestens 1.500,- Euro beträgt,
- Betriebsführer, deren Betrieb die Einheitswertgrenze nicht erreicht bzw. für den Betrieb ein Einheitswert nicht festgestellt ist, wenn der Lebensunterhalt aus dem Ertrag des Betriebes bestritten wird,
- beide Ehegatten bei gemeinsamer Betriebsführung,
- im Betrieb hauptberuflich beschäftigte Kinder, Enkel, Schwiegerkinder und Eltern sowie – wenn nicht ohnehin eine gemeinsame Betriebsführung vorliegt – der hauptberuflich beschäftigte Ehepartner des Betriebsführers

In allen Fällen tritt die Pflichtversicherung aber erst mit Vollendung des 15. Lebensjahres ein. Die österreichische Staatsbürgerschaft oder ein Wohnsitz in Österreich sind nicht notwendig, um die Pflichtversicherung zu begründen – maßgeblich ist, dass sich der Betrieb in Österreich befindet.

Mehrfachversicherung

Wer mehrere Erwerbstätigkeiten ausübt, ist für jede einzelne gesondert pensionsversichert.

So ist etwa ein Arbeiter oder Angestellter, der zugleich Nebenerwerbslandwirt ist, sowohl nach dem ASVG als auch nach dem BSVG pensionsversichert.

Daraus resultieren zwar höhere Beiträge, aber auch eine bessere Pension.

Bestehen mehrere Pflichtversicherungen, so ist die Obergrenze für die Beiträge auf Basis der Höchstbeitragsgrundlage gesetzlich festgelegt. Wird die Höchstbeitragsgrundlage überschritten, können die zuviel bezahlten Beiträge zur Höherversicherung angerechnet oder rückerstattet werden.

Beginn und Ende der Pflichtversicherung

Die Pflichtversicherung beginnt mit dem Ersten eines Kalendermonats, wenn die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung bis einschließlich 15. dieses Monats eintreten, sonst mit dem nächsten Monatsersten.

Sie endet mit dem Ersten eines Kalendermonats, wenn die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung bis einschließlich 15. dieses Monats wegfallen, sonst mit dem nächsten Monatsersten.

Wanderversicherung

Hat ein Versicherter pensionsrechtlich relevante Versicherungsmonate etwa sowohl als Arbeiter als auch als Bauer erworben, kommt es zu keinem Verlust erworbener Monate. Die Wanderversicherung sichert die Anrechnung von Versicherungszeiten, die nach unterschiedlichen Gesetzen erworben wurden.

Was und wie muss bei der SVB gemeldet werden?

Die Betriebsführer haben für sich, ihre hauptberuflich beschäftigten (Schwieger)Kinder, den hauptberuflich beschäftigten Ehegatten und die hauptberuflich beschäftigten Eltern, Groß- und Schwiegereltern von sich aus eine Anmeldung bei der SVB zu erstatten, wenn die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung eingetreten sind (Tag der Betriebsaufnahme, Erreichen der Einheitswertgrenzen etc.). Diese Meldung muss innerhalb einer Frist von einem Monat nach diesem Zeitpunkt erfolgen.

Ebenso hat innerhalb einer Frist von einem Monat nach dem Ende der Pflichtversicherung die Abmeldung der betreffenden Person zu erfolgen.

Die Betriebsführer haben aber auch während des Bestandes der Pflichtversicherung Meldepflichten zu beachten. Denn jede für die Versicherung

bedeutsame Änderung der Verhältnisse muss binnen einem Monat der SVB gemeldet werden.

Besondere Meldepflichten gelten für bäuerliche Nebentätigkeiten:

- An- und Abmeldung binnen eines Monats
- Auskunftspflicht des Betriebsführers binnen zwei Wochen
- Meldung der Einnahmen bis zum 31. März des Folgejahres

Für alle Meldungen hat die SVB eigene Formulare aufgelegt, die in jedem Regionalbüro und bei den SVB-Sprechtagen erhältlich sind. Am schnellsten sind sie im Internet unter www.svb.at zu finden.

Meldungen gelten aber auch dann als ordnungsgemäß erstattet, wenn sie ohne Vordruck schriftlich oder mittels EDV bei der SVB einlangen.

Auch Leistungsempfänger haben Meldepflichten zu beachten!

Sie sind verpflichtet, jede Änderung, die für den Fortbestand der Leistung bedeutsam ist, innerhalb von zwei Wochen der SVB zu melden. Pensionisten müssen jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sowie die jeweilige Höhe des Erwerbseinkommens binnen sieben Tagen melden, wenn es sich auf das Ausmaß der Leistung auswirkt.

Wird die Anmeldung zur Pflichtversicherung nicht oder verspätet erstattet, schreibt die SVB einen Beitragszuschlag vor.

Wurde eine Meldung unterlassen und die Einbeziehung in die Pflichtversicherung durch die SVB rückwirkend festgestellt, kann dieser Beitragszuschlag die Höhe des gesamten nachzuzahlenden Betrages erreichen.

Wurde eine Meldung verspätet erstattet, kann der Beitragszuschlag bis zur Höhe der Beiträge für den Zeitraum vom Beginn der Pflichtversicherung bis zum Eintreffen der verspäteten Meldung vorgeschrieben werden.

Erfolgt die Bekanntgabe der Einnahmen von Nebentätigkeiten nicht rechtzeitig, schreibt die SVB einen Beitragszuschlag in Höhe von fünf Prozent des nachzuzahlenden Betrages vor.

Bei der Festsetzung des Beitragszuschlages berücksichtigt die SVB die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beitragsschuldners. Mindestausmaß ist jedoch die Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen.

Für Versicherte, die nicht oder nicht rechtzeitig abgemeldet werden, sind Beiträge bis zum Ende des Kalendermonats, in dem die Abmeldung erfolgt, zu leisten. Der Abmeldung gleichgehalten wird auch der Umstand, dass die SVB vom Ende der Versicherung ohne Abmeldung Kenntnis erlangt. Die weitere Entrichtung der Beiträge ist jedoch für längstens drei Monate nach dem Ende der Versicherung vorgesehen.

Wie errechnen sich die Beiträge?*Die Beitragssätze für Pflichtversicherte*

	Betriebsführer	Angehörige
Pensionsversicherung	14,5%	14,5%
Zusatzbeitrag bei Beitragsgrundlagenoption	3,0% der Beitragssumme	3,0% der Beitragssumme

Die Grundlage für die Beiträge

Ganz allgemein gilt in der Sozialversicherung das Erwerbseinkommen des Versicherten als Maßstab für die Höhe der Beiträge. Bei Dienstnehmern und im Gewerbe lässt sich dieses – ausgehend von der Grundlage für die Lohn- bzw. Einkommensteuer – leicht erfassen. In der Landwirtschaft ist das aber oft nicht möglich, da die meisten Betriebe steuerlich „pauschaliert“ sind. Hier wird „schon immer“ der Einheitswert des Betriebes zur Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge herangezogen.

Da seit 1999 auch landwirtschaftliche Nebentätigkeiten in die Pflichtversicherung einbezogen sind, wird die Beitragsgrundlage in diesen Fällen aus dem Einheitswert und aus den Nebentätigkeiten (sofern es sich nicht um Tätigkeiten handelt, die im Einheitswert bereits berücksichtigt sind) ermittelt.

Seit 2001 hat ein Betriebsführer aber auch die Möglichkeit, die Beitragsgrundlage nach den im Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen Einkünften berechnen zu lassen.

Berechnung auf Grund des Einheitswertes

Bei diesem System muss als Vorfrage der Einheitswert der landwirtschaftlich genutzten Flächen, die der Betriebsführer bewirtschaftet oder auf seine Rechnung und Gefahr bewirtschaften lässt, ermittelt werden.

- Werden mehrere Betriebe geführt, sind für die Pensionsversicherungsbeiträge die Einheitswerte aller Betriebe zusammenzuzählen
- Wird der Betrieb durch Miteigentümer auf gemeinsame Rechnung und Gefahr geführt, ist in der Pensionsversicherung für jeden Miteigentümer der auf ihn fallende ideelle Anteil des Einheitswertes heranzuziehen
- Erfolgt die gemeinsame Betriebsführung durch Ehegatten, ist der Einheitswert nicht zu teilen, unabhängig davon, wie die Eigentumsverhältnisse tatsächlich geregelt sind.
- Sind landwirtschaftliche Flächen verpachtet, ist der darauf entfallende Einheitswert abzuziehen.

- Werden Flächen zugepachtet, sind zwei Drittel des darauf entfallenden Einheitswertes zu berücksichtigen.
- Erfolgt die Zupachtung allerdings von nahen Angehörigen (z.B. Ehegatten), ist der volle Einheitswert dieser Flächen heranzuziehen.

Auf Basis des so ermittelten Betrages ist der Versicherungswert des Betriebes zu bilden, der ein (gestaffelter) Prozentsatz des Einheitswertes des Betriebes ist.

Beitragsgrundlagenoption

Seit 2001 besteht die Möglichkeit, den gesamten Betrieb auf Grundlage des Einkommensteuerbescheides bewerten zu lassen.

Die Beitragsgrundlagenoption kann immer nur für den ganzen Betrieb gewählt werden. Das bedeutet: Wird für den Flächenbetrieb optiert, gilt dies automatisch auch für allfällige Nebentätigkeiten. Hier werden daher sämtliche Einkünfte aus der Land- und Forstwirtschaft, also auch aus Nebentätigkeiten – ohne Einteilung in eine Beitragsgruppe der jeweiligen Nebentätigkeit – für die Beitragsbemessung herangezogen.

Die Beitragsgrundlagenoption muss bis zum 31. März des dem Beitragsjahr folgenden Jahres bei der SVB beantragt werden, der Antrag gilt dann auch für die weiteren Jahre.

Ein Widerruf oder Umstieg in das Pauschalssystem ist nur bei wesentlichen Änderungen in der Betriebsführung und von Betriebszweigen möglich.

Macht nun ein Betriebsführer von der beschriebenen Möglichkeit Gebrauch, sind die in ein Kalenderjahr fallenden Einkünfte heranzuziehen. Diese bestehen aus den im Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen Einkünften zuzüglich der im Beitragsjahr vorgeschriebenen Beiträge zu einer gesetzlichen Kranken- und Pensionsversicherung, vermindert um Veräußerungsgewinne. Die daraus errechneten (jährlichen) Beiträge werden auf Monatsbeiträge umgelegt.

Bis zum Vorliegen eines Einkommensteuerbescheides für das jeweilige Beitragsjahr ist jeweils der vorangegangene Einkommensteuerbescheid des Betriebes als vorläufige Beitragsgrundlage heranzuziehen. Liegt noch gar kein Einkommensteuerbescheid vor, ermittelt die SVB eine vorläufige Beitragsgrundlage nach dem Einheitswert des Betriebes.

Ist die endgültige Beitragsgrundlage niedriger als die vorläufige, erhält der Betriebsführer die zuviel bezahlten Beiträge zurück.

Beitragsgrundlage bei Nebentätigkeiten

Bäuerliche Nebentätigkeiten umfassen jene Tätigkeiten, die im Rahmen des land(forst)wirtschaftlichen Betriebes auf eigene Rechnung und Gefahr in einem engen wirtschaftlichen Zusammenhang mit der bäuerlichen Haupttätigkeit ausgeübt werden.

Ein Naheverhältnis zum Hauptbetrieb liegt vor:

- wenn die in einem landwirtschaftlichen Betrieb üblicherweise eingesetzten Maschinen verwendet werden,
- wenn die Tätigkeit überwiegend in den Betriebsräumlichkeiten ausgeübt wird,
- wenn bauernspezifische Kenntnisse eingesetzt werden.

Auch hier – nur für den Bereich der Nebentätigkeiten – kann der Betriebsführer zwischen der pauschalen Beitragsberechnung und der Berechnung nach dem Einkommensteuerbescheid (kleine Option) wählen, allerdings nur, wenn hinsichtlich des Flächenbetriebs eine pauschale Beitragsberechnung durchgeführt wird.

Nebentätigkeiten – pauschale Beitragsberechnung

Die beitragsrechtliche Auswirkung von Nebentätigkeiten ist nicht bei jeder Tätigkeit gleich. Gemäß Anlage 2 des BSVG sind drei Gruppen von Nebentätigkeiten zu unterscheiden:

 Einkünfte, die im Versicherungswert enthalten sind:

Für Einkünfte, die im Versicherungswert des Betriebes enthalten sind, sind keine gesonderten Beiträge zu leisten. Darunter fallen:

- Fuhrwerksdienste und das Vermieten/Einstellen von Reittieren,
- Weinbuschenschank und
- Privatzimmervermietung (wenn in Form des Urlaubes am Bauernhof).

 Einkünfte in einer bestimmten Höhe:

- Bei der Be- und Verarbeitung überwiegend eigener Naturprodukte sowie Mostbuschenschank sind Beiträge nur dann zu entrichten, wenn die Einnahmen aus diesen Tätigkeiten im Kalenderjahr den Freibetrag von 3.700,- Euro übersteigen. Eine Meldung muss aber jedenfalls erfolgen.

 Einkünfte, für die gesondert Beitragspflicht besteht:

Die Einnahmen aus diesen Tätigkeiten sind nicht im Versicherungswert enthalten, für sie müssen daher jedenfalls Beiträge entrichtet werden. Dies sind z.B.:

- Kommunaldienstleistungen,
- Tätigkeit als Schweinetätowierer, Waldhelfer, Milchprobennehmer, Besamungstechniker, Klauenpfleger,
- Tätigkeit als Fleischklassifizierer, Saatgut- und Sortenberater, Biokontrollor, Zuchtwart, Hagelschätzer und –berater sowie land(forst)wirtschaftliche Beratungs- und Vortragstätigkeit,
- Dienstleistungen mit oder ohne Betriebsmittel für andere land(forst)wirtschaftliche Betriebe
- Tätigkeit als Betriebshelfer im Rahmen eines Maschinen- und Betriebs- hilferinges
- Tätigkeit als Holzakkoordant
- Tätigkeiten in eingeschränktem Umfang, soweit sie Fähigkeiten und Kenntnisse des bäuerlichen Berufes erfordern (z.B. Kunsthandwerk) oder wie sie üblicherweise im eigenen Betrieb bzw. Haushalt anfallen (z.B. Holzhacken) und
- die Tätigkeit als land(forst)wirtschaftlicher Sachverständiger bei gleichzeitiger Betriebsführung.

Seit dem Jahr 2002 gelten auch Tätigkeiten, die ohne Gewerbeanmeldung oder berufsrechtliche Berechtigung ausgeübt werden dürfen, als bäuerliche Nebentätigkeiten, wenn sie in einem Naheverhältnis zum Hauptbetrieb erfolgen. Auch für diese Tätigkeiten besteht grundsätzlich Beitragspflicht ab dem ersten Cent. Solche Tätigkeiten sind z.B.:

- Seminarbäuerin,
- bäuerliche Tagesmutter,
- Betriebspräsentation,
- Wind-, Wasserkraftwerke und Fotovoltaik,
- Heu-Erlebnisbäder,
- Produktbotschafter,
- handwerkliche Arbeiten ohne bäuerlichen Bezug oder
- Steinmehlverwertung.

Um die Einnahmen aus Nebentätigkeiten erfassen zu können, besteht die Verpflichtung, diese aufzuzeichnen. Die Einnahmen sind bis 31. März des Folgejahres unaufgefordert der SVB zu melden.

Beitragsgrundlage

Als Beitragsgrundlage für die Nebentätigkeiten gelten 30 Prozent der Jahreseinnahmen einschließlich Umsatzsteuer. Die monatliche Beitragsgrundlage ist ein Zwölftel davon, außer die Nebentätigkeit wird während des Jahres begonnen oder beendet.

Nebentätigkeiten – kleine Option

Im Gegensatz zum Pauschalssystem werden bei der Option für Nebentätigkeiten (kleine Option) die gesamten Einkünfte aus Nebentätigkeiten laut Einkommensteuerbescheid ohne Abzüge herangezogen. Bei dieser Variante entfällt daher die Einteilung in die beim Pauschalssystem zur Anwendung kommenden Gruppen von Nebentätigkeiten.

Diese Wahlmöglichkeit besteht für Betriebsführer ab dem Wirtschaftsjahr 2002 und ist bis zum 31. März des Folgejahres bei der SVB zu beantragen (Antrag für das Beitragsjahr 2004: spätestens 31.3.2005). Dieser Antrag gilt für mindestens ein Beitragsjahr, kann aber bis zum März des Folgejahres widerrufen werden.

So lange kein Einkommensteuerbescheid vorliegt, gilt als vorläufige Beitragsgrundlage für Nebentätigkeiten ein monatlicher Mindestbetrag von 583,48 Euro im Jahr 2004. Dieser Betrag ist auch dann maßgeblich, wenn die Finanzbehörde die Mitteilung macht, dass kein Einkommensteuerbescheid ergangen ist.

Liegt für ein vorangegangenes Kalenderjahr bereits ein rechtskräftiger Einkommensteuerbescheid vor, sind die darin ausgewiesenen Einkünfte für Nebentätigkeiten als vorläufige Beitragsgrundlage heranzuziehen.

Mindestbeitragsgrundlage

Die Mindestbeitragsgrundlage ist ein im Gesetz festgelegter Betrag, der jährlich aufgewertet wird. Im Jahr 2004 beträgt sie:

- bei Einheitswertbetrieben 583,48 Euro (entspricht einem Einheitswert von 4.000,- Euro),
- bei Beitragsgrundlagenoption 1.950,70 Euro (entspricht einem Einheitswert von 15.200,- Euro),
- bei gemeinsamer Betriebsführung 291,74 Euro bzw. 975,35 Euro bei Beitragsgrundlagenoption,
- für hauptberuflich beschäftigte Kinder 316,19 Euro bzw. 650,23 Euro bei Beitragsgrundlagenoption,
- für hauptberuflich beschäftigte Eltern 291,74 Euro bzw. 975,35 Euro bei Beitragsgrundlagenoption,

- für hauptberuflich beschäftigte Kinder und Schwiegerkinder als Ehepaar 158,10 Euro bzw. 325,12 Euro bei Beitragsgrundlagenoption.

Höchstbeitragsgrundlage

Ebenso ist die Höchstbeitragsgrundlage ein im Gesetz festgelegter Betrag, der jährlich aufgewertet wird. Im Jahr 2004 beträgt sie:

- für Betriebsführer und hauptberuflich beschäftigte Ehegatten 4.025,- Euro (entspricht einem Einheitswert von 74.700,- Euro),
- für hauptberuflich beschäftigte Kinder 1.341,67 Euro,
- für hauptberuflich beschäftigte Eltern 2.012,50 Euro.

Da es für Ehepaare im Gegensatz zur Mindestbeitragsgrundlage keine Teilung gibt, wird die Höchstbeitragsgrundlage bei gemeinsamer Betriebsführung oder hauptberuflicher Beschäftigung erst mit einem Einheitswert von 251.700,- Euro erreicht.

Wie erfolgt die Einhebung der Beiträge?

Die Beiträge sind grundsätzlich für die Dauer der Versicherung zu leisten. Für den Kalendermonat, in dem die Pflichtversicherung bis einschließlich 15. dieses Monats beginnt oder nach dem 15. dieses Monats endet, ist der volle Beitrag zu zahlen. Beginnt die Pflichtversicherung nach dem 15., beginnt die Beitragspflicht erst mit dem nächstfolgenden Monat. Endet die Pflichtversicherung spätestens am 15., so endet die Beitragspflicht bereits mit dem vorangegangenen Monat.

Die Beiträge werden von der SVB vierteljährlich im Nachhinein vorgeschrieben. Sie sind mit Ablauf des Monats, das dem Ende des Vorschreibezitraumes folgt, fällig. Beitragsschuldner ist für alle im Betrieb tätigen Versicherten der Betriebsführer bzw. mehrere Betriebsführer zur ungeteilten Hand. Die Beiträge zur Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung bilden dabei eine einheitliche Schuld.

Für bäuerliche Nebentätigkeiten werden die Beiträge einmal jährlich, spätestens mit der dritten Quartalsvorschreibung des dem jeweiligen Beitragsjahr folgenden Jahres, vorgeschrieben.

Werden die Beiträge zur Pflichtversicherung nicht innerhalb von zwei Wochen nach Fälligkeit eingezahlt, mahnt die SVB den rückständigen Betrag ein, wobei der Beitragsschuldner aufgefordert wird, den Beitragsrückstand binnen zwei Wochen ab Zustellung zu bezahlen.

Reagiert der Beitragsschuldner nicht auf dieses Schreiben, schreibt die SVB gleichzeitig mit einer zweiten Zahlungsaufforderung einen Beitragszuschlag

in Höhe von fünf Prozent des eingemahnten Beitrages vor (Postauftrag). Der Beitragszuschlag kann aber auch bis zum Ausmaß des eingemahnten Beitrages erhöht werden.

Der dritte und ultimative Schritt ist das gerichtliche Exekutionsverfahren. Dazu fertigt die SVB einen so genannten Rückstandsausweis betreffend die aushaftenden Beiträge, vorgeschriebenen Beitragszuschläge und Nebengebühren aus, der einen rechtsgültigen und vollstreckbaren Exekutionstitel darstellt.

Bei Zahlungsschwierigkeiten können zudem Ratenzahlungen oder Stundungen mit der SVB vereinbart werden.

Gibt es freiwillige Versicherungen?

In der bäuerlichen Pensionsversicherung gibt es folgende Möglichkeiten, sich auf Antrag freiwillig versichern zu lassen.

Weiterversicherung

Die Weiterversicherung schließt an den Bestand einer Pflichtversicherung an. Dadurch können Versicherungslücken geschlossen und die Wartezeit erfüllt werden. Zudem kommt es durch mehr Versicherungsmonate im Regelfall zu einer höheren Pension.

Zur Weiterversicherung berechtigt sind grundsätzlich Personen, die aus der Pflichtversicherung nach dem BSVG ausgeschieden sind. Weitere Voraussetzung für diese Personen ist das Vorliegen von mindestens zwölf Versicherungsmonaten innerhalb der letzten 24 Monate vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung nach dem BSVG oder von jährlich drei Versicherungsmonaten in den letzten fünf Jahren. Eine Weiterversicherung kann jedenfalls begründet werden, wenn 60 Versicherungsmonate vorliegen.

Zur Weiterversicherung berechtigt sind aber auch Personen, die einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer eigenen Pensionsversicherung nach dem BSVG hatten.

Wichtig ist, dass eine Weiterversicherung aber nur für Personen zulässig ist, die zuletzt nach dem BSVG pensionsversichert waren.

Diese Art von Weiterversicherung ist bis zum Ende des sechsten auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung folgenden Monats geltend zu machen und beginnt grundsätzlich mit dem Monatsersten, den der Versicherte wählt, spätestens mit dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

In weiterer Folge kann der Versicherte jedenfalls wählen, welche Monate er durch die Beitragsentrichtung als Monate der Weiterversicherung erwerben will.

Neben dem Wegfall der Voraussetzungen endet die Weiterversicherung durch den Austritt des Versicherten zu einem Monatsletzten oder wenn die Beiträge für mehr als sechs aufeinander folgende Monate nicht entrichtet wurden.

Beitragsgrundlage für Weiterversicherte in der Pensionsversicherung ist die Gesamtbeitragsgrundlage des dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung vorangegangenen letzten Kalenderjahres. Diese Beitragsgrundlage wird jährlich mit einem bestimmten Faktor aufgewertet.

Der Beitragssatz beträgt 22,8 Prozent, eine Herabsetzung ist jedoch möglich.

Begünstigte Weiterversicherung:

Weiterversicherte Personen, die aus der Pflichtversicherung ausgeschieden sind, um einen nahen Angehörigen mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3 zu pflegen, haben nur einen Beitragssatz in Höhe von 10,25 Prozent zu leisten. Den restlichen Beitragsteil von 12,55 Prozent trägt der Bund.

Selbstversicherung für die Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes:

Diese ist für Bauern und Bäuerinnen möglich, die ein behindertes Kind im gemeinsamen Haushalt pflegen und deren Arbeitskraft davon gänzlich beansprucht wird, längstens jedoch bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres dieses Kindes.

Diese Versicherung wird allerdings nicht von der SVB, sondern von der Pensionsversicherungsanstalt durchgeführt.

Die Beiträge dafür werden zur Gänze aus öffentlichen Mitteln getragen.

Höherversicherung

Eine Höherversicherung hat den Zweck, eine höhere Pension zu erreichen. Berechtigt zum Abschluss einer Höherversicherung sind daher auch nur Personen, die in der Pensionsversicherung nach dem BSVG pflicht- oder weiterversichert sind.

Die Höhe der Beiträge kann der Versicherte selbst wählen, allerdings nur bis zu einem bestimmten Höchstbetrag, der sich jährlich ändert.

Der jährliche Beitrag zur Höherversicherung darf sechs Siebentel der jeweiligen doppelten monatlichen Höchstbeitragsgrundlage nicht übersteigen.

Welche zusätzlichen Mittel gibt es?

Bundesmittel

Im Bereich der Pensionsversicherung verdoppelt der Bund die Beiträge der Versicherten und übernimmt eine Ausfallshaftung. Das bedeutet, der Bund

trägt die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben der bäuerlichen Pensionsversicherung.

Weiterhin trägt der Bund die Aufwendungen für Ausgleichszulagen und Pflegegelder.

Leistungsrecht

Wozu Pensionsversicherung?

Durch die vorgesehenen Geldleistungen soll eine finanzielle Absicherung im Alter, bei Erwerbsunfähigkeit und im Todesfall für die Hinterbliebenen gewährleistet werden. Leistungen der Pensionsversicherung sind für Menschen jeden Alters vorgesehen und daher grundsätzlich ab Eintritt in das Erwerbsleben möglich.

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Pensionsversicherung umfasst jedoch nicht nur Pensionen, sondern auch Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und der Rehabilitation.

Welche Begriffe muss man kennen?

Stichtag

Das ist der Tag, zu dem festgestellt wird, ob überhaupt, von welchem Versicherungsträger und in welcher Höhe eine Pension gebührt. Der Stichtag ist abhängig von der Antragstellung. Fällt diese auf einen Monatsersten, ist dieser Tag der Stichtag, sonst der nächste Monatserste. Bei Hinterbliebenenpensionen hat die Antragstellung keinen Einfluss auf den Stichtag: Hier ist Stichtag der Todestag des Versicherten, wenn er auf einen Monatsersten fällt, sonst der nächstfolgende Monatserste.

Stichtag ist daher grundsätzlich immer ein Monatserster.

Wartezeit

Darunter versteht man die erforderliche Mindestanzahl von Versicherungsmonaten in einem bestimmten Rahmenzeitraum vor dem Stichtag, um eine Pension überhaupt beanspruchen zu können. Für die unterschiedlichen Pensionsarten müssen unterschiedliche Wartezeiten erfüllt sein, wobei auch innerhalb einer Leistungsart mehrere Möglichkeiten bestehen können. Für die Alterspension werden z.B. 180 Versicherungsmonate während der letzten 360 Kalendermonate gefordert. Ein Sonderfall ist die „ewige Anwartschaft“.

Beitragsgrundlage

Auf Basis der Beitragsgrundlage werden sowohl die zu zahlenden Beiträge als auch die Bemessungsgrundlage für die Pension berechnet. Sie ist – wie oben bereits dargestellt - im Regelfall ein bestimmter Prozentsatz des Einheitswertes des land(forst)wirtschaftlichen Betriebes. Es besteht aber auch die Möglichkeit, die Beitragsgrundlage auf Grund der im Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen land(forst)wirtschaftlichen Einkünfte festlegen zu lassen. Für beide Formen der Beitragsgrundlagenermittlung sind auch die Einnahmen aus bäuerlichen Nebentätigkeiten mit zu berücksichtigen.

Bemessungsgrundlage

Sie ist ein wesentlicher Faktor für die Höhe der Pension. Multipliziert mit dem Steigerungsbetrag ergibt sie die Bruttopension zum Regelpensionsalter. Grundsätzlich versteht man unter Bemessungsgrundlage das durchschnittliche beitragspflichtige Erwerbseinkommen in einem bestimmten Durchrechnungszeitraum, oder anders gesagt den Durchschnitt der Beitragsgrundlagen aus einer bestimmten Anzahl von Beitragsmonaten.

Anderes gilt jedoch bei der Bemessungsgrundlage für Kindererziehungszeiten: Sie wird auf Basis des Einzelrichtsatzes für die Ausgleichszulage gebildet.

Beitragsmonate

Ein Pensionsanspruch kann an sich nur durch das Vorliegen von Beitragsmonaten begründet werden. Man versteht darunter in erster Linie Monate, in denen man auf Grund einer Erwerbstätigkeit in der Pensionsversicherung pflichtversichert war. Es handelt sich hier also um Zeiten, in denen Pensionsbeiträge entrichtet wurden.

Aber auch Kindererziehungszeiten gelten teilweise als pensionsbegründende Beitragszeiten, sofern in dieser Zeit Kinderbetreuungsgeld bezogen wurde. Ab 2004 werden die ersten 24 statt bisher 18 Monate nach der Geburt eines Kindes als Beitragsmonate für einen Elternteil gewertet, wenn Kinderbetreuungsgeld bezogen wurde. Zu beachten ist, dass Kindererziehungszeiten grundsätzlich im Ausmaß von 48 Kalendermonaten nach der Geburt als Ersatzmonate gebühren.

Ebenso gelten Zeiten einer Selbst- oder Weiterversicherung als Beitragszeiten, so etwa bei Pflege eines behinderten Kindes.

Ersatzmonate

Dabei handelt es sich wie bei Beitragsmonaten um Monate, die sich auf die Feststellung eines Pensionsanspruches positiv auswirken. Zwar sind für sie keine Beiträge zu zahlen, aber sie zählen für die Berechnung der Pensionshöhe. Als Ersatzzeiten gelten z. B. der Bezug von Kranken- oder Wochengeld (im

Bereich der unselbstständigen Tätigkeit), Kindererziehungszeiten, Präsenz- oder Zivildienst.

Versicherungsmonate

Darunter versteht man all jene Monate, die sich auf die Feststellung eines Pensionsanspruches positiv auswirken. Sie sind die Gesamtheit der Beitragsmonate und Ersatzmonate.

Steigerungsbetrag

Der Steigerungsbetrag ist ein wesentlicher Faktor für die Höhe der Pension. Man versteht darunter einen Prozentsatz der Bemessungsgrundlage, dessen Höhe von der Anzahl der Versicherungsmonate abhängt. Je mehr Monate vorliegen, desto höher ist der Steigerungsbetrag. Aus diesem Prozentsatz ergibt sich die Pension. Ab 2004 wird der Steigerungsbetrag von zwei Prozent schrittweise bis zum Jahr 2009 auf 1,78 Prozentpunkte pro Versicherungsjahr vermindert. 80 Prozent der Bemessungsgrundlage sind dann nach 45 Jahren erreicht.

Jedoch wird parallel zur Absenkung des Steigerungsbetrages die Regelung, dass ein maximaler Prozentsatz von 80 erworben werden kann, aufgehoben. Kann ein Versicherter bis zu seinem Pensionsantritt mehr als 45 Jahre aufweisen, erwirbt er auch für das 46., 47. etc. Jahr 1,78 Prozent. Daher kann man im Dauerrecht mit mehr als 45 Versicherungsjahren auch auf über 80 Prozent kommen.

Im Übergangsrecht hingegen bleibt der Deckel vorerst erhalten: Leistungen, die mit einem höheren Prozentsatz als 1,78 ermittelt werden, dürfen nicht mehr als 80 Prozent der höchsten Bemessungsgrundlage ausmachen.

Welche Pensionsarten gibt es?

Eine erste grobe Unterscheidung der einzelnen Pensionsarten in drei Gruppen kann bereits nach der Klassifikation des Versicherungsfalles getroffen werden:

- Versicherungsfall des Alters: Alterspension
Vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer
- Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit: Erwerbsunfähigkeitspension
- Versicherungsfall des Todes: Hinterbliebenenpensionen

Alterspension

- *Versicherungsfall*

Der Versicherungsfall ist für Frauen mit der Vollendung des 60. Lebensjahres, für Männer mit der Vollendung des 65. Lebensjahres eingetreten.

Die Anhebung des Anfallsalters für Frauen ist stufenweise ab dem Jahr 2024 vorgesehen.

- *Wartezeit*

Neben dem Erreichen des entsprechenden Alters muss für den Anspruch auf eine Alterspension lediglich die Wartezeit erfüllt sein. Sie beträgt 180 Versicherungsmonate innerhalb der letzten 360 Kalendermonate vor dem Stichtag. Es müssen daher grundsätzlich in den letzten 30 Jahren vor dem Pensionsstichtag 180 Versicherungsmonate erworben worden sein, um im Alter von 60/65 Jahren in Pension gehen können.

Hier gibt es aber auch eine andere Möglichkeit, die Wartezeit zu erfüllen – die so genannte „ewige Anwartschaft“. Diese ist für die Alterspension dann erreicht, wenn irgendwann vor dem Stichtag 180 Beitragsmonate oder 300 Versicherungsmonate vorliegen, wobei Ersatzmonate erst ab dem Jahr 1956 berücksichtigt werden.

Vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer

Diese Pensionsart ist eine Möglichkeit, vor dem Regelpensionsalter von 60/65 Jahren in Pension zu gehen. Hier müssen jedoch zusätzlich so genannte „besondere Anspruchsvoraussetzungen“ erfüllt sein.

Voraussetzungen

- *Anfallsalter*

Das Anfallsalter für vorzeitige Alterspensionen beträgt seit Oktober 2002 für Frauen 56,5 Jahre und für Männer 61,5 Jahre. Zu beachten ist, dass dieses Anfallsalter nur mehr dann gilt, wenn der Stichtag noch vor dem 1.7.2004 liegt. Für Pensionswerber mit späterem Stichtag hat sich die Rechtslage durch die Abschaffung dieser Pensionsart im Zuge der Pensionsreform 2003 mit Übergangsbestimmungen geändert. Die genauen Regelungen finden Sie weiter unten.

- *Lange Versicherungsdauer*

Wie der Name dieser Leistung bereits verrät, muss zusätzlich eine lange Versicherungsdauer als besondere Anspruchsvoraussetzung vorliegen. Am Stichtag müssen bereits 450 Versicherungsmonate (das sind 37,5 Jahre) vorliegen, um in den Genuss dieser Leistung zu kommen. Die Voraussetzung der langen Versicherungsdauer ist aber auch erfüllt, wenn

420 Beitragsmonate, also 35 Beitragsjahre der Pflichtversicherung (nicht freiwillige Versicherung!) erworben wurden.

- *Wartezeit*

Eine weitere Voraussetzung für die Erlangung einer vorzeitigen Alterspension bei langer Versicherungsdauer ist neben dem entsprechenden Alter und dem Vorliegen besonders vieler Versicherungsmonate auch die Erfüllung einer Wartezeit.

Diese beträgt einheitlich 240 Versicherungsmonate in den letzten 360 Kalendermonaten vor dem Stichtag.

Im Sinne der „ewigen Anwartschaft“ ist die Wartezeit aber auch dann erfüllt, wenn irgendwann im Laufe eines Erwerbslebens 240 Beitragsmonate der Pflichtversicherung (!) erworben wurden, ohne dass es auf eine Rahmenzeit ankommt.

Abschaffung der vorzeitigen Alterspension bei langer Versicherungsdauer

Im Rahmen der Pensionsreform 2003 wurde beschlossen, die vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer abzuschaffen, so dass das generelle Pensionsantrittsalter für Frauen 60 Jahre und für Männer 65 Jahre beträgt. Dafür wird das derzeitige Antrittsalter für „Frührenten“ (56,5/61,5 Jahre) beginnend mit 1.7.2004 schrittweise um vier Monate pro Jahr auf das Regelpensionsalter angehoben. Bis zum Jahr 2017 sind daher „Frührenten“ möglich.

Fortführungspension

Unter bestimmten Voraussetzungen können sich Versicherungszeiten eines verstorbenen Ehegatten auf eigene Pensionen von Witwen oder Witwern auswirken. Dies ist bei der so genannten Fortbetriebspension der Fall.

Führt die Witwe den Betrieb ihres in der bäuerlichen Pensionsversicherung versicherten Ehegatten nach dessen Tod mindestens drei Jahre fort, werden die vom verstorbenen Ehegatten in der Pensionsversicherung während des Bestandes der Ehe erworbenen Versicherungszeiten nach dem BSVG den eigenen Versicherungszeiten der Witwe hinzugerechnet.

Das Erfordernis der dreijährigen Betriebs-Fortführung entfällt aber, wenn der Betrieb im Zeitpunkt des Todes auf gemeinsame Rechnung und Gefahr geführt wurde oder die Hinterbliebene hauptberuflich in dem Betrieb beschäftigt war. Hier werden Zeiten, in denen die Witwe nicht selbst pensionsversichert war, auch bei einer kürzeren Fortführung berücksichtigt. Soweit die Hinterbliebene während der Ehe eigene Versicherungszeiten (außer Zeiten der Kindererziehung) erworben hat, kommt es zu keiner Hinzurechnung.

Diese Bestimmungen gelten gleichermaßen für einen Witwer.

Jedenfalls ausgeschlossen ist eine Hinzurechnung aber, wenn eine Witwen(Witwer)pension nach dem verstorbenen Ehegatten in Anspruch genommen wird.

Erwerbsunfähigkeitspension

Ist ein Bauer krankheitsbedingt erwerbsunfähig, kann er bereits vor dem Regelpensionsalter von 65 Jahren (bei Bäuerinnen 60 Jahre) in Pension gehen.

Voraussetzungen

Dieser Versicherungsfall tritt mit dem Beginn der Erwerbsunfähigkeit ein. Kann dieser Zeitpunkt nicht festgestellt werden, dann gilt der Tag der Antragstellung.

- *Erwerbsunfähigkeit*

Wesentliche Voraussetzung für diese Pensionsart ist, dass man erwerbsunfähig ist. Erwerbsunfähigkeit liegt bei einem Bauern vor, wenn seine Gesundheit so beeinträchtigt ist, dass er überhaupt keinem regelmäßigen Erwerb mehr nachgehen kann. Dabei kommt es nicht nur auf die Fähigkeit zu einer land(forst)wirtschaftlichen Tätigkeit an, sondern es wird auch geprüft, ob irgendeine andere Tätigkeit noch ausgeübt werden könnte (Verweisbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt). Es gibt hier also grundsätzlich keinen so genannten „Berufsschutz“.

- *„Berufsschutz“ ab 57*

Als erwerbsunfähig gilt ein Landwirt aber auch dann, wenn er das 57. Lebensjahr vollendet hat und durch Krankheit oder Gebrechen die selbstständige land(forst)wirtschaftliche Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. Diese muss mindestens 120 Kalendermonate innerhalb der letzten 180 Kalendermonate vor dem Stichtag ausgeübt worden sein, damit hier ein „Berufsschutz“ eingetreten ist. Ein über 57-jähriger Bauer darf unter diesen Bedingungen nicht mehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden. Das Alter 57 gilt übrigens gleichermaßen für Frauen und Männer.

- *Wartezeit*

Die Wartezeit bei der Erwerbsunfähigkeitspension ist davon abhängig, wie alt der Pensionswerber am Stichtag ist.

- jünger als 50 Jahre*

Hat der Pensionswerber am Stichtag das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet, beträgt die Wartezeit 60 Versicherungsmonate innerhalb der letzten 120 Kalendermonate.

Ist der Versicherungsfall jedoch noch vor Vollendung des 27. Lebensjahres eingetreten, müssen lediglich sechs Versicherungsmonate vorliegen

50 Jahre und älter

Bei einem Stichtag nach dem 50. Geburtstag verlängert sich die Wartezeit für jeden weiteren Lebensmonat um einen Monat. Das Höchstausmaß beträgt jedoch 180 Versicherungsmonate.

Aber auch die Rahmenzeit, in der die erforderlichen Versicherungsmonate liegen müssen, verlängert sich entsprechend. Sie ist immer genau doppelt so lang wie das verlangte Ausmaß der Wartezeit. Beträgt die erforderliche Wartezeit auf Grund des Alters etwa 72 Versicherungsmonate (der Pensionswerber wäre in diesem Fall also 51 Jahre alt), müssen diese innerhalb der letzten 144 Kalendermonate liegen.

altersunabhängig

Unabhängig vom Alter gibt es auch bei dieser Pensionsart eine weitere Möglichkeit, die Wartezeit zu erfüllen – die „ewige Anwartschaft“. Diese ist dann erreicht, wenn irgendwann vor dem Stichtag entweder 180 Beitragsmonate oder 300 Versicherungsmonate erworben wurden. Bei den Ersatzmonaten ist wieder zu beachten, dass sie erst ab dem Jahr 1956 berücksichtigt werden.

Witwen(Witwer)pension

Diese gebührt nach dem Tod eines Versicherten dessen Ehepartner.

Voraussetzungen

Grundvoraussetzung ist die Erfüllung einer Wartezeit gleich der Erwerbsunfähigkeitspension. Die Wartezeit ist aber jedenfalls erfüllt, wenn der Verstorbene zum Zeitpunkt seines Todes bereits eine Bauernpension bezogen hat oder irgendwann im Laufe eines Erwerbslebens 240 Beitragsmonate der Pflichtversicherung (!) erworben wurden.

Auch in Fällen, in denen die Ehe nicht mehr aufrecht ist (nach Scheidung, Aufhebung oder Nichtigerklärung der Ehe), kann es zu einem Anspruch auf Witwen(Witwer)pension kommen, allerdings nur wenn und solange keine neue Ehe aufrecht ist. Zusätzliche Voraussetzung ist allerdings, dass der verstorbene Ehegatte im Zeitpunkt seines Todes unterhaltspflichtig war oder tatsächlich Unterhalt bezahlt hat.

- *Unterhaltspflicht*

Die Unterhaltspflicht muss sich auf ein gerichtliches Urteil, einen gerichtlichen Vergleich oder eine vor Auflösung der Ehe eingegangene vertragliche Verpflichtung gründen.

- *Unterhaltszahlung*

Wenn zwar keine Verpflichtung zur Unterhaltszahlung bestanden hat, ein solcher aber dennoch bezahlt wurde, müssen zusätzliche Voraussetzungen erfüllt sein, um eine Witwen(Witwer)pension beanspruchen zu können: Die Ehe muss zumindest zehn Jahre gedauert haben und der Unterhalt muss mindestens während des letzten Jahres vor dem Tod geleistet worden sein.

Befristung

In bestimmten Fällen gebührt keine unbegrenzte, sondern lediglich eine auf 30 Kalendermonate befristete Witwen(Witwer)pension, auch wenn sämtliche Voraussetzungen erfüllt sind:

- wenn die/der Hinterbliebene im Zeitpunkt des Todes des Versicherten das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, außer die Ehe hat bereits zehn Jahre gedauert;
- wenn die Ehe zu einem Zeitpunkt geschlossen wurde, als die/der Versicherte bereits Pensionist oder über 60/65 Jahre alt war. Hier kann es jedoch je nach Altersunterschied der Ehegatten und Dauer der Ehe dennoch zu einem unbefristeten Anspruch kommen.

Keinesfalls zu einer Befristung kann es aber kommen, wenn in der Ehe ein Kind geboren wurde oder im Haushalt der Hinterbliebenen ein Kind des verstorbenen Ehegatten lebt, das Anspruch auf Waisenpension hat.

Überdies entfällt eine Befristung, wenn die Hinterbliebene nach Ablauf der ursprünglichen Befristung invalid ist, für die Dauer der Invalidität. Die Weiterzahlung der Pension muss in diesem Fall innerhalb von drei Monaten nach deren Wegfall beantragt werden.

Waisenpension

Anspruch auf Waisenpension haben nach dem Tod des Versicherten dessen Kinder, wenn die Wartezeit analog zur Erwerbsunfähigkeitspension erfüllt ist, grundsätzlich bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Darüber hinaus wird die Waisenpension aus folgenden Gründen auf besonderen Antrag weiter gewährt:

- Nach Vollendung des 18. Lebensjahres liegt die Kindeseigenschaft vor, wenn sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung befindet, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.
- Ist das Kind seit der Vollendung des 18. Lebensjahres erwerbsunfähig, für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit.

Abfindung

Die Abfindung ist eine einmalige Geldleistung und gebührt nach dem Tod eines Versicherten, wenn kein Anspruch auf eine Hinterbliebenenpension besteht. Dies kann der Fall sein, wenn entweder die erforderliche Wartezeit nicht erfüllt ist (es muss aber zumindest ein Beitragsmonat vorliegen) oder weder eine Witwe/ein Witwer noch anspruchsberechtigte Kinder existieren.

Ist lediglich die Wartezeit nicht erfüllt, gebührt die Abfindung der Witwe/dem Witwer und zu gleichen Teilen den Kindern bis zum Sechsfachen der Bemessungsgrundlage.

Gibt es keine anspruchsberechtigten Angehörigen, gebührt die Abfindung der Reihe nach den Kindern, Eltern und Geschwistern des Verstorbenen, wenn sie mit diesem im gemeinsamen Haushalt gelebt haben und unversorgt sind, in Höhe des Dreifachen der Bemessungsgrundlage.

Wie berechnet sich die Höhe einer Pension?

Die Höhe der Pension hängt von

- der Anzahl der erworbenen Versicherungsmonate
- dem sich daraus ergebenden Steigerungsbetrag und
- der so genannten Bemessungsgrundlage ab.

Die Bemessungsgrundlage ist das durchschnittliche beitragspflichtige Erwerbseinkommen in einem bestimmten Durchrechnungszeitraum, oder anders gesagt, der Durchschnitt der Beitragsgrundlagen aus einer bestimmten Anzahl von Versicherungsmonaten. Multipliziert mit dem Steigerungsbetrag ergibt sie die Bruttopension zum Regelpensionsalter.

Alterspension***Bemessungszeitraum***

Die Bemessungsgrundlage, und damit die Höhe der Pension, richtet sich nach den Beitragsgrundlagen in einem bestimmten Zeitraum - für Landwirte ab 1.1.1972.

Beitragsgrundlagen nach dem ASVG sind bereits ab dem 1.1.1956 heranzuziehen, so dass allfällige höhere Einkünfte aus einer unselbstständigen Tätigkeit, auch wenn diese schon lange zurückliegt, Berücksichtigung finden.

Durch die Pensionsreform 2003 wird der zu berücksichtigende Zeitraum schrittweise von den „besten“ 15 Jahren auf 40 Jahre verlängert. 2004 kommen die „besten“ 16 Jahre, 2005 die „besten“ 17 Jahre etc. zur Anwendung, so dass 2028 das Höchstmaß von 40 Jahren erreicht sein wird. Die Neuregelung

gilt, wenn die Anspruchsvoraussetzungen für eine Alterspension erst nach dem 31.12.2003 erfüllt sind. Liegen weniger als 180 Beitragsmonate vor, wird die Bemessungsgrundlage aus den Beitragsgrundlagen der vorhandenen Monate gebildet.

Allerdings verkürzt sich dieser Bemessungszeitraum dann wiederum um Zeiten der Kindererziehung (höchstens drei Jahre pro Kind) oder Familienhospizkarenz, so lange mindestens 180 Beitragsmonate vorliegen.

Steigerungsbetrag

Für Stichtage ab 2004 wird der Steigerungsbetrag schrittweise von zwei auf 1,78 Prozentpunkte pro Versicherungsjahr gesenkt: Der Steigerungsbetrag von 1,78 Prozent gilt ab dem Jahr 2009. Dann wird die Höchstpension nach 45 Jahren Erwerbstätigkeit erreicht.

Arbeiten Sie aber länger als 45 Jahre, erwerben Sie dann auch für das 46., 47. etc. Jahr diesen Steigerungsbetrag. Dies bedeutet eine Verbesserung zur Rechtslage vor 2004, da die bisherige Deckelung mit 80 Prozent maximalem Steigerungsbetrag nicht mehr gilt.

Bonifikation

Ist die Wartezeit erfüllt, nimmt ein Versicherter die Alterspension aber mit Erreichung des Regelpensionsalters nicht in Anspruch, gebührt pro Jahr ein Zuschlag von 4,2 Prozent der Pension.

Vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer

Durch die Pensionsreform 2003 gelten ab 2004 auch für vorzeitige Alterspensionen grundsätzlich die neuen Bestimmungen. Der Durchrechnungszeitraum beträgt daher für das Jahr 2004 die „besten“ 16 Jahre, für 2005 die „besten“ 17 Jahre etc., bis im Jahr 2028 das Höchstausmaß von 40 Jahren erreicht sein wird. Beabsichtigt ein Versicherter, eine vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer in Anspruch zu nehmen, was im Rahmen der Übergangsbestimmungen ja möglich ist, dann gilt der neue Bemessungszeitraum, wenn alle Anspruchsvoraussetzungen erst nach dem 31.12.2003 erfüllt sind. Sind die Voraussetzungen bereits vor dem 31.12.2003 erfüllt, wird eine „Frühpension“ aber nicht beansprucht, so kommt, egal wann der tatsächliche Pensionsantritt erfolgt, die Rechtslage, wie sie im Jahr 2003 besteht, zur Anwendung, wenn diese für den Versicherten günstiger ist.

Steigerungsbetrag

Für Stichtage ab 2004 wird auch hier der Steigerungsbetrag schrittweise von zwei auf 1,78 Prozentpunkte pro Versicherungsjahr gesenkt: Der Steigerungsbetrag von 1,78 Prozent gilt ab dem Jahr 2009.

Damit eine Pension aber nicht früher als geplant in Anspruch genommen wird, um mögliche Nachteile durch einen späteren Antritt hintan zu halten, gilt derjenige Steigerungsbetrag, der zum Zeitpunkt der Erfüllung aller Pensionsvoraussetzungen gilt. Wäre z.B. schon im Jahr 2004 eine vorzeitige Alterspension möglich, gebühren auch dann 1,96 Steigerungspunkte, wenn erst im Jahr 2006 oder vielleicht erst mit dem Erreichen des Regelpensionsalters tatsächlich eine Pension beansprucht wird.

Abschläge

Wird im Rahmen der Übergangsbestimmungen eine vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer in Anspruch genommen, müssen Abschläge in Kauf genommen werden.

Der Abschlag beträgt 4,2 Prozent der Leistung für jedes Jahr des vorzeitigen Pensionsantritts, maximal aber 15 Prozent der Leistung.

Erwerbsunfähigkeitspension

Bemessungszeitraum

Bei dieser Pensionsart werden grundsätzlich dieselben Jahre wie bei der Alterspension herangezogen. Liegen weniger als 180 Beitragsmonate vor, wird die Bemessungsgrundlage aus den Beitragsgrundlagen der vorhandenen Monate gebildet.

Durch die Pensionsreform 2003 wird nun auch bei Erwerbsunfähigkeitspensionen der Durchrechnungszeitraum verlängert, und zwar für Leistungen mit Stichtagen ab 1.1.2004.

Steigerungsbetrag

Der neue Steigerungsbetrag von 1,78 Prozent pro Versicherungsjahr gilt auch hier ab dem Jahr 2009. Welcher Steigerungsbetrag konkret zur Anwendung kommt, ist abhängig vom Stichtag.

Leider kommt es vor, dass jemand schon früh erwerbsunfähig wird und daher gar nicht die Möglichkeit hatte, lang zu arbeiten. In einem solchen Fall wurde oft kein ausreichender Steigerungsbetrag erworben, so dass die Pension sehr gering wäre.

Doch hier gewährt das Gesetz Schutz: Nach der Rechtslage vor 2004 wurde Personen, die vor dem 56,5. Lebensjahr eine Erwerbsunfähigkeitspension in Anspruch nehmen, zur Sicherung einer hinreichenden Leistung die Differenz zwischen dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme und dem erwähnten Lebensalter steigerungspunktemäßig zugerechnet. Das bedeutet, dass der Steigerungsbetrag für einen Versicherten, der im Alter von z.B. 51 Jahren eine Erwerbsunfähigkeitspension in Anspruch nimmt, so hoch war, als wäre

er bereits 56,5 Jahre alt, er bekam daher Steigerungspunkte für 5 ½ Jahre zugerechnet.

Dieser Schutz für eine ausreichende Lebensführung soll auch bei dem nun gesenkten Steigerungsbetrag gesichert sein. Daher wurde das maßgebliche Alter für die Bemessung des Differenzzeitraumes, ebenfalls in fünf Stufen bis zum Jahr 2009, auf das 60. Lebensjahr erhöht.

Witwen(Witwer)pension

Die Höhe der Hinterbliebenenpensionen (Witwen(Witwer)pension und Waisenpension) richtet sich nach dem Ausmaß der Pension, auf die der Versicherte bei seinem Tod Anspruch gehabt hat oder hätte.

- *aufrechte Ehe*

War die Ehe im Zeitpunkt des Todes des Versicherten aufrecht, beträgt die Witwen(Witwer)pension derzeit zwischen 0 und 60 Prozent der Pension des/der Verstorbenen. Der konkrete Prozentsatz ergibt sich grundsätzlich aus dem Verhältnis zwischen der Berechnungsgrundlage des hinterbliebenen und derjenigen des verstorbenen Ehegatten.

Unter der Berechnungsgrundlage versteht man das Erwerbseinkommen der letzten zwei Kalenderjahre vor dem Todesjahr.

- *nicht aufrechte Ehe*

Die Bestimmungen zur Ermittlung dieser Witwen(Witwer)pension sind grundsätzlich dieselben wie bei aufrechter Ehe. Jedoch ist die Höhe mit dem konkreten Unterhaltsanspruch oder dem durchschnittlich geleisteten monatlichen Unterhalt begrenzt.

Waisenpension

Die Höhe der Waisenpension richtet sich nach der mit 60 Prozent bemessenen Witwen(Witwer)pension, auf die nach dem verstorbenen Elternteil Anspruch besteht oder bestünde.

Einem einfach verwaisten Kind gebühren 40 Prozent davon, einem doppelt verwaisten Kind 60 Prozent.

Jährliche Anpassung der Pensionen

Die jährliche Anpassung der Pensionen gewährleistet deren Kaufkraft. Denn damit der Wert der laufenden Leistungen aus der Pensionsversicherung seinen aktuellen Charakter beibehalten kann, müssen die Beträge regelmäßig dem veränderten Wert des Geldes angepasst werden. Dies geschieht durch die so genannte Nettoanpassung.

Ab 1. Januar eines jeden Jahres sind die Pensionen, deren Stichtag vor dem 1. Januar des Vorjahres liegt, mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen. Damit

kommt es regelmäßig zu einer Pensionserhöhung. Der Anpassungsfaktor wird durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz festgelegt.

Was gebührt zusätzlich zur Pension?

Kinderzuschuss

Ein solcher gebührt zur (vorzeitigen) Alters- und Erwerbsunfähigkeitspension für jedes Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Danach nur mehr in besonderen Fällen und auf besonderen Antrag. Absolviert das Kind eine Schul- oder Berufsausbildung, gebührt der Zuschuss längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, ist es erwerbsunfähig ohne zeitliche Begrenzung.

Die Höhe des Kinderzuschusses beträgt pro Kind EUR 29,07 monatlich und gebührt für jedes Kind nur einem Elternteil.

Ausgleichszulage

Liegt die Höhe des gesamten Einkommens eines Pensionisten (Pension plus sonstige Einkünfte) unter dem so genannten Ausgleichszulagen-Richtsatz, gebührt die Differenz zwischen Einkommen und Richtsatz als Ausgleichszulage. Im bäuerlichen Bereich wird auch das pauschalierte Ausgedinge als Einkommen angerechnet.

Man unterscheidet den Familienrichtsatz, das ist der heranzuziehende Richtsatz für Ehepaare, die im gemeinsamen Haushalt leben, und den Einzelrichtsatz, also den relevanten Richtsatz für Alleinstehende (ledig, getrennt lebend, verwitwet, geschieden). Ist der Familienrichtsatz heranzuziehen, wird auch das Einkommen des Ehepartners im selben Haushalt angerechnet.

Für Bezieher einer Waisenpension gibt es je nach Alter und dem Umstand, ob es sich um Voll- oder Halbwaisen handelt, mehrere verschiedene Richtsätze. Die Richtsätze wiederum verändern sich jährlich, im Jahr 2004 beträgt der Einzelrichtsatz EUR 653,19 und der Familienrichtsatz EUR 1015,-.

Pflegegeld

Um ein weitgehend selbstbestimmtes, unabhängiges Leben führen zu können, erhalten Pensionisten, die ständig der Pflege bedürfen, ein Pflegegeld. Es gebührt, je nach Grad der Beeinträchtigung, in sieben Stufen.

Übersicht über die einzelnen Pflegestufen

Stufe	Zeitaufwand für den ständigen Pflegebedarf	Pflegegeld monatlich (Werte 2004 in EUR)
1	durchschnittlich mehr als 50 Stunden monatlich	145,40
2	durchschnittlich mehr als 75 Stunden monatlich	268,00
Die Stufen 3 und 4 werden normalerweise dann in Frage kommen, wenn die zu pflegende Person blind oder meist bettlägrig ist oder dauernd einen Rollstuhl benötigt		
3	durchschnittlich mehr als 120 Stunden monatlich	413,50
4	durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich	620,30
Die Pflegegeldstufen 5 bis 7 sind für Schwer- bis Schwerstbehinderte vorgesehen. Eine häusliche Pflege wird meist nicht mehr möglich sein.		
5	durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich und zusätzlich außergewöhnlicher Pflegeaufwand	842,40
6	durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich und zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen oder dauernde Beaufsichtigung	1.148,70
7	durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich und keine zielgerichtete Bewegungen	1.531,50

Zusätzliches Erwerbseinkommen

Ein Erwerbseinkommen unter der Geringfügigkeitsgrenze führt zu keiner Verminderung der Pension.

Ein Erwerbseinkommen über dieser Grenze führt dazu, dass eine Erwerbsunfähigkeitspension gegebenenfalls als Teilpension ausbezahlt ist und eine vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer wegfällt. Dies gilt auch, wenn durch eine Erwerbstätigkeit eine Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung begründet wird.

Welche Besonderheiten brachte die Pensionsreform 2003?

- **Langarbeitsregelungen**

Frauen und Männer einiger Geburtsjahrgänge sind unter bestimmten Voraussetzungen von der Anhebung des Anfallsalters für eine vorzeitige Alterspension nicht betroffen.

Frauen müssen mindestens 480 Beitragsmonate, Männer mindestens 540 Beitragsmonate erworben haben, um diese vorzeitige Alterspension früher in Anspruch nehmen zu können. Hier gibt es jedoch nach Jahrgängen unterschiedliche Fallgruppen, die im Hinblick auf Pensionsanfall und Leistungshöhe noch begünstigt bleiben.

- **Schwerarbeitsregelungen**

Frauen und Männer, die von 480 bzw. 540 Beitragsmonaten mindestens die Hälfte unter besonders belastenden Bedingungen und unter Notwendigkeit der persönlichen Arbeitsleistung für die Aufrechterhaltung ihres Betriebes erworben haben, können bis zum Jahr 2019 ab einem Alter von 55/60 Jahren in Frühpension gehen. Diese Regelung gilt daher für Stichtage bis 1.12.2023.

Welche Tätigkeiten erfasst sind, ist vom Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz bis 31.12.2006 mittels Verordnung festzulegen.

- **Verlustbegrenzung**

- Deckelung der Pensionsverluste mit zehn Prozent

Alle Verluste bezüglich der Pensionshöhe, die durch die Maßnahmen der Pensionsreform 2003 erlitten werden, werden mit zehn Prozent begrenzt.

Liegt ein Stichtag nach dem 1.1.2004, stellt die SVB eine Vergleichsrechnung an, wenn eine Pensionsleistung beantragt wird. Ist die Pension, die nach der neuen Rechtslage ermittelt wird (Neupension), um mehr als zehn Prozent niedriger als nach der „alten“ Rechtslage (Vergleichspension), dann gebührt eine Leistung in Höhe von 90 Prozent der Vergleichspension.

- Härteausgleichsfonds

Der Härteausgleichsfonds wurde im Zuge der Pensionsreform 2003 eingerichtet und ist ein Instrument zur Abfederung von Verlusten insbesondere für die Bezieher kleiner Einkommen. Mit 1.1.2004 traten die Richtlinien in Kraft, auf Grund derer Zuwendungen aus dem Fonds gewährt werden. Sie kommen für Pensionisten mit Stichtag ab 1.1.2004 bis einschließlich 1.12.2006 zur Anwendung.

Beachtung finden Personen, die trotz einer relativ hohen Anzahl an erworbenen Versicherungszeiten infolge niedrigen Erwerbseinkommens eine vergleichsweise geringe Pensionshöhe aufweisen. Beträgt die Bruttopensionshöhe bis zu 1.015,- Euro und darüber hinaus der Verlust durch die Pensionsreform 2003 mehr als zwei Prozent verglichen mit der fiktiven Bruttopension - errechnet nach der am 31.12.2003 geltenden Rechtslage – gilt dies als Härtefall im Sinne der Richtlinie. Dabei kann ein Antrag auf eine Zuwendung gestellt werden, wenn entweder 300 Beitragsmonate oder 450 Versicherungsmonate der Pensionsversicherung vorliegen.

Die Höhe der Zuwendung beträgt 400,- Euro bei einem Verlust von mehr als zwei Prozent, 800,- Euro bei einem Verlust von mehr als fünf

Prozent und 1.500,- Euro bei einem Verlust von mehr als acht Prozent. Zudem ist diese einmalige Geldleistung steuerfrei.

Bei jenen Personen, die nicht unter die oben genannte Langzeitarbeitsregelung fallen, ist das Gesamteinkommen der Familie zu berücksichtigen. Dieses darf ebenfalls 1.015,- Euro nicht überschreiten. Lebt ein Ehegatte im gemeinsamen Haushalt, wird dieser Betrag um 50 Prozent, für jedes im gemeinsamen Haushalt lebende Kind bis zu einem Alter von 18 Jahren um 30 Prozent erhöht.

Ansuchen um Zuwendungen sind innerhalb von drei Jahren ab Pensionsantritt beim Bundessozialamt einzubringen. Hinsichtlich der Gewährung besteht jedoch kein Rechtsanspruch.

Für das Jahr 2004 ist der Fonds mit 10 Mio. Euro, 2005 mit 16 Mio. Euro und 2006 mit 18 Mio. Euro dotiert.

- **Absenkung des pauschalierten Ausgedingtes**

Bei Bauern-Pensionisten werden für die Berechnung einer allfälligen Ausgleichszulage auch Geld- und Sachbezüge aus Ausgedingeleistungen angerechnet, unabhängig davon, ob solche Leistungen für den Altbauern auch tatsächlich erbracht werden. Der Grund liegt darin, dass in nahezu allen Übergabsverträgen Ausgedingeleistungen vereinbart und auch erbracht werden. Die Anrechnung erfolgt über einen pauschalen Betrag, der sich am Einheitswert des Betriebes orientiert. Nach oben hin ist dieser Betrag begrenzt: Bis zum Ende des Jahres 2003 betrug er maximal 27 Prozent des jeweiligen Ausgleichszulagenrichtsatzes (Familien- oder Einzelrichtsatz), ab dem Jahr 2004 wird er stufenweise weiter verringert, bis er im Jahr 2009 nur mehr 20 Prozent des jeweiligen Richtsatzes beträgt. Damit wurde im Rahmen des Budgetbegleitgesetzes 2003 eine langjährige Forderung der Bauernschaft erfüllt.

Welche Rolle spielen Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation?

Hier geht es in erster Linie darum, durch medizinische, berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen, Kuraufenthalte oder Heilverfahren den vorzeitigen Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit zu verhindern bzw. einen bereits eingetretenen derartigen Zustand wieder zu beheben. Behinderte Versicherte oder Erwerbsunfähigkeitspensionisten sollen sowohl im Beruf als auch in der Gemeinschaft einen angemessenen Platz einnehmen können.

Wichtigstes Ziel der SVB ist, dass der Bauer Bauer bleiben kann.

Für die medizinischen Maßnahmen verfügt die SVB über Einrichtungen in vielen österreichischen Kurorten. Kuraufenthalte werden entweder auf Antrag gewährt oder von der SVB selbst veranlasst. Hierbei sind jedoch Zuzahlungen des Versicherten vorgesehen, die je nach Einkommen im Jahr 2004 6,19 Euro, 10,94 Euro oder 15,75 Euro pro Verpflegstag betragen.

Verfahren in Sozialrechtssachen

Wer von der SVB einen Bescheid in Leistungssachen zugestellt bekommen hat, mit der Entscheidung aber nicht einverstanden ist, hat die Möglichkeit, diesen Bescheid mittels Klage zu bekämpfen.

Durch die sogenannte „sukzessive Kompetenz“ des Gerichts tritt mit rechtzeitiger Klageerhebung der erlassene Bescheid außer Kraft.

Diese Wirkung ergibt sich aus dem verfassungsrechtlichen Gebot der Trennung von Verwaltung und Gerichtsbarkeit in allen Instanzen.

Das Gericht entscheidet also nicht über den Bescheid, sondern in einem neuen Verfahren über den Anspruch des Klägers.

Die Klage kann bei dem örtlich und sachlich zuständigen Gericht oder direkt bei der SVB eingebracht werden.

Die Klagefrist beträgt bei Leistungen der Pensionsversicherung oder Pflegegeld drei Monate ab Zustellung des Bescheides.

Klage kann aus folgenden Gründen geführt werden:

- Vorliegen von Pensionsvoraussetzungen
- Höhe der Leistung
- Vorliegen der Pflegebedürftigkeit, Höhe der Stufe des Pflegegeldes
- Rückersatz von zu Unrecht empfangenen Versicherungsleistungen bzw. Pflegegeld
- Bestand von Versicherungszeiten der Pensionsversicherung

Welches Gericht ist zuständig?

Zur Entscheidung der Rechtssache sind österreichweit die Landesgerichte berufen. Insgesamt gibt es ein LG für Arbeits- und Sozialrechtssachen in Wien, Sankt Pölten, Krems, Korneuburg, Wiener Neustadt, Linz, Wels, Ried, Eisenstadt, Salzburg, Innsbruck, Bregenz, Klagenfurt, Graz und Leoben.

Jedoch werden auch regelmäßig Gerichtstage und im Rahmen dieser auch Verhandlungen am Sitz eines Bezirksgerichtes abgehalten. Dies dient dazu, Personen, bei denen das Erscheinen vor dem Landesgericht mit Schwierigkeiten verbunden wäre, einen erleichterten Zugang zum Gericht zu ermöglichen.

Entscheidend für die örtliche Zuständigkeit des Landesgerichtes ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Klägers.

Als zweite Instanz sind vier Oberlandesgerichte (Wien, Linz, Graz und Innsbruck) eingerichtet.

Den Obersten Gerichtshof (OGH) als dritte Instanz kann man nur unter erschwerten Bedingungen anrufen, und zwar wenn eine gesicherte Rechtsprechung des OGH zu diesem Thema noch nicht existiert oder die Berufungsentscheidung von der bisherigen Rechtsprechung des OGH abweicht.

Für die Besetzung der Sozialrechtsgerichtsbarkeit ist ein Drei-Personensenat vorgesehen, der aus einem Berufsrichter und zwei fachkundigen Laienrichtern besteht. Den Vorsitz führt der Berufsrichter. In Streitsachen nach dem BSVG haben alle fachkundigen Laienrichter dem Kreis der Arbeitgeber anzugehören.

Das Amt des Laienrichters ist ein Ehrenamt. Es besteht lediglich Anspruch auf Ersatz der Reisekosten sowie Entschädigung für Zeitversäumnis nach den Bestimmungen des Gebührenanspruchsgesetzes.

In Ausübung ihres Amtes sind die fachkundigen Laienrichter unabhängig, sie werden für die Dauer von fünf Jahren gewählt, eine Wiederwahl ist zulässig.

Für das Verfahren in Sozialrechtssachen gelten neben den allgemeinen Vorschriften des Zivilverfahrensgesetzes auch folgende besondere Verfahrensvorschriften:

Diese Vorschriften sind im Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz geregelt.

Wer darf vertreten?

Im erstinstanzlichen Verfahren herrscht keine Anwaltpflicht. Der Kläger kann sich durchaus selber vertreten. Daraus ergibt sich eine richterliche Anleitungs- und Belehrungspflicht zu Vorbringen und Beweisanbietungen, die der zweckentsprechenden Rechtsverfolgung dienen.

Lässt sich ein Kläger dennoch vertreten, hat er die Möglichkeit zwischen einem Anwalt und einem Vertreter einer gesetzlichen Interessenvertretung oder freiwilligen kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigung zu wählen.

In einem Verfahren vor dem Oberlandesgericht bedarf es allerdings einer qualifizierten Vertretung.

Den Kläger trifft nur ein minimales Kostenrisiko, da er die Kosten für seinen Vertreter nur bei völligem Unterliegen selber zu tragen hat. Billigkeitsgründe können überdies zur Kostenbefreiung führen, wenn tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten des Verfahrens vorliegen oder die Vermögens- und Einkommensverhältnisse dies bedingen.

Hat allerdings der Kläger dem Versicherungsträger durch Mutwillen, Verschleppung oder Irreführung Verfahrenskosten verursacht, hat er diese Kosten zu ersetzen.

Der Streitwert bei diesen Verfahren beträgt – unabhängig vom eingeklagten Betrag – generell 3.600,- Euro.

Die Anzahl der die SVB betreffenden Verfahren betrug im Jahr 2003 1.859 Fälle, wobei 80 Prozent auf den Bereich der Pensionsversicherung samt Pflegegeld entfielen.

Die durchschnittliche Verfahrensdauer beträgt ca. 7,6 Monate. Grund dafür ist die Tatsache, dass der Gesundheitszustand des Klägers nur durch Einholung von Sachverständigengutachten festgestellt werden kann.

Auch in Verfahren zur Erlangung (einer höheren Stufe) des Pflegegeldes sind natürlich ärztliche Sachverständige beizuziehen.

Die Kosten für medizinische Gutachten sind pro Verfahren mit durchschnittlich 600,- Euro anzusetzen, die zur Gänze vom Sozialversicherungsträger zu bezahlen sind. Dies erfolgt in Form eines jährlichen Pauschales gemessen an der Anzahl der angefallenen Verfahren.

Für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern fielen im Jahr 2003 Verfahrenskosten im Ausmaß von 959.000,- Euro (aus allen Versicherungszweigen) an.

Berufsschutz ab dem 57. Lebensjahr

Bei einer Erwerbsunfähigkeitspension von Versicherten, die das 57. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht kein Berufsschutz. Das heißt, im Verfahren wird geprüft, ob der Versicherte auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden kann. Hierbei werden strenge Anforderungen gestellt, so ist die Verweisbarkeit etwa gegeben, wenn der Versicherte ganztägig leichte Arbeiten im Sitzen verrichten und den geforderten Anmarschweg bewältigen kann. Dabei darf – sofern der psychische Zustand des Versicherten es zulässt - nicht nur Tagespendeln, sondern auch Wochenpendeln sowie Übersiedeln im gesamten Bundesgebiet zur Erlangung eines Arbeitsplatzes gefordert werden.

Hat der Versicherte das 57. Lebensjahr erreicht, besteht Berufsschutz. Das bedeutet, es wird geprüft, ob der konkrete landwirtschaftliche Betrieb trotz der gesundheitlichen Einschränkungen noch weiter geführt werden kann. Geprüft wird neben dem Gesundheitszustand auch der vorhandene Arbeitskräftebestand sowie mögliche Fremdarbeitskräfte. Ist unklar, ob der gesundheitsbedingte Entfall der Arbeitskraft aus den Erträgen des Betriebes finanzierbar ist, wird zur Überprüfung ein sogenanntes

„Landwirtschaftliches Gutachten“ eingeholt. Dabei werden die betrieblichen Erträge den Aufwendungen gegenübergestellt und frei verfügbare Einkünfte aufgezeigt.

Wie kann das Verfahren enden?

Urteil

Es geht entweder schriftlich oder wird mündlich verkündet.

Ist eine der Verfahrensparteien mit der Entscheidung des Gerichtes nicht einverstanden, hat sie die Möglichkeit einer Berufung an das zuständige Oberlandesgericht (Wien, Linz, Graz Innsbruck). Nach Erhalt der schriftlichen Urteilsausfertigung hat man vier Wochen Zeit eine Berufung einzubringen. Wurde allerdings das Urteil mündlich verkündet, hat man zwei Wochen ab Zustellung des Verhandlungsprotokolls Zeit eine Berufung anzumelden. Dann erhält man ein schriftliches Urteil, wogegen man binnen vier Wochen Berufung einbringen kann.

Vergleich

In einem Drittel der Fälle wird das Verfahren durch Vergleich beendet.

Klagszurückziehung

Ist das Verfahren für den Kläger voraussichtlich nicht erfolgreich, kann er die Klage auch zurückziehen. Daraus ergibt sich ein Vorteil gegenüber einem Urteil, da der Kläger bei Auftreten einer Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes leichter einen neuen Antrag stellen kann.

Hat man ein negatives rechtskräftiges Urteil, ergibt sich nämlich eine „Sperrfrist“ von einem Jahr, weil für eine neue Antragstellung innerhalb dieser Sperrfrist ein ärztliches Attest zur Glaubhaftmachung einer wesentlichen Verschlimmerung vorliegen muss.

Wird ein solches Attest nicht beigebracht, ist der Antrag ohne Prüfung des Anspruchs zurückzuweisen.

Aber auch gegen eine Zurückweisung steht eine Klage offen.

Nachbemerkung:

Das gesamte österreichische Pensionsrecht – und damit auch jenes der Bauern – ist seit Jahren in Bewegung.

Der Beitrag stellt die Rechtslage des Jahres 2004 dar. Diese soll grundsätzlich für alle Personen, die vor dem 1. Jänner 1955 geboren sind, auch weiterhin gelten.

Für die Jüngeren sieht ein derzeit vorliegender Entwurf des Sozialministeriums verschiedene Änderungen vor, etwa die Einführung eines Pensionskontos, die Umwandlung der Ersatzzeiten in Beitragszeiten und eine Durchrechnung des gesamten Versicherungsverlaufes.

Für das Jahr 2005 ist zudem eine Neufassung des Begriffs „Erwerbsunfähigkeit“ geplant.

Verfasser:

Dr. Harald Jilke

Dr. Christina Perktold

Mag. Irene Seyringer-Rasch

Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Ghegastr. 1

A- 1031 Wien

Dr. Erich Koch

Zur (Un-)verzichtbarkeit der Beratungsbesuche gem. § 37 Abs. 3 bis 6 SGB XI

Übersicht:

1. Hinführung
2. Zweck der Regelung
3. Leistungsinhalt und -umfang
4. Verfahren
 - 4.1 Bildung von Viertel- und Halbjahreszeiträumen
 - 4.2 Anrechenbarkeit verspäteter Nachweise
 - 4.3 Wechsel der Pflegestufe
 - 4.4 Durchführungsberechtigte Stellen
 - 4.5 Ort der Durchführung
 - 4.6 Weitergabe der Erkenntnisse
 - 4.6.1 Allgemeines
 - 4.6.2 Folgen einer Weigerung
 - 4.6.3 Mögliche Schritte der Pflegekasse
 - 4.7 Folgen des Nichtabrufens der Beratung
 - 4.7.1 Kürzung des Pflegegeldes
 - 4.7.2 Entzug des Pflegegeldes
 - 4.7.3 Keine Nachzahlung
 - 4.8 Abgrenzung zur Beratungspflicht der Pflegekassen
 - 4.9 Qualitätssicherung
5. Verzichtbarkeit aus anderen Gründen
6. Kosten der Einsätze
7. Fazit

1. Hinführung

Der Gesetzgeber will seit Einführung des SGB XI die selbstorganisierte häusliche Pflege durch einen obligatorischen professionellen Pflegeeinsatz unterstützen. Nachdem er die diesbezügliche Bestimmung bereits durch das 1. SGB XI-ÄndG¹ und letztmalig durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz² neu gefasst und erweitert hat³, finden sich seitdem verhältnismäßig

1 Vom 14.06.1996, BGBl. I, S. 830.

2 Vom 14.12.2001, BGBl. I, S. 3728.

3 A.a.O., Abs. 4 - 6.

ausführliche Regelungen. Dennoch werfen die nunmehr als Beratungseinsätze ausgestalteten obligatorischen Besuche in der Verwaltungspraxis der Pflegekassen diverse Probleme auf.

Nach § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI sind Pflegegeldbezieher verpflichtet, je nach Grad der Pflegebedürftigkeit einmal halbjährlich (Pflegestufen I und II) bzw. einmal vierteljährlich (Pflegestufe III) einen Beratungseinsatz in Anspruch zu nehmen. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a SGB XI festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der genannten Zeiträume zweimal abzurufen (§ 37 Abs. 3 Satz 5 SGB XI).⁴ Sie haben damit einen obligatorischen und einen fakultativen Beratungseinsatz.

§ 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI gestaltet den Einsatz als – sanktionierbewehrte – Pflicht des Pflegebedürftigen aus, nicht (primär) als Leistungsangebot der Pflegekasse. Dies erscheint angesichts des ausdrücklich betonten Beratungs⁵ – und Unterstützungscharakters verwunderlich und verdeutlicht das Gewicht des (unterschwellig eingebauten) Kontrollaspekts.⁶ Eine Pflicht zur Inanspruchnahme von Leistungen ist dem Sozialversicherungsrecht ansonsten fremd. Die Regelung erinnert denn auch deutlich an die in den §§ 60 ff. SGB I statuierten Mitwirkungspflichten. Der eingeschränkte Leistungscharakter zeigt sich auch darin, dass hier der in der Kranken- und Pflegeversicherung herrschende Antragsgrundsatz materiell aufgegeben wird (formell bleibt er bestehen, da es der Pflegebedürftige ist, der den Einsatz „abruff“). Es handelt sich insofern um eine Leistung, bei der ein Verzicht gem. § 46 SGB I in jedem Fall ausgeschlossen ist.

Wer Destinatär der Regelungen ist, erscheint nicht ganz eindeutig. Nach dem Wortlaut der Norm ist es der Pflegebedürftige. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass auch und insbesondere die Pflegeperson Zielobjekt des gesetzgeberischen Willens ist, denn sie ist es, die im Rahmen der Leistungsgewährung nach § 37 SGB XI die Pflegequalität gewährleisten soll. Man kann folglich von einem multiplen, mehrschichtigen Charakter der Regelung sprechen.

4 Diese zusätzliche Möglichkeit ist nach der Gesetzesbegründung nur für Pflegebedürftige vorgesehen, die keine Sachleistungen in Anspruch nehmen; BT-Drucks. 14/6949 S. 13.

5 Vgl. BT-Drucks. 14/6949 S. 13.

6 Vgl. KassKomm.-Leitherer, § 37 SGB XI RdNr. 34 und Udsching SGB XI § 37 RdNr. 10.

2. Zweck der Regelung

Die gesetzgeberische Intention der professionellen Pflegeeinsätze wird in § 37 Abs. 3 Satz 2 SGB XI genannt. Die Beratung soll der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden dienen. Defizite in der häuslichen Pflege sollen frühzeitig entdeckt und behoben werden.⁷ Die Probleme der täglichen Pflege sollen erörtert und den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen/Lebenspartnern bzw. Pflegepersonen konkrete Vorschläge unterbreitet werden. Damit erhalten insbesondere die Pflegenden praktische pflegefachliche Unterstützung als Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungssituation.⁸ Neben dem Pflegebedürftigen stehen also die pflegenden Angehörigen im Fokus. Deshalb ist ihre Anwesenheit bei Durchführung der Beratung grundsätzlich erforderlich.

Die Informationen aus den Beratungseinsätzen sollen auch dazu beitragen, dass alle anderen an der Pflege Beteiligten (insbesondere Pflegekasse, Krankenkasse, Sozialhilfeträger, aber auch Angehörige/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen) im Rahmen eines Case-Managements ihre Möglichkeiten zur Verbesserung der individuellen Pflegesituation umfassend ausschöpfen.⁹ Damit ist der Beratungseinsatz ein Teilaspekt des in § 3 SGB XI verankerten Vorrangs der häuslichen Pflege.

3. Leistungsinhalt und -umfang

Nach Auffassung der Spitzenverbände der Pflegekassen soll die Pflegesituation insbesondere aufgrund des Allgemein- und des Ernährungszustandes des Pflegebedürftigen bewertet werden.¹⁰ Darüber hinaus sollen auch das pflegerische Umfeld einbezogen werden. Außerdem ist seitens des Pflege-

7 Vgl. Gesetzesbegründung, BT-Drucks. 12/5262, S. 112 zu § 33 Abs. 3.

8 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.2.

9 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.2.

10 Näheres hierzu im Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.3.

dienstes das pflegerische Umfeld zu bewerten, beispielsweise ob Hinweise auf Verwahrlosung vorliegen.¹¹

Ausgehend von den diesbezüglichen Feststellungen sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation empfohlen werden. Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben dabei beispielhaft an folgende Situationen gedacht:

Die Pflegekraft kann durch Beratung und Hilfestellung (z. B. Anleitung zu pflegeeasierenden Techniken, aktivierende Pflege) oder durch Hinweise auf Pflegekurse, Tages- oder Nachtpflege, häusliche Pflege nach § 36 SGB XI, Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI oder Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI die Pflegesituation verbessern. Außerdem kommen in Betracht die Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Einsatz von Pflege-/Hilfsmitteln, die Anpassung des Wohnraumes, die Anregung der Einschaltung des behandelnden Arztes, kommunaler Einrichtungen oder der gesetzlichen Betreuung nach dem Betreuungsgesetz.

In Notsituationen sollten die Pflegedienste bzw. die durch die Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft auch ohne ausdrückliche Zustimmung des Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen/ihrer Lebenspartners bzw. Pflegeperson intervenieren. Dies kann der Fall sein, wenn eine eklatant gefährliche Pflegesituation, vitale Gefährdung des Pflegebedürftigen und/oder massive Gewaltanwendung zu verzeichnen ist. In diesen Fällen sind vor der Mitteilung und einer evtl. Intervention in jedem Einzelfall die Möglichkeiten der Beratung auszuschöpfen.¹²

Damit ist der Leistungsinhalt ein teils analysierend-bewertender, teils ein initiiender.

Die Frage nach der Frequenz der Beratungen war im Vorfeld des Pflege-Versicherungsgesetzes umstritten.¹³ Angesichts des sich insbesondere

11 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.2 (1).

12 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 43 (1).

13 In § 33 Abs. 3 des Gesetzentwurfs waren noch monatliche bzw. wöchentliche Pflegeeinsätze vorgesehen BR-Drucks. 505/93, S. 112 f. Mit der Begründung, Pflegebedürftige, die mehr als die in Abs. 3 aufgeführten Einsätze benötigten, sollten von der Kombinationsleistung Gebrauch machen, wurde dann eine Verlängerung der zeitlichen Abstände durchgesetzt; vgl. BT-Drucks. 12/5952 S. 39.

bei Pflegebedürftigen der Stufen II und III fast zwangsläufig ergebenden Unterstützungs- und Beratungsbedarfs können häufigere Pflegeeinsätze durchaus wünschenswert erscheinen. Auch unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung wird man angesichts der erheblichen psychischen und physischen Belastungen der mit der Pflege betrauten Personen die Intervalle von drei bzw. sechs Monaten für zu lang halten dürfen. Andererseits gilt, dass gerade durch einen regelmäßigen obligatorischen Einsatz in kurzen Zeitabständen das Wahlrecht des Pflegebedürftigen eingeschränkt werden könnte. Der Versicherte soll sich gerade für eine Pflege durch einen ihm familiär oder nachbarschaftlich oft über Jahrzehnte eng verbundenen Menschen entscheiden dürfen und damit gegen ein Eindringen fremder Personen in sein sensibles Lebensumfeld. Eine obligatorische häufige Präsenz einer fremden Fachkraft könnte als Akt des Misstrauens empfunden werden.¹⁴

4. Verfahren

4.1 Bildung von Viertel- und Halbjahreszeiträumen

Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung haben sich die Spitzenverbände der Pflegekassen darauf verständigt, für die Rahmensetzung jeweils das Kalenderhalbjahr bzw. -vierteljahr anzunehmen. Danach besteht die Nachweispflicht jeweils für die Zeit vom 01.01. bis 30.06. und vom 01.07. bis 31.12. (Pflegestufen I und II) bzw. vom 01.01. bis 31.03., vom 01.04. bis 30.06., vom 01.07. bis 30.09. und vom 01.10. bis 31.12. (Pflegestufe III). Hierauf wird sinnvoller Weise bereits im Bewilligungsbescheid aufmerksam zu machen sein. Bei den Drei- bzw. Sechs-Monats-Fristen handelt es sich um starre, sich unmittelbar aneinander anschließende Fristen. Auch ein verspätet geführter Nachweis löst keine neue Frist aus.¹⁵

Nach Auffassung der Spitzenverbände der Pflegekassen soll Ausgangspunkt für die Festlegung der Fristen das Datum des Bescheides sein.¹⁶ Trägt beispielsweise der Bewilligungsbescheid für die Geldleistung nach Pflegestufe II das Datum 11.03., verläuft die erste Frist vom 01.06. bis zum 31.12. Aus Gründen der Gleichbehandlung (Postlaufzeiten) sollte nach a. A. jedoch auf

14 Vgl. die Argumentation der Klägerin in BSG, Urteil vom 24.07.2003, Az. B 3 P 4/02 R.

15 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.5 (2).

16 Siehe die Beispiele im Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.5 (2) ff.

den Zugang des Bewilligungsbescheides abgestellt werden.¹⁷ Da die Bestimmung des tatsächlichen Zugangs mit Unwägbarkeiten belastet sein kann, ist m.E. der Auffassung der Spitzenverbände der Vorzug zu geben.

Die fixe Einteilung der Nachweiszeiträume kann zu „Stoßzeiten“ der Inanspruchnahme und damit zu Engpässen bei den Pflegediensten führen. Eine Alternative wäre, jeweils vom Tag der Bescheiderteilung ausgehend individuelle Zeitrahmen vorzugeben. Dies hätte aus Sicht der Pflegekassen jedoch den Nachteil, dass jeder „Fall“ individuell überwacht werden müsste.

4.2 Anrechenbarkeit verspäteter Nachweise

Eine vom Gesetzgeber offen gelassene und in der Praxis¹⁸ unterschiedlich beantwortete Frage ist, ob ein verspäteter Nachweis gleichzeitig auf den alten und den neuen Zeitraum angerechnet werden soll. Kann beispielsweise bei einem Leistungsbezieher der Stufe I, der nach Ablauf des Halbjahreszeitraums erst im Januar den Nachweis erbringt, dieser gleichzeitig für die Zeit bis zum Ablauf des Dezember gelten? Diese Frage bejahen hieße, säumige Pflegebedürftige gegenüber nichtsäumigen besser zu stellen; ihnen würde quasi unter Umgehung von § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI eine Beratung erlassen. Dies könnte bedeuten, dass statt vier nur noch zwei und statt zwei nur noch ein Einsatz erbracht werden müsste. Ein solches Ergebnis wäre angesichts der Bestimmungen des § 37 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 6 SGB XI nicht akzeptabel.

Andererseits wird man nach einem gewissen Zeitablauf ein Nachholen unschwer fordern können. Hat beispielsweise ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe I, der den Nachweis im ersten Halbjahr nicht erbracht hat, im Oktober einen Beratungseinsatz abgerufen, wird man diesen – auch Eingedenk der am 1. August eingetretenen Leistungskürzung – nicht dem ersten Halbjahreszeitraum zuordnen dürfen. Eine vertretbare Lösung erscheint, die Nachholung dann nicht mehr zu fordern, wenn der (unter näher erläuterte) „Kulanzzeitraum“ von einem Monat abgelaufen ist. Das bedeutet, immer wenn es aufgrund des verspäteten Abrufs des Einsatzes zu einer Kürzung des Pflegegeldes gekommen ist, sollte der Einsatz auf den aktuellen Zeitraum angerechnet werden.

Eine andere Frage ist, ob der Pflegebedürftige bzw. die Pflegeperson eine Nachholung der Beratung fordern kann. Angesichts der klaren gesetzlichen

17 St. Leitherer in: Schulin HS-PV § 16 RdNr. 97.

18 Teilweise wird im Einzelfall auf ein Verschulden des Pflegebedürftigen bzw. der Pflegepersonen abgestellt, teilweise „großzügig“ fehlende Nachweise „übersehen“.

Bestimmungen ist diese Frage zu verneinen, und zwar unabhängig von einem eventuellen Verschulden eines der Genannten.

4.3 Wechsel der Pflegestufe

Zwar ist mit dem Wechsel auf oder von Stufe III ein Wechsel der Beratungseinsatzfrequenz verbunden, diesbezüglich wird aber grundsätzlich nach dem bekannten Schema verfahren. Wurde z.B. ein Pflegebedürftiger ab dem 01.10.2003 von Stufe II in Stufe III übernommen und wurde ihm dies mit Bescheid vom 13.10.2003 mitgeteilt, läuft der erste Drei-Monats-Zeitraum vom 01.01. bis zum 31.03.2004.¹⁹

Anders verhält es sich jedoch, wenn nach einem Höherstufungsantrag ein neuer Bescheid zu erteilen ist und dieser in einem Zeitpunkt erlassen wird, der nicht in den letzten Nachweiszeitraum fällt. In diesem Fall schließen sich die Zeiträume nicht unmittelbar aneinander an. Verließ der letzte Nachweiszeitraum beispielsweise vom 01.01. bis zum 30.06. und ergeht der Bescheid über die Höherstufung in Stufe III am 15.07., so verläuft die erste Drei-Monats-Frist vom 01.10. bis zum 31.12.²⁰ § 37 Abs. 3 SGB XI schreibt zwar den viertel- bzw. halbjährlichen Einsatz zwingend und ausnahmslos vor. Tatsächlich werden durch die der Höherstufung vorausgehenden Begutachtung durch den MDK die Zwecke des Pflegepflichtesatzes (Kontrolle, Beratung, Unterstützung) jedoch auch erreicht. Das Verfahren der erneuten Begutachtung entspricht nämlich dem bei einem Neuantrag²¹. Im Ergebnis kann es also dazu kommen, dass ein „pflegeeinsatzfreier“ Zeitraum entsteht. Wird beispielsweise ein Versicherter von Stufe II in Stufe III übernommen, der seinen letzten Pflegepflichtesatz innerhalb des Halbjahreszeitraums vom 01.01. bis zum 30.06.2003 in Anspruch genommen hat, und erfolgt der Höherstufungsbescheid im Oktober, so läuft der erste Drei-Monats-Zeitraum vom 01.01. bis zum 31.03.2004. Allerdings sollte das eben Gesagte nicht auch in den Fällen gelten, in denen die Untersuchung durch den MDK noch im alten Zeitraum liegt und lediglich der Zugang des Bescheides außerhalb desselben.

Nicht im Sinne der Regelung des § 37 Abs. 3 SGB XI erscheint eine Praxis, nach der ein Nachweis z. B. am Ende des abgelaufenen Jahres erbracht wird,

19 Falls er den für das zweite Halbjahr erforderlichen Einsatz noch nicht abgerufen hat, kann dieser durch die Begutachtung durch den MDK als ersetzt gelten.

20 Sollte der letzte Beratungseinsatz noch nicht abgerufen worden sein, so ist er wegen der Begutachtung durch den MDK verzichtbar.

21 Ziffer 8. 2 Pflegebedürftigkeits-Richtlinien vom 07.11.1994, geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995 und vom 22.08.2001.

der nächste gleich zu Beginn des neuen Jahres.²² Hier wird nur formell dem Erfordernis des Nachweises entsprochen. Die Erfüllung der Beratungspflicht, ggf. unter Hinweis auf die Möglichkeit der Nachbegutachtung, mag zu befriedigenden Lösungen führen.

4.4 Durchführungsberechtigte Stellen

Mit der Durchführung des Beratungseinsatzes kann der Pflegebedürftige gem. § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI eine zugelassene Pflegeeinrichtung seiner Wahl beauftragen. Diese Einrichtungen sind zur Durchführung der Beratungseinsätze verpflichtet (§ 72 Abs. 4 Satz 2 SGB XI).

Es mag tatsächlich bedenklich erscheinen, dass hier anscheinend Kontrollfunktionen²³ an Leistungserbringer übertragen werden, die ein eigenes wirtschaftliches Interesse an der Feststellung von Missständen haben könnten.²⁴ Dem ist einerseits zu entgegenen, dass nach dem Gesetzeswortlaut Kontrolle nicht im Mittelpunkt von professionellen Pflegeeinsätzen stehen soll. Andererseits mag ein wirtschaftliches (Aquisitions-)Interesse an der Übernahme der Pflgetätigkeit im Ergebnis zu einer aufmerksamen Betrachtung der Pflegesituation führen; insofern würde eine effektive und konstruktive Kontrolle ausgeübt. Hinzu kommt, dass die Pflegekassen entsprechende Feststellungen von Pflegeeinrichtungen nicht ohne eigene Prüfung übernehmen und zur alleinigen Grundlage etwa der Entziehung des Pflegegeldes nach § 48 SGB X machen dürfen.²⁵

Kann der Pflegebedürftige vor Ort nicht auf einen zugelassenen Pflegedienst zurückgreifen, ist nach § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch nicht bei ihr angestellten Pflegefachkraft, der Beratungseinsatz abzurufen. Dies kann auch der Fall sein, wenn aufgrund des vorliegenden Krankheits- und Behinderungsbildes der Beratungsbesuch durch einen zugelassenen Pflegedienst aufgrund der erforderlichen Qualifikation der Pflegefachkraft²⁶ nicht möglich ist. Warum Angestellte der Pflegekassen nicht in Betracht kommen, ist zunächst nicht klar.²⁷ Nach den Gesetzes-

22 Vgl. KassKomm.-Leitherer, § 37 SGB XI RdNr. 37.

23 Den Kontrollaspekt betonen St. Leitherer in: Schulin HS-PV § 16 RdNr. 67 und 94 m. w. N. und H. Rehberg in Hauck/Noftz, SGB XI, § 37 RdNr. 14.

24 Dalichau/Grüner/Müller-Alten SGB XI § 37 Anm. III.

25 Dalichau/Grüner/Müller-Alten SGB XI § 37 Anm. III.

26 KassKomm.-Leitherer, § 37 SGB XI RdNr. 39 geht davon aus, dass nicht die Anforderungen des § 71 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI erfüllt sein müssen, sondern vielmehr auch „geeignete Pflegekräfte“ i.S.d. § 77 Abs. 1 SGB XI zu Beratungseinsätzen herangezogen werden können.

materialien geht es darum, „den Hausbesuchen nicht einen unerwünschten Kontrollcharakter zu geben.“²⁸

Nach § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB XI hat der beauftragte Pflegedienst dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Was hierunter konkret zu verstehen ist, bleibt offen. Im Hinblick auf den mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbundenen Pflegealltag sollte insbesondere bei demenziell erkrankten Pflegebedürftigen der Beratungseinsatz durch Pflegefachkräfte mit geronto-psychiatrischer Zusatzausbildung erfolgen.²⁹

Insgesamt ist nach dem Gesetzeswortlaut aber nicht klar, ob der Beratungseinsatz grundsätzlich durch eine Pflegekraft oder eine Pflegefachkraft durchzuführen ist. In § 37 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1 SGB XI spricht der Gesetzgeber von einer „Pflegefachkraft“, die bei Fehlen eines Pflegedienstes zum Einsatz kommt. In § 37 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB XI ist von „Pflegekräften“ die Rede. Die Unsicherheit wirkt sich vor allem bei den Verhandlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen betreffend die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 5 SGB XI aus. Angesichts der vom Gesetzgeber in § 37 Abs. 3 Satz 4 SGB XI festgelegten geringen Vergütung von maximal 16 bzw. 26 €³⁰ erscheint jedoch die Lesart der Pflegedienste, wonach eine Pflegekraft ausreichend sei, verständlich.

§ 37 Abs. 4 Satz 4 SGB XI mahnt an, dass der Beratungsbesuch möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.³¹ Dem Pflegebedürftigen sollte deshalb von der Pflegekasse empfohlen werden, jeweils denselben

27 So auch St. Leitherer in: Schulin HS-PV § 16 RdNr. 98.

28 BT-Drucks. 14/6949 S. 14.

29 BT-Drucks. 14/6949 S. 13; Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.4 (1).

30 Die Stufung erscheint im übrigen nicht recht nachvollziehbar.

31 BT-Drucks. 14/6949 S. 14.

Pflegedienst zu beauftragen, um die Kontinuität und Effektivität der Beratung zu gewährleisten.³² Dabei haben die Pflegekassen jedoch aus wettbewerbsrechtlichen Gründen darauf zu achten, dass sie nicht einen Pflegedienst gegenüber Wettbewerbern begünstigen.

4.5 Ort der Durchführung

§ 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI spricht davon, dass die Beratung „in der eigenen Häuslichkeit“ abzurufen ist. Dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in dem der Pflegebedürftige aufgenommen wurde.³³ Gemeint ist das Wohnumfeld.³⁴ Diese Festlegung erklärt sich aus dem oben näher beschriebenen Zweck der Beratungseinsätze.

Damit scheidet eine Durchführung nicht nur in einer stationären Einrichtung aus, sondern auch in einer der Tages- bzw. Nachtpflege und in einer i.S.v. § 43a SGB XI.

Pflegegeldbezieher, die sich in Staaten des EWR aufhalten, müssen ebenfalls einen Pflegeeinsatz abrufen. Der Einsatz hat durch einen Arzt oder eine Pflegefachkraft zu erfolgen. Bei einem vorübergehendem Auslandsaufenthalt sollte der Einsatz kurz zuvor bzw. unmittelbar danach erfolgen.³⁵ Hält sich ein Pflegegeldbezieher länger als sechs Wochen in einem Nicht-EWR-Staat auf, ruht der Leistungsanspruch gem. § 34 Abs. 1 Nr. 1 Satz 1 SGB XI. Einen Beratungseinsatz hat er im Ausland nicht abzurufen.

4.6 Weitergabe der Erkenntnisse

4.6.1 Allgemeines

Die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse mitzuteilen (§ 37

32 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.4 (1).

33 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.4 (2).

34 KassKomm.-Leitherer, § 37 SGB XI RdNr. 35a m.w.N.

35 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt vom 19.09.2000, Ziffer 4.3.

Abs. 4 Satz 1 SGB XI). Damit unterscheidet das Gesetz nunmehr zwischen der Bestätigung des Einsatzes und der Weitergabe der dabei gewonnenen Erkenntnisse.

Diese Bestimmung erscheint zweckmäßig und erforderlich. Zum einen dient sie dem Pflegebedürftigen direkt, zum anderen versetzt sie die Pflegekasse in die Lage, wirksamere Hilfe zu leisten. Nur wenn die Pflegekasse über etwaige Mängel bzw. Bedürfnisse informiert wird bzw. sich selbst informiert, kann sie ihren gesetzlichen Auftrag zur effektiven und wirtschaftlichen Leistungserbringung dauerhaft erfüllen. Zur Verfahrenserleichterung haben die Spitzenverbände der Pflegekassen gestützt auf § 37 Abs. 4 Satz 2 SGB XI den Pflegediensten, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht, ein einheitliches Meldeformular zur Verfügung gestellt.

4.6.2 Folgen einer Weigerung

§ 37 Abs. 6 SGB XI sanktioniert allein das Nichtabrufen der Beratung. Offen bleibt zunächst, was zu geschehen hat, wenn zwar der Einsatz abgerufen wird, aber die Einwilligung zur Weiterleitung der Erkenntnisse verweigert wird. Anders als nach dem früheren Abs. 3 Satz 7 ist eine Sanktion für die Verweigerung der Einwilligung des Pflegebedürftigen nicht vorgesehen. Dieser Verzicht betont die gesetzgeberische Absicht, den Beratungscharakter der Einsätze zu stärken.³⁶

Wenn der seine Entscheidungen voll überblickende Versicherte die Weitergabe an die Pflegekasse ausschließt, könnte jedoch im Einzelfall der Zweck der Regelung vereitelt werden. Hier mag die Beratung durch die Pflegekasse weiterhelfen. Nur in Fällen, in denen Grund zu der Annahme besteht, dass die Pflege nicht sichergestellt ist, kommen weitergehende Maßnahmen in Betracht. Dabei ist § 66 Abs. 3 SGB I zu beachten.³⁷ Das heißt, der Pflegebedürftige ist schriftlich und unter einer Fristsetzung auf die drohende Entziehung des Pflegegeldes hinzuweisen. Wenn trotz Verweigerung der Weitergabe von Erkenntnissen durch den Pflegebedürftigen sowohl Pflegebedürftigkeit nach einer bestimmten Pflegestufe als auch die Sicherstellung der Pflege bejaht werden können, sollten nach Sinn und Zweck der Vorschrift Konsequenzen nicht erfolgen.

4.6.3 Mögliche Schritte der Pflegekasse

36 H. Rehberg in Hauck/Noftz, SGB XI, § 37 RdNr. 14.

37 So auch H. Rehberg in Hauck/Noftz, SGB XI, § 37 RdNr. 16.

Das Gesetz sieht keine konkreten Maßnahmen der Pflegekasse infolge des Berichtes des Pflegedienstes vor. Nach Auffassung der Spitzenverbände der Pflegekassen kann die Einsatzdokumentation die Pflegekasse u.a. zu folgenden Maßnahmen veranlassen:

- Einschaltung des MDK bezüglich Prüfung einer höheren Pflegestufe oder wegen nicht sichergestellter Pflege,³⁸
- Empfehlung für die Pflegeperson zur Inanspruchnahme von Pflegekursen, um die seelische Belastung zu mindern bzw. eine weiter gehende Qualifikation zu erreichen,
- Umstellung auf die Kombinationsleistung um die Belastung der Pflegeperson zu mindern oder Überforderungstendenzen der Pflegeperson vorzubeugen,
- Einschaltung der Gesundheitsbehörden bei drohender Verwahrlosung oder bei Gewalt in der Pflege,
- Einschaltung des Amtsgerichtes zur Bestellung eines Betreuers,
- Einschaltung des behandelnden Arztes, um kurative Defizite auszuräumen³⁹.

Zentrales Instrument der Pflegekasse ist jedoch nicht der hoheitliche Eingriff, sondern die Beratung des Pflegebedürftigen und seiner ihn pflegenden Angehörigen.

4.7 Folgen des Nichtabrufens der Beratung

4.7.1 Kürzung des Pflegegeldes

Die Pflegekasse hat das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen, falls der Pflegebedürftige den Beratungseinsatz nicht abrufen (§ 37 Abs. 6 SGB XI). Anders als bei § 66 Abs. 2 SGB I führt die Verletzung dieser speziellen Mitwirkungspflicht nicht zu einer Ermessensentscheidung der Pflegekasse; der Sozialsicherungsträger ist zur Kürzung des Pflegegeldes verpflichtet.

38 Vgl. § 18 Abs. 2 Satz 5 und Abs. 6 Satz 2 SGB XI.

39 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.4 (3).

Als angemessene Kürzung ist nach Auffassung der Spitzenverbände eine Reduzierung des Pflegegeldes von 50 % anzusehen. Hierbei sei die Situation im Einzelfall zu berücksichtigen.⁴⁰ Das BSG akzeptiert diese Regelung.⁴¹

Erfolgt der Nachweis des Abrufs des Beratungseinsatzes nicht innerhalb der bestimmten Frist, wird nach Auffassung der Spitzenverbände der Pflegekassen die Kürzung ab dem Ersten des auf die Mitteilung der Pflegekasse folgenden Monats vorgenommen. Gleichzeitig wird der Pflegegeldbezieher auch über die drei- bzw. sechsmonatige Anschlussfrist informiert.⁴² Damit geben die Spitzenverbände eine im Gesetz nicht vorgesehene einmonatige „Schonfrist“. Hintergrund ist, dass die Pflegedienste den Nachweis häufig erst mit den Monatsabrechnungen bei der Pflegekasse einreichen. Der Kürzung vorge-schaltet sollten jedoch Maßnahmen der Aufklärung und Beratung erfolgen. Bei der Ankündigung der Kürzung des Pflegegeldes kann eine Anhörung i. S. d. § 24 SGB X erfolgen, die jedoch auch im Rahmen des Widerspruchsverfahrens gem. § 41 SGB X nachgeholt werden kann. Der Pflegebedürftige ist vor der Kürzung des Pflegegeldes schriftlich auf die konkreten Folgen hinzuweisen und es ist ihm zur Erfüllung seiner Verpflichtung eine angemessene Frist zu setzen.⁴³

Hat beispielsweise ein Versicherter den Nachweis nicht bis zum 31.12. erbracht, wird die Pflegekasse ihm im Laufe des Januar entsprechend informieren. Die Kürzung erfolgt, sofern der Nachweis nicht im Januar erbracht wird, ab dem 01.02.

Wird der Nachweis innerhalb des ersten⁴⁴ Monats nach Ablauf der ursprünglichen Frist erbracht, erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes.

40 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.5. Zu Alternativvorschlägen siehe H. Rehberg in Hauck/Noftz, SGB XI, § 37 RdNr. 16.

41 Vgl. Urteil vom 24.07.2003, Az. B 3 P 4/02 R.

42 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.5 (3).

43 Udsching SGB XI § 37 RdNr. 14; H. Rehberg in Hauck/Noftz, SGB XI, § 37 RdNr. 16.

44 Die Spitzenverbände halten es sogar für möglich, in begründeten Einzelfällen eine zweimonatige „Schonfrist“ zu gewähren; vgl. Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.5 (4).

Wird der Nachweis während der veranlassten Pflegegeldkürzung erbracht, wird die volle Pflegegeldzahlung ab dem Tag, an dem der Beratungseinsatz durchgeführt wurde, wieder aufgenommen.

Das sanktionsbewährte Unterlassen des Pflegebedürftigen besteht richtigerweise im schuldhaften Verzicht auf die Inanspruchnahme der Beratung.

Klärungsbedürftig ist zunächst, in welchen Fällen von einem (zurechenbaren) „Nichtabrufen“ auszugehen ist. Sofern der Pflegebedürftige selbst hierzu in der Lage ist, wird man sein Versäumnis grundsätzlich sanktionieren dürfen. Insbesondere bei Pflegestufen II und III wird der Versicherte selbst häufig nicht mehr in der Lage sein, den Beratungseinsatz zu organisieren. Deshalb erscheint es zweckmäßig und geboten, dass die Pflegekasse ggf. im Einzelfall selbst die Sicherstellung der Pflege überprüft.⁴⁵ Bei der Akzeptierung von Entschuldigungsgründen wird die Pflegekasse insbesondere Sinn und Zweck der Vorschrift beachten und die Möglichkeit des „Nachholens“ innerhalb der Monatsfrist präferieren.

Die Spitzenverbände machen keine Angaben über den Berechnungsmodus. Da § 37 Abs. 6 SGB XI nicht auf Abs. 2 Satz 1 verweist, ist m. E. der Monat mit den konkreten Tagen zu berücksichtigen. Ruft ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe I die für das erste Kalenderhalbjahr vorgesehene Beratung erst am 13.07. ab, erhält er im August anstelle der 205 € zunächst nur 102,50 €. Mit der September-Zahlung erhält er rückwirkend weitere 64,92 € (102,50 € x 19 : 30 Tage).

4.7.2 Entzug des Pflegegeldes

Sofern der Nachweis trotz erfolgter Pflegegeldkürzung auch im zweiten Drei- bzw. Sechs-Monats-Zeitraum nicht erbracht wird, handelt es sich um einen „Wiederholungsfall“. Dieser hat nach Auffassung der Spitzenverbände zur Folge, dass nach erneuter Mitteilung die Pflegegeldzahlung mit Ablauf des auf das Fristende folgenden Monats einzustellen ist.

Hat also ein Versicherter mit Pflegestufe I hat den Nachweis erstmals im ersten Halbjahr 2004 und auch in der Folgezeit nicht erbracht, wird das Pflegegeld ab dem 01.08.2004 um 102,50 € gekürzt. Anfang Januar 2005 wird der Versicherte erneut informiert. Mit Ablauf des Januar 2005 wird die Zahlung des (gekürzten) Pflegegeldes eingestellt.

45 Vgl. auch Udsching SGB XI § 37 RdNr. 11.

4.7.3 Keine Nachzahlung

Das BSG⁴⁶ hatte zu entscheiden, ob im Falle der Nachholung der Beratung § 67 SGB I anwendbar ist. Es hat dies verneint. Danach stellt § 37 Abs. 3 Satz 7 SGB XI insoweit eine abschließende Sonderregelung gegenüber § 67 SGB I dar. Im Unterschied zu § 18 SGB XI, der das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit regelt und in seinem Abs. 2 die Untersuchung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst vorschreibt, bei dessen Verweigerung ausdrücklich auf die §§ 65, 66 SGB I verwiesen wird (Abs. 2 Satz 3), fehlt es in § 37 Abs. 3 SGB XI an einer solchen Verweisung. Daraus kann nur der Schluss gezogen werden, dass der Gesetzgeber insoweit eine abschließende Regelung hat treffen wollen.

4.8 Abgrenzung zur Beratungspflicht der Pflegekassen

Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen nach § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen zu unterrichten und zu beraten. Unter Beratung in diesem Sinne ist eine die individuellen Verhältnisse betreffende Handlungsanleitung bzw. Empfehlung zu verstehen.⁴⁷ Ob damit jedoch eine Beratung pflegerischer Art gemeint ist, muss bezweifelt werden. Es darf vielmehr angenommen werden, dass Beratungsgegenstand rechtliche und organisatorische Fragen sind.

4.9 Qualitätssicherung

Während an die Qualität der professionellen Pflege hohe Ansprüche gestellt werden⁴⁸, finden sich bezüglich der selbstorganisierten Pflege kaum entsprechende gesetzliche Bestimmungen. Nach § 37 Abs. 5 SGB XI beschließen die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche.⁴⁹ Diese Empfehlungen liegen bislang erst in einer Entwurfsfassung vom 06.02.2003 vor.⁵⁰ Danach ist insbesondere festzustellen, ob die Pflegesituation als zufrieden stellend gewertet werden kann.

46 Urteil vom 24.07.2003, Az. B 3 P 4/02 R.

47 So Wilde in Hauck/Noftz, SGB XI, § 7 RdNr. 13.

48 Vgl. §§ 112 ff. SGB XI.

49 Siehe hierzu BT-Drucks. 14/6949 S. 13.

50 Siehe Anlage zum Rundschreiben P 011/2003 vom 28.05.2003.

5. Verzichtbarkeit aus anderen Gründen

Zu prüfen ist, ob seitens der Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen auf den Beratungseinsatz verzichtet werden kann, etwa dann, wenn eine individuelle Schulung im Rahmen eines Pflegekurses nach § 45 SGB XI erfolgt ist oder wenn die Pflegeperson selbst über eine pflegerische Qualifikation verfügt. Eine solche Verfahrensweise würde jedoch die Bestimmung des § 37 Abs. 3 SGB XI unterlaufen. Der Leistungszweck des § 45 SGB XI⁵¹ ist lediglich teilkongruent mit dem des § 37 Abs. 3 SGB XI. Beide Maßnahmen haben eine Verbesserung der häuslichen Pflegequalität zum Ziel. Der dem § 37 Abs. 3 SGB XI innewohnende Kontrollaspekt⁵² kann jedoch nur durch externe Personen realisiert werden. Zudem ist primärer Schuldner bzw. Gläubiger des Beratungsbesuchs der Pflegebedürftige, während bezüglich des Pflegekurses der Pflegeinteressierte bzw. die Pflegeperson Anspruchsberechtigter ist. Auch in den Fällen, in denen die Pflegeperson selbst über eine pflegerische Qualifikation verfügt, ist ein professioneller Beratungseinsatz nicht überflüssig.

Das BSG⁵³ hatte im Jahr 2003 zu entscheiden, ob im Falle einer an einem Down-Syndrom leidenden 46-jährigen ein Pflegeeinsatz verzichtbar war. Die Frau lebte bis Juni 2003 bei ihren Eltern, tagsüber war sie in einer nahe gelegenen Werkstatt der Lebenshilfe tätig. Sie bzw. ihre Eltern hatten argumentiert, sie bedürften keiner Ratschläge eines Pflegedienstes; die Mutter, die die Frau versorgte, verfüge über langjährige Erfahrung. Außerdem waren die Eltern der Auffassung, die Möglichkeit eines Beratungsgesprächs am Arbeitsplatz der Klägerin sei ausreichend. Ein „Kontrollbesuch“ in der Wohnung wurde abgelehnt. Das BSG entschied, der geforderte Nachweis eines Pflegeeinsatzes verstoße weder gegen Grundrechte der Klägerin noch gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Zwar sei der Klägerin zuzugestehen, dass auf Grund der Art ihrer Behinderung mit einer Änderung ihres Gesundheitszustands bzw. ihres Pflegebedarfs nicht zu rechnen sei. Dies allein könne aber eine Freistellung der Klägerin nicht begründen. Denn jedenfalls die häusliche Pflegesituation unterliege einem ständigem Wechsel, allein schon weil die betroffenen Pflegepersonen älter würden und auch deren Leistungsfähigkeit nicht unverändert bliebe. Hinzukomme, dass sich auf dem Gebiet der Medizin, der Pflegewissenschaft oder auf dem Hilfsmittelsektor ständig neue Erkenntnisse und Entwicklungen ergäben, die dazu beitragen können, die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern oder zu verbessern.

51 Vgl. Udsching SGB XI § 45 RdNr. 2 m.w.N.

52 Von „Kontrollcharakter“ spricht J. Spinnarke in: LPK-SGB XI § 37 RdNr. 12. Vgl. auch H. Rehberg in Hauck/Noftz, SGB XI, § 37 RdNr. 14.

53 Urteil vom 24.07.2003, Az. B 3 P 4/02 R.

6. Kosten der Einsätze

Bezüglich der Finanzierung der Pflegeeinsätze hat das 4. SGB XI-ÄndG wesentliche Änderungen gebracht. Die Kosten des Beratungseinsatzes hatte der Pflegebedürftige nach § 37 Abs. 3 Satz 2 SGB XI in der bis dahin geltenden Gesetzesfassung selbst aufzubringen. Sie wurden auf Nachweis von der Pflegekasse erstattet, allerdings unter Anrechnung auf das Pflegegeld. Die Sinnhaftigkeit dieser Regelung wurde in Frage gestellt,⁵⁴ sie war jedoch rechtlich nicht zu beanstanden. Nach einem Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen⁵⁵ war die Vorschrift des § 37 Abs. 3 SGB XI zwingend und nicht verfassungswidrig. Mit der Neuregelung durch das 4. SGB XI-ÄndG wird die Finanzierung der Pflege-Pflichteinsätze auf die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen übertragen. Damit soll eine höhere Akzeptanz der Einsätze erreicht werden.⁵⁶ Gleichzeitig wurden in Abs. 3 Satz 4 für die Vergütung Obergrenzen eingeführt, nämlich 16 € bei den Pflegestufen I und II und 26 € bei Pflegestufe III.⁵⁷

Mit dem Höchstbetrag sind alle Kosten (z. B. Fahrkosten-/Hausbesuchspauschalen) abgegolten, d. h. über die Höchstbeträge hinaus können keine zusätzlichen Kosten - weder gegenüber dem Pflegebedürftigen noch der Pflegekasse - berechnet werden.⁵⁸ Die Pflegeeinrichtung bzw. die beauftragte Pflegefachkraft rechnet die Kosten des Beratungseinsatzes direkt mit der Pflegekasse ab.

7. Fazit

Die Pflegeeinsätze können im Einzelfall in einem Spannungsfeld stehen zwischen berechtigten Interessen der Pflegekasse bzw. des Gesetzgebers (Prüfung der Anspruchsvoraussetzung „Sicherstellung der Pflege“, Mittelverwendung nach den gesetzlichen Vorgaben) einerseits und des Pflegebedürftigen bzw. seiner Angehörigen (Respektierung der Privatsphäre) andererseits.⁵⁹ Dieses Spannungsverhältnis kann in der Praxis durch ein einfühlsames, ver-

54 Z. B. von F. Maschmann NZS 1995, 109 (117).

55 Urteil vom 19.12.1996 - Az.: L 16 P 7/96.

56 BT-Drucks. 14/7154 S. 16 f.

57 Zur weiterhin bestehenden Dynamisierungsmöglichkeit siehe § 30 SGB XI.

58 Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 10.10.2002, zu § 37, Ziffer 4.4 (4).

59 Vgl. hierzu BSG, Urteil vom 24.07.2003, Az. B 3 P 4/02 R.

ständnisvolles, kompetentes Vorgehen der Pflegekassen und der Pflegekräfte aufgelöst werden. (Nur) dadurch können die Pflegeeinsätze zu einem wichtigen Instrument der Sicherung einer menschenwürdigen, qualitätsvollen Pflege gemacht werden. Sie helfen mit, den Vorrang der häuslichen Pflege zu verwirklichen. In diesem Sinne wäre es de lege ferenda bedenkenswert, über die obligatorischen Beratungseinsätze hinaus fakultative Beratungen durch Pflegedienste vorzusehen. Einen ersten Schritt in diese Richtung hat der Gesetzgeber bereits mit § 37 Abs. 3 Satz 5 SGB XI gemacht. Hiernach haben Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, das Recht, den Beratungseinsatz zweimal in Anspruch zu nehmen. Des weiteren sollte der finanzielle Rahmen für die Vergütung der Beratungseinsätze deutlich ausgeweitet werden, denn für eine Vergütung i.H.v. 16 bzw. 26 € kann von einem Pflegedienst keine umfassende individuelle Beratung erwartet werden.

Verfasser:

Dr. Erich Koch

Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung

- Fachbereich Landwirtschaftliche Sozialversicherung –

Weißensteinstr. 70-72

34131 Kassel

Bernd Wiethardt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – neue Einrichtungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung

Überblick

1. Vorbemerkung
2. Erfolgreicher Kampf der Selbstverwaltung um Wahrung der Eigenständigkeit
3. Die Träger des G-BA
4. Aufgaben des G-BA
5. Zusammensetzung des G-BA-Plenums (gem. § 91 Abs. 2 SGB V)
6. Aufgaben des G-BA-Plenums (gem. § 91 Abs. 2 SGB V)
7. Besetzung und Aufgaben des G-BA gem. § 91 Abs. 4 SGB V (ärztliche Angelegenheiten)
8. Besetzung und Aufgaben des G-BA gem. § 91 Abs. 5 Satz 1 SGB V (vertragsärztliche Versorgung)
9. Besetzung des G-BA gem. § 91 Abs. 5 Satz 2 SGB V (psychotherapeutische Versorgung)
10. Besetzung und Aufgaben des G-BA gem. § 91 Abs. 6 SGB V (vertragszahnärztliche Versorgung)
11. Besetzung und Aufgaben des G-BA gem. § 91 Abs. 7 SGB V (Krankenhausbehandlung)
12. Arbeitsweise des G-BA
13. Beteiligung der Patientenvertreter
14. Gründung der Stiftung
15. Organe der Stiftung
16. Aufbau des IQWiG
17. Aufgaben und Arbeitsweise des IQWiG
18. Finanzierung des G-BA und des IQWiG
19. Abschließende Bewertung

1. Vorbemerkung

Der Gesetzgeber hat mit der Neufassung des § 91 SGB V durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 als neues Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser einerseits sowie der Krankenkassen andererseits den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum 01.01.2004 errichtet. Dieser tritt die Rechtsnachfolge der Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, des Koordinierungsausschusses und des Ausschusses „Krankenhaus“ an. Der G-BA hat die Aufgaben, die diesen Ausschüssen oblagen, zu übernehmen und fortzuführen. Die bisherigen Aufgaben wurden insofern erweitert, als das Gremium nun auch die Anforderungen an die Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich zu beschließen hat. Gleichzeitig übernimmt der G-BA auch gewisse Abstimmungsfunktionen, die bisher der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen oblagen. Selbige wurde mit dem gleichen Gesetz mit Ablauf des 31.12.2003 ersatzlos aufgelöst, nachdem sie wegen der Unmöglichkeit, zu übereinstimmenden Empfehlungen zu kommen, seit Jahren nicht mehr einberufen worden war.

Die Kompetenzen des G-BA sind gegenüber den bisherigen Bundesausschüssen deutlich erweitert worden. So hat der Gesetzgeber den G-BA mit einer generellen Kompetenz zum Ausschluss oder zur Einschränkung von Leistungen ausgestattet. Er kann Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Damit erhält der G-BA für eine Reihe von Leistungen die subsidiäre Ausschlusskompetenz neben dem Gesetz- und Verordnungsgeber. Als äußeres Zeichen für die aufgeführte Kompetenzerweiterung ist auch die Tatsache anzusehen, dass der Gesetzgeber den G-BA mit eigener Rechtsfähigkeit ausgestattet hat. Neu ist auch die Mitwirkung von Patientenvertretern, die Mitberatungsrecht, jedoch kein Stimmrecht bei den Beschlussfassungen besitzen.

Eine weitere Neuerung bedeutet die Gründung eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das als fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut von den Trägern des G-BA als Stiftung des privaten Rechts errichtet worden ist. Auch bei der Finanzierung des G-BA und des IQWiG wurde ein neuer Weg beschritten. Die Finanzierung erfolgt nunmehr durch einen Zuschlag zu jedem abzurechnenden Krankenhausfall und aus Anteilen der Vergütungen für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung, die entsprechend zu erhöhen sind.

2. Erfolgreicher Kampf der Selbstverwaltung um Wahrung der Eigenständigkeit

Im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens gab es Bestrebungen, die Aufgaben der Selbstverwaltung zu beschneiden bzw. entscheidend einzuschränken. Insbesondere aus den Reihen der SPD wurde gefordert, die umfangreichen Aufgaben einem neutralen, staatlichen Institut zu übertragen. Grundlage dieser Überlegungen waren zwei Aspekte:

Erstens, die langen Zeiträume, die die Gemeinsame Selbstverwaltung zur Erledigung ihre Arbeit benötigte. Diese führten dazu, dass neue medizinische und pflegerische Erkenntnisse verspätet in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen wurden. Zum Zweiten war es die immer häufiger festzustellende Nicht-Einigungsfähigkeit der Verhandlungspartner.

Gestützt wurde diese Auffassung von einem Gutachten „GKV-Reform 2003 – Reformen für die Zukunft“ der Autorengruppe Glaeske, Hermann, Lauterbach, Schwoerer und Wasem für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Danach sollte ein staatliches Institut entscheidende Gestaltungsaufgaben, wie die Weiterentwicklung des Leistungskataloges und die Entwicklung von Qualitätsstandards, übernehmen. Begründet wurde diese Auffassung damit, dass ein staatliches Institut frei von jeglichem Interessenkonflikt und losgelöst vom Wettbewerb, diese Aufgaben besser erfüllen könne. Dieser Auffassung schloss sich auch die Bundesgesundheitsministerin an. Alarmiert von diesen Absichten, die eine Aushöhlung der Selbstverwaltung bedeutet hätten, trat die Gemeinsame Selbstverwaltung auf den Plan und schlug vor, es bei der jetzigen gesetzlichen Regelung zu lassen, jedoch die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu erneuern mit dem Ziel der Straffung. Die Selbstverwaltungsvertreter der Krankenkassenseite schlugen vor, gesetzliche Fristen festzulegen, innerhalb derer die Regelungen zu vereinbaren sind. Ergänzend wurden von ihnen klare und effektive Konfliktlösungsmechanismen und mehr Rechtssicherheit für die Beschlüsse der Gemeinsamen Selbstverwaltung gefordert. Damit sollte einerseits eine zügige Aufgabenerledigung erreicht und andererseits eine Torpedierung der Beschlüsse (insbesondere der Richtlinien) verhindert werden. Unterstützung fanden die Vertreter der Gemeinsamen Selbstverwaltung bei der Opposition, die diese Materie zum Gegenstand der Konsensgespräche im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens machte. Am Ende stand ein Sieg der Gemeinsamen Selbstverwaltung - die staatliche Lösung war abgewehrt, es blieb bei der Vorfahrt für die Gemeinsame Selbstverwaltung.

3. Die Träger des G-BA

Als Träger des G-BA sieht § 91 Abs. 1 SGB V die Institutionen vor, die zuvor auch schon den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bzw. der

Zahnärzte und Krankenkassen sowie den Ausschuss „Krankenhaus“ gebildet haben, also

- die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
- die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- die Bundesverbände der Krankenkassen (AOK, BKK, IKK, LKK)
- die Bundesknappschaft (Bkn) und
- die Verbände der Ersatzkassen (VdAK/AEV).

Zu den Obliegenheiten der im Gesetz genannten Träger gehören die Gründung des G-BA und des IQWiG sowie die Sicherstellung der Finanzierung beider Einrichtungen.

4. Aufgaben des G-BA

In der Gesetzesbegründung wird aufgeführt, dass der G-BA

- sektorenübergreifende Strukturen,
- eine Verschlankung der Entscheidungswege,
- mehr Transparenz,
- Entbürokratisierung sowie
- die Koordinierung und Harmonisierung von Entscheidungen

schaffen soll. Dazu trägt seine unterschiedliche Besetzung mit Vertretern der jeweils betroffenen Leistungserbringer und mit Vertretern aller Kassenarten bei. Vervollständigt wird dieses Bild durch die (beschränkte) Mitwirkung von Patientenvertretern, die bisher den Zustand beklagten, dass über ihre Köpfe hinweg Regelungen beschlossen wurden, die in erster Linie die Patienten betreffen. So ist es eine Hauptaufgabe des G-BA, neben der Qualitätssicherung und der Anpassung der Leistungen an den allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse, mit Hilfe des angegliederten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen für eine bessere Patienteninformation zu Krankheiten von hoher epidemiologischer Bedeutung zu sorgen.

5. Zusammensetzung des G-BA-Plenums (gem. § 91 Abs. 2 SGB V)

Das Plenum des G-BA besteht aus

- einem unparteiischen Vorsitzenden,
- zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern,
- vier Vertretern der KBV,
- einem Vertreter der KZBV,

- vier Vertretern der DKG,
 - drei Vertretern der Ortskrankenkassen,
 - zwei Vertretern der Ersatzkassen,
 - je einem Vertreter der Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der Bundesknappschaft,
- insgesamt also 21 Personen, dazu kommen
- neun Patientenvertreter mit Mitberatungs- und Antragsrecht.

Laut gesetzlichem Auftrag haben sich die im G-BA vertretenen Verbände über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder zu einigen. Im Falle der Nichteinigung erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) im Benehmen mit den betroffenen Verbänden. Die Mitglieder des G-BA einigten sich auf die Berufung von Herrn Dr. jur. Rainer Hess, dem ehemaligen Hauptgeschäftsführer der KBV, als erstem unparteiischen Vorsitzenden auf Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen. Diese Berufung sorgte zunächst für Verwunderung. Kritiker befürchteten nachwirkende Parteilichkeit und einen so genannten „Stallgeruch“. Dem wurde aber seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen entgegengehalten, dass man für diese verantwortungsvolle Position eine aus jahrzehntelanger Zusammenarbeit bekannte Person benötigt, die umfassende juristische Kenntnisse besitzt und sich im Leistungs- und Vertragsgeschehen sowohl auf der Seite der Leistungserbringer als auch auf der Seite der Krankenkassen auskennt. Zudem traute man Herrn Dr. Hess nach seinem Ausscheiden aus dem Dienst der KBV zu, sich durchaus neutral zu verhalten. Und wie sich in der Folgezeit herausstellte, hat man mit der Berufung von Herrn Dr. Hess einen Volltreffer gelandet. Mit großem persönlichen Engagement, gepaart mit Durchsetzungsvermögen und überragender Fach- und Sachkenntnis, ist es ihm gelungen, die schwierige Gründungsphase zu meistern und mit der gebotenen Neutralität bereits nach kurzer Zeit zahlreiche Entscheidungen des G-BA herbeizuführen. Seinem Einsatz und seinem Geschick ist es zu verdanken, dass die Befürchtungen von Politikern zerstreut werden konnten, wonach die Selbstverwaltung nicht fähig sei, Entscheidungen herbeizuführen. Behält der G-BA das bisher an den Tag gelegte Tempo bei, ist damit zu rechnen, dass sich der in den letzten Jahren gebildete Entscheidungstau allmählich auflösen wird. Unterstützt wird Herr Dr. Hess in seiner Arbeit von den unparteiischen Mitgliedern, Herrn Prof. Dr. Norbert Schmacke (vorgeschlagen von der Krankenkassenseite) und Herrn Dr. Erhard Effer (vorgeschlagen von der Leistungserbringerseite).

6. Aufgaben des G-BA-Plenums (gem. § 91 Abs. 2 SGB V)

Dem G-BA sind vom Gesetzgeber höchst unterschiedliche Aufgaben übertragen worden, die von einem einheitlich besetzten Gremium nicht zu be-

wältigen wären. Deshalb wird zu den verschiedenen Themenbereichen in unterschiedlichen Besetzungen entschieden. Im so genannten „Plenum“ des G-BA sind alle Träger vertreten. Das ist bei den weiteren fünf Besetzungen nicht der Fall.

Neben der Gründung des IQWiG hat das Plenum des G-BA noch folgende Aufgaben:

- Abfassung einer Geschäftsordnung, die die Arbeitsweise des G-BA regelt, vor allem zur Einsetzung von Unterausschüssen und deren Geschäftsführung. In der Geschäftsordnung sind auch Regelungen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den anhörsberechtigten Organisationen entsandten Personen zu treffen.

Diese Arbeit konnte inzwischen erledigt werden. Die vom G-BA-Plenum verabschiedete Geschäftsordnung hat auch die erforderliche Genehmigung des BMGS erhalten.

- Erstellung einer Verfahrensordnung, in der vor allem methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse geregelt werden sollen. Weiterhin werden hier Regelungen für Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung getroffen.

Zur Erarbeitung einer Verfahrensordnung hat der G-BA einen sektorenübergreifenden Unterausschuss eingesetzt, der seine Arbeit unverzüglich aufgenommen hat. Wenn die Verfahrensordnung fertig gestellt und vom Plenum des G-BA verabschiedet worden ist, bedarf sie ebenfalls der Genehmigung durch das BMGS.

- Herausgabe von Empfehlungen für evidenzbasierte Patienteninformatio-
nen zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epi-
demiologischer Bedeutung.

7. Besetzung und Aufgaben des G-BA gem. § 91 Abs. 4 SGB V (ärztliche Angelegenheiten)

Der G-BA in der Besetzung gem. § 91 Abs. 4 SGB V setzt sich wie das Plenum zusammen, nur mit der Besonderheit, dass anstelle des Vertreters der KZBV ein weiterer Vertreter der KBV mitwirkt. In diesem Gremium, das über ärztliche Angelegenheiten beschließt, wirken also fünf Vertreter der KBV mit. Die Zuständigkeit ist mit der des bis Ende 2003 bestehenden Koordinierungsausschusses vergleichbar und besteht vor allem darin

- Empfehlungen an das BMGS für die Abgrenzung von Versichertengruppen, die an Disease-Management-Programmen (DMP) teilnehmen, sowie für die Ausgestaltung von DMP's gem. § 137 f Abs. 1 und 2 SGB V abzugeben,
- in Richtlinien den Katalog der seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen zu ergänzen, die in zugelassenen Krankenhäusern ambulant erbracht werden können, sowie in weiteren in § 116 b aufgeführten Angelegenheiten (ambulante Behandlung im Krankenhaus) zu entscheiden,
- Empfehlungen zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin abzugeben (§ 137 b SGB V).

8. Besetzung und Aufgaben des G-BA gem. § 91 Abs. 5 Satz 1 SGB V (vertragsärztliche Versorgung)

Der G-BA in der Besetzung gem. § 91 Abs. 5 Satz 1 SGB V setzt sich wie das Plenum zusammen, nur mit der Abweichung, dass aufseiten der Leistungserbringer anstelle der vier DKG-Vertreter und des KZBV-Vertreters weitere fünf Vertreter der KBV mitwirken. In diesem Gremium, das über vertragsärztliche Angelegenheiten zu entscheiden hat, wirken also auf Leistungserbringerseite ausschließlich neun Vertreter der KBV mit. Der G-BA in der angesprochenen Besetzung hat zunächst die Aufgaben zu erfüllen, die auch der bisher tätige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zu erfüllen hatte. Dazu gehört die Erstellung folgender Richtlinien:

- Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien
- Arzneimittel-Richtlinien (AMR)
- Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung
- Kinder-Richtlinien
- Krebsfrüherkennungs-Richtlinien
- Häusliche Krankenpflege-Richtlinien
- Heilmittel-Richtlinien
- Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch
- Hilfsmittel-Richtlinien
- Krankenhausbehandlungs-Richtlinien
- Krankentransport-Richtlinien
- Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien
- Rehabilitations-Richtlinien
- Mutterschafts-Richtlinien
- Soziotherapie-Richtlinien

- Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB)-Richtlinien
- Psychotherapie-Richtlinien
- Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte
- Angestellte-Ärzte-Richtlinien
- Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien

Die bisherigen Aufgaben wurden um folgende wesentliche, zusätzliche Regelungsbereiche erweitert:

- Neue Chroniker-Richtlinien (§ 62 SGB V)
 - Festlegung derjenigen schwerwiegenden, chronischen Krankheiten, für die eine Belastungsgrenze von Zuzahlungen maximal in Höhe von einem Prozent des Bruttoeinkommen (sonst zwei Prozent) anzuwenden ist.
- Neue Qualitätssicherungs-Richtlinien (§ 136a SGB V)
 - Erstellung von Richtlinien, die verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen, enthalten.
- Erweiterung der Arzneimittel-Richtlinien
 - um eine Liste über verordnungsfähige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel im Ausnahmefall (§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V)
 - um eine Liste von Arzneimitteln, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (so genannte „Lifestyle-Medikamente“), die von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen werden sollen (§ 34 Abs. 1 Sätze 7 - 9 SGB V)
 - um die Einbeziehung von patentgeschützten Wirkstoffen in die Festbetragsgruppen (§ 35 Abs. 1a SGB V)
 - um die Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln als Vorbereitung der vom IQWiG durchzuführenden Bewertung (§ 35b Abs. 2 SGB V)
 - um die Transformation der Off-Label-Empfehlung der beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berufenen Expertengruppe in die Arzneimittel-Richtlinien
- Erweiterung der Bedarfsplanungs-Richtlinien
 - Miterfassung von angestellten Ärzten in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 101 Abs. 1, S. 6 SGB V)

- Erweiterung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien
 - besondere Bestimmungen zur Qualitätssicherung bei Früherkennungsmaßnahmen (§ 25 Abs. 5 SGB V)
- Ergänzung der Heilmittel-Richtlinien
 - der Ausschluss von Heilmitteln in der Richtlinie ist nunmehr möglich (§ 32 Abs. 1 Satz 2 SGB V)
- Ergänzung der Hilfsmittel-Richtlinien
 - der Ausschluss von Hilfsmitteln in der Richtlinie ist nunmehr möglich (§ 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V)
- Ergänzung der Krankentransport-Richtlinien
 - die Einschränkung der Fahrten zur ambulanten Behandlung ist möglich (§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V)
- Ergänzung der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien
 - Konkretisierung der Stichprobenprüfungen (Auswahl, Umfang und Verfahren) (§ 136 Abs. 2 Satz 2 SGB V)

9. Besetzung des G-BA gem. § 91 Abs. 5 Satz 2 SGB V (psychotherapeutische Versorgung)

Beschließt der G-BA gem. § 91 Abs. 5 SGB V über Richtlinien zur psychotherapeutischen Versorgung, so ändert sich seine Besetzung gegenüber der bei Beschlüssen zur allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung. Damit die Interessen der Psychotherapeuten gewahrt werden können, sind aufseiten der KBV fünf psychotherapeutisch tätige Ärzte und fünf Psychotherapeuten zu benennen. Um das zahlenmäßige Gleichgewicht beider Bänke wiederherzustellen, wird die Krankenkassenbank um einen weiteren Vertreter der Ersatzkassen auf zehn erhöht. Somit beschließt der G-BA in Angelegenheiten der Psychotherapie - unter Berücksichtigung der drei unparteiischen Mitglieder - mit insgesamt 23 Mitgliedern.

10. Besetzung und Aufgaben des G-BA gem. § 91 Abs. 6 SGB V (vertragszahnärztliche Versorgung)

Der G-BA in der Besetzung gem. § 91 Abs. 6 SGB V setzt sich wie das Plenum zusammen, nur mit der Abweichung, dass aufseiten der Leistungserbringer anstelle der vier DKG-Vertreter und des KBV-Vertreters weitere fünf Vertreter der KZBV mitwirken. In diesem Gremium, das über vertragszahnärztliche Angelegenheiten zu entscheiden hat, wirken also auf Leistungserbringerseite ausschließlich neun Vertreter der KZBV mit. Außerdem waren sich die Mitglieder des G-BA einig, zur Entlastung des Vorsitzenden, diese Sektion von einem seiner Stellvertreter leiten zu lassen. Derzeit bekleidet Herr Prof.

Dr. Herbert Genzel, München, das Amt des amtierenden Vorsitzenden in diesem Teilbereich.

Der G-BA in der angesprochenen Besetzung hat zunächst die Aufgaben zu erfüllen, die auch der bisher tätige Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen zu erfüllen hatte. Dazu gehört die Erstellung von Richtlinien

- für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungs-Richtlinien)
- über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe-Richtlinien)
- über die Früherkennungs-Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennungs-Richtlinien)
- für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinien)
- für die kieferorthopädische Behandlung (Kfo-Richtlinien)
- über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die Überprüfung erbrachter vertragszahnärztlicher Leistungen (NUB-Richtlinien)
- über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien Zahnärzte)

Zusätzlich werden ihm folgende neue Aufgaben übertragen:

- neue Festzuschuss-Richtlinien (§ 56 Abs. 1 SGB V)
 - Bestimmung der Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt werden, und die Zuordnung zur prothetischen Regelversorgung
- Erweiterung der Bedarfsplanungs-Richtlinien
 - Miterfassung von angestellten Zahnärzten in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V)

Darüber hinaus hat er Kriterien zur Qualitätsbeurteilung zu entwickeln und Maßnahmenkataloge für die Bereiche „Qualitätssicherung und -management“ in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu entwerfen.

11. Besetzung und Aufgaben des G-BA gem. § 91 Abs. 7 SGB V (Krankenhausbehandlung)

Der G-BA in der Besetzung für Fragen der Krankenhausbehandlung ist quasi der Rechtsnachfolger des Ausschusses „Krankenhaus“. Dementsprechend passt er sich in seiner Besetzung auch der zu beratenden Materie an. Auf der Leistungserbringerseite beschließen ausschließlich neun Vertreter der

DKG, ansonsten bleibt es bei der im Plenum üblichen Besetzung. Allerdings greift auch hier die Übereinkunft der Mitglieder des G-BA zur Entlastung des Vorsitzenden. In dieser Sektion nimmt derzeit Herr Prof. Dr. Michael-Jürgen Polonius, Dortmund, das Amt des amtierenden Vorsitzenden wahr.

Zu den ihm durch das Gesetz zugewiesenen Aufgaben gehören

- die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (§ 137c SGB V)

Der G-BA überprüft auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der DKG oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, erlässt der G-BA eine entsprechende Richtlinie.

- die Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern (§ 137 SGB V)

Der G-BA hat unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten zu beschließen. Die Beschlüsse regeln insbesondere:

- a) die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 SGB V sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement,
- b) Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Strukturqualität einschließlich im Abstand von fünf Jahren zu erfüllender Fortbildungspflichten der Fachärzte und an die Ergebnisqualität festzulegen,
- c) einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b KHG, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände,
- d) Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen,

- e) Vergütungsabschläge für zugelassene Krankenhäuser, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten und
- f) Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichtes der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach a) und b) sowie der Umsetzung der Regelungen nach c) dieser Aufzählung dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen.

12. Arbeitsweise des G-BA

Die Mitglieder des G-BA sind ehrenamtlich tätig und werden für eine Amtsperiode von vier Jahren benannt. Während die unparteiischen Mitglieder im Wege der Einigung durch die Träger des G-BA bestimmt werden, werden die übrigen Mitglieder von den Trägern, jeweils nach der Anzahl der ihnen zustehenden Sitze, bestellt. Weitere Einzelheiten zur Amtsdauer und Entschädigung aller Mitglieder regelt die Ausschussmitglieder-Verordnung (AMV), die auf der bisherigen Verordnung über die Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung der Mitglieder des Bundesausschusses und der Landesausschüsse der Ärzte(Zahnärzte) und Krankenkassen basiert.

Die Arbeitsweise des G-BA wird durch die Geschäftsordnung bestimmt. Sie regelt insbesondere die Geschäftsführung und die Vorbereitung der Beschlüsse durch die Einsetzung von Unterausschüssen. In ihr wird auch das Beteiligungsrecht der Patientenvertreter beschrieben.

In der Geschäftsordnung ist auch festgelegt, dass der G-BA seinen Sitz bis 31.12.2008 in Siegburg und ab dem 01.01.2009 in Berlin hat.

Beschlüsse des G-BA werden in Unterausschüssen vorbereitet. Diese sind ebenso wie das Plenum mit Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer (KBV, KZBV, DKG) in gleicher Anzahl besetzt. Nach Abschluss der Beratungen gibt der Unterausschuss dem jeweiligen Beschlussgremium eine Beschlussempfehlung, über die dort abschließend beraten und beschlossen wird. Die Entscheidungen des G-BA werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen getroffen. Die Beratungen und Beschlussfassungen sind nicht öffentlich.

Die Rechtsaufsicht über den G-BA führt das BMGS. Der G-BA hat die von ihm beschlossenen Richtlinien dem Ministerium vorzulegen. Dieses hat das Recht, sie innerhalb von zwei Monaten zu beanstanden. Kommen die für die Sicherstellung der (zahn-)ärztlichen Versorgung erforderlichen Beschlüsse des G-BA nicht oder nicht innerhalb einer vom BMGS gesetzten Frist zustande, oder werden die Beanstandungen des BMGS nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, erlässt das BMGS die Richtlinien.

Die Richtlinien in der vom G-BA verabschiedeten oder vom BMGS erlassenen Fassung werden im Bundesanzeiger veröffentlicht und treten in der Regel einen Tag nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

13. Beteiligung der Patientenvertreter

Als neu und geradezu revolutionär wird die Beteiligung von Patientenvertretern im G-BA angesehen. Bisher gingen die Krankenkassenvertreter immer davon aus, dass sie als Vertreter der aus Wahlen hervorgegangenen Institutionen, die Interessen der Versicherten, die ja mit den gesetzlich versicherten Patienten identisch sind, wahrnehmen. Der Gesetzgeber sah das aber unter dem Einfluss der Partei der GRÜNEN anders und bestimmte in § 140f Abs. 2 SGB V, dass die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen im G-BA ein Mitberatungsrecht erhalten. Die Zahl der Patientenvertreter soll höchstens der Zahl der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. Dazu hat das BMGS von seiner in § 140g SGB V erteilten Verordnungsermächtigung Gebrauch gemacht und das Nähere zur Patientenvertreterbeteiligung in der „Patientenbeteiligungsverordnung“ geregelt. Danach sind die folgenden bundesweit tätigen Patientenorganisationen berechtigt, Vertreter in die Sitzungen des G-BA zu entsenden:

- Deutscher Behindertenrat
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient/Innenstellen
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Außerdem sieht § 91 Abs. 3 Nr. 2 SGB V vor, dass in der vom G-BA zu beschließenden Geschäftsordnung die Gewährleistung des Mitberatungsrechts der Patientenvertreter zu regeln ist. Dieser gesetzlichen Vorgabe ist in der aktuellen Geschäftsordnung Rechnung getragen worden, indem ihre Beteiligung im G-BA in seinen verschiedenen Zusammensetzungen sowie in den Unterausschüssen detailliert geregelt wurde.

Neben dem Mitberatungsrecht steht den Patientenvertretern auch ein Antragsrecht zu (§ 140f Abs. 2 Satz 4 SGB V), allerdings kein Stimmrecht. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, so sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen (§ 140f Abs. 4 Satz 2 SGB V).

Die Reisekosten der Patientenvertreter sind - anders als bei den Mitgliedern des G-BA - nicht von den entsendenden Organisationen, sondern vom G-BA zu übernehmen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass den Patientenvertretern vom Gesetzgeber eine starke Stellung zugedacht worden ist, auch wenn sie am Abstimmungsverfahren nicht beteiligt sind.

14. Gründung der Stiftung

Dem Gesetzesauftrag aus § 139a Abs. 1 SGB V folgend, hat der G-BA eine rechtsfähige Stiftung des privaten Rechts mit dem Namen „Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ als Trägerin des gleichnamigen Instituts errichtet. Als Sitz der Stiftung wurde Berlin gewählt. Als Zweck der Stiftung wurde in der Satzung die Förderung von Wissenschaft und Forschung sowie die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens festgelegt.

15. Organe der Stiftung

§ 4 der Satzung legt als Organe der Stiftung fest

- den G-BA für Beschlüsse zu Änderungen der Satzung und Aufhebung der Stiftung,
- den Stiftungsrat, bestehend aus sechs Krankenkassenvertretern und sechs Vertretern der Leistungserbringer (KBV, KZBV, DKG). Die Mitglieder des Stiftungsrates wählen aus ihrer Reihe einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden,
- den Vorstand, bestehend aus fünf Mitgliedern

16. Aufbau des IQWiG

Nach der Genehmigung der Stiftungssatzung konnte auch der Aufbau des Instituts vorangebracht werden. Einzelheiten dazu regelt die Stiftungssatzung in § 7, wo festgelegt ist, dass das Institut zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen als fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung der Stiftung unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten tätig wird.

Auf Vorschlag des Stiftungsrates hat der Vorstand der Stiftung im Juli 2004 Herrn Prof. Dr. med. Peter Sawicki, bisher Direktor der Abteilung für Innere Medizin am St. Franziskus-Hospital in Köln, als Leiter bestellt. Die Geschäftsstelle des Instituts hat bis zum 31.12.2008 ihren Sitz in Köln, danach wird sie dem G-BA folgend, ihren Sitz nach Berlin verlegen.

Satzungsgemäß wird das Institut in seiner Arbeit von einem Kuratorium und einem Wissenschaftlichen Beirat als beratenden Gremien unterstützt.

Das Kuratorium besteht aus 30 Mitgliedern. Sie werden von Organisationen benannt, die der Vorstand auf Anregung des Stiftungsrates in Abstimmung mit der Institutsleitung bestimmt. Je zehn Mitglieder sollen aus dem Kreis

- der Selbstverwaltungsorgane der Trägerorganisationen des G-BA,
- von maßgeblichen Organisationen nicht im G-BA vertretener Organisationen von Leistungserbringern und der Sozialpartner,
- sonstiger für das Gesundheitswesen relevanter Organisationen, davon sechs Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen, sowie die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

bestellt werden.

Die Mitglieder des Kuratoriums erhalten von der Institutsleitung die durch das Institut an den G-BA herausgegebenen Empfehlungen von grundsätzlicher Bedeutung und erhalten Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme.

Vor der Abgabe von Empfehlungen des Instituts zu Angelegenheiten, welche unmittelbar die Patientenbelange tangieren, insbesondere zur Bereitstellung verständlicher allgemeiner Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung, muss den im Kuratorium vertretenen Repräsentanten der Patientinnen und Patienten sowie der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen einer Anhörung gegeben werden.

Der Wissenschaftliche Beirat besteht aus bis zu sechs Wissenschaftlern, die im Einvernehmen mit der Institutsleitung vom Stiftungsvorstand für die Dauer von vier Jahren bestellt werden. Der Wissenschaftliche Beirat soll über grundsätzliche Fragen beraten. Im Benehmen mit dem Wissenschaftlichen Beirat können zur Beratung bei grundsätzlichen Fragen bis zu sechs weitere Experten vorübergehend in den Wissenschaftlichen Beirat berufen werden.

17. Aufgaben und Arbeitsweise des IQWiG

Das IQWiG hat gemäß § 139a Abs. 3 SGB V insbesondere auf folgenden Gebieten tätig zu werden:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen,

- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
- Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln,
- Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung

Aufgabe des IQWiG ist es somit, durch wissenschaftliche Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit von Leistungen, den G-BA durch die Abgabe von Empfehlungen in der Wahrnehmung seiner gesetzlichen Aufgaben zu unterstützen.

Das IQWiG als Einrichtung des G-BA arbeitet grundsätzlich in dessen Auftrag. Der G-BA kann auch Anträge des BMGS, der/des Patientenbeauftragten sowie von Patientenorganisationen und Behindertenverbänden einschließlich Selbsthilfeorganisationen an das IQWiG weiterleiten. Dabei entscheidet der G-BA über die Priorität der Aufgabenerledigung. Allerdings kann das BMGS die Bearbeitung von Aufträgen beim IQWiG direkt beantragen. Dieses hat den Auftrag in jedem Falle auszuführen, wenn das BMGS die Kosten für die Auftragsbearbeitung übernimmt. Das IQWiG muss die ihm übertragenen Aufträge nicht (unbedingt) selbst erledigen, sondern kann diese auch an weitere wissenschaftliche Institute zur Bearbeitung weiterleiten.

Um eine stärkere Einbeziehung der Bürger in die Ausgestaltung des Gesundheitswesens sicherzustellen, hat das IQWiG in regelmäßigen Abständen über seine Arbeit und die erzielten Arbeitsergebnisse zu berichten (§ 139a Abs. 4 SGB V).

Um Befürchtungen vorzubeugen, die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung sei von Lobbyinteressen bestimmt, sieht der Gesetzgeber vor, dass die Beschäftigten des Instituts vor Beginn der Arbeit ihre Beziehungen zu Interessensverbänden einschließlich Zuwendungen offen zu legen haben. Damit soll die Unabhängigkeit des Instituts gesichert werden.

Noch strittig ist derzeit, in welchem Umfang das Institut Arbeiten selber durchzuführen hat und in welchem Umfang eine Fremdvergabe erfolgen kann. Die Lösung dieses Problems hängt von vielen Gesichtspunkten ab, vor allem von der Anzahl der eingehenden Aufträge und der finanziellen sowie personellen Ausstattung des Instituts in nächster Zeit.

18. Finanzierung des G-BA und des IQWiG

Die Vorgängerorganisationen des G-BA, die Bundesausschüsse bzw. der Koordinierungsausschuss, litten unter ständigen Finanzierungsdefiziten, was sich auf die personelle Ausstattung und damit auch auf die Effektivität sehr negativ auswirkte. Den Trägern der Vorgängerorganisationen war dieser Mangel bewusst, wenn es aber in den Haushaltsberatungen um ihren Finanzierungsanteil ging, verhielten sie sich im Hinblick auf die Belastung ihres Haushaltes zurückhaltend. Gerade die Krankenkassenverbände befanden sich in einem Dilemma. Einerseits wünschten sie einen größeren Output der Ausschüsse, andererseits führte eine höhere Finanzausstattung zu einer Steigerung der Verwaltungskosten, wofür sie wiederum von allen Seiten - auch den Leistungserbringern als Partnern in den Ausschüssen - kritisiert wurden.

Insoweit ist die im GMG gefundene Lösung, dass der G-BA und das Institut nach Gründung als Stiftung des privaten Rechts über einen Systemzuschlag finanziert werden, sehr zu begrüßen. Die angesprochene Lösung bedeutet, dass die entstandenen Kosten hälftig durch die Erhebung eines Zuschlags für jeden abzurechnenden Krankenhausfall, sowie durch eine prozentuale Anhebung der Vergütungen für die ambulante (zahn-)ärztliche Versorgung gedeckt werden. Damit ist eine von der Haushaltssituation der Träger ebenso wie vom Staatshaushalt unabhängige Finanzierung gesichert. Die Höhe des Zuschlags wird vom G-BA festgelegt.

Die Träger des G-BA haben zwischenzeitlich Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Erhebung des Systemzuschlags vereinbart. So wurde mit der KBV vereinbart, dass der Finanzierungsanteil aus den Vergütungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung als Zuschlag je kurativ-allgemeinem Fall des vorletzten Jahres gezahlt wird, sofern im vorletzten Jahr mehr als 20.000 kurativ-allgemeine Fälle bei Versicherten einer Krankenkasse aufgetreten sind. Hierbei werden die Abrechnungseinheiten einer Krankenkasse, die für die Abrechnung in den Vertragsgebieten West und Ost geschaffen worden sind, jeweils als eigenständige Krankenkasse betrachtet. Krankenkassen, bei denen im vorletzten Jahr 20.000 oder weniger Fälle aufgetreten sind, zahlen einen pauschalen Betrag.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ermitteln die Zahlungsbeträge je Krankenkasse und stellen sie der jeweiligen Krankenkasse in Rechnung. Die Summe der erfolgten Zahlungen aller Krankenkassen mit Sitz im Bereich einer KV leiten die KVen an die KBV weiter. Diese überweist dann die eingegangenen Beträge an den G-BA.

Eine entsprechende Vereinbarung gibt es mit der KZBV mit der Besonderheit, dass hier der Zuschlag je Abrechnungsfall für die konservierend-chirurgische

Behandlung erhoben wird, und mit der Abweichung, dass die bei den KZVen eingehenden Gelder von diesen - also ohne Einschaltung der KZBV - an den G-BA gehen.

Die Höhe des Zuschlags für das 1. Halbjahr 2004 wurde im Bereich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Vergütung auf 0,671245233 Cent je Abrechnungsfall festgelegt. Der Pauschalbetrag pro Quartal für Krankenkassen, die 20.000 Fälle pro Quartal unterschreiten, beträgt 35 Euro.

Für den stationären Bereich (Krankenhausbereich) hat der G-BA den Systemzuschlag auf 32 Cent pro Fall festgesetzt. Dieser Zuschlag wird vom Krankenhaus für jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall zusätzlich in Rechnung gestellt, wobei auch die Entgelte für Selbstzahler (in der Regel PKV-Versicherte) entsprechend zu erhöhen sind. Mit einem entsprechenden Schreiben vom 27.05.2004 hat das BMGS klargestellt, dass nach seiner Auffassung die Arbeit des G-BA und des IQWiG auch Selbstzahlern zugute kommt, weshalb diese folgerichtig ebenfalls bei der Finanzierung heranzuziehen sind. Von den Maßnahmen des Qualitätsmanagements und den Vorgaben der externen Qualitätssicherung profitieren alle Krankenhausbenutzer, also auch die Selbstzahler. Im Übrigen weist das BMGS darauf hin, dass der Gesetzgeber in den einschlägigen Vorschriften des Krankenhausrechts keine Unterscheidung zwischen GKV-Patienten und Selbstzahlern trifft.

Das jeweilige Krankenhaus hat die Fallzahl an die Inkassostelle zu melden und die Zuschlagssumme an diese zu überweisen. Über die Inkassostelle besteht derzeit noch keine Klarheit, jedoch soll sie baldmöglichst festgelegt werden.

Die vom G-BA für das Jahr 2004 vorläufig festgelegten Beträge werden sich in nächster Zeit kräftig erhöhen, nämlich dann, wenn der G-BA und das IQWiG voll ausgebaut und personell aufgestockt sind.

Die im G-BA gefundene Finanzierungslösung birgt Chancen und Risiken zugleich. Zum einen besteht die Chance, dass der G-BA und das IQWiG ohne Zeitverzug und ohne Unsicherheiten effizient arbeiten und die erwarteten Ergebnisse vorlegen können. Andererseits besteht die Gefahr, dass die Ausgaben unangemessen hoch anwachsen können, weil sie die einzelnen Träger nicht mehr in ihrem eigenen Haushalt zu verantworten haben. Diese Gefahr kann jedoch als äußerst gering eingestuft werden, denn die Krankenkassen als Sachwalter der Versicherten haben sehr genau darauf zu achten, dass die Zuschläge als Teil der Leistungsausgaben nicht unangemessen ansteigen und die Versichertenbeiträge unnötig belasten. Auch insofern lastet auf dem Finanzausschuss des G-BA, der für die nächsten

vier Jahre unter dem Vorsitz des Geschäftsführers des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK), Herrn Dr. Deisler, fungiert, eine besondere Verantwortung. Er wird darauf zu achten haben, dass der G-BA und das IQWiG zügig ausgebaut werden, und damit die Grundlagen für ergebnisorientiertes Arbeiten geschaffen werden. Zugleich muss er aber immer auch die Vereinbarkeit mit der finanziellen Belastung der Versicherten im Auge haben.

19. Abschließende Bewertung

Angesichts der im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens diskutierten Regelung, ein staatlich gelenktes Institut, vergleichbar mit dem NICE-Institut in England, zu gründen, kann die jetzt gefundene Regelung mit einem G-BA und einem unabhängigen IQWiG von allen unter Selbstverwaltung stehenden Organisationen (Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser) nur begrüßt werden. Die Gründung des G-BA als sektorenübergreifende Einrichtung mit beschränkter Rechtsetzungsbefugnis bietet die Chance auf Straffung und Vereinfachung von Entscheidungsabläufen. Die vorgesehene enge Zusammenarbeit mit dem IQWiG kann die Arbeit der Gemeinsamen Selbstverwaltung in methodischer Hinsicht stärken. Gleichzeitig wurden Rahmenbedingungen geschaffen, die es der Gemeinsamen Selbstverwaltung ermöglichen, die anstehenden inhaltlichen Aufgaben bestmöglichst zu erfüllen.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen ermöglichen eine qualitativ hochwertige Aufgabenerfüllung. Der G-BA kann auf den eingearbeiteten und bewährten Mitarbeiterstamm des Koordinierungsausschusses zurückgreifen, die Finanzierung weiterer hochqualifizierter Mitarbeiter ist sichergestellt. Die Vorstandsposten des G-BA und die Stelle des Institutsleiters sind mit erfahrenen, mit der Praxis bereits bestens vertrauten Personen optimal besetzt. Nun liegt es an allen Beteiligten, ob der erhoffte Innovationsschub im deutschen Gesundheitswesen einsetzt. Eines kann aber heute schon festgestellt werden: Der nachhaltige Einsatz der Selbstverwaltungsvertreter für die jetzt gefundene Lösung hat sich gelohnt.

Verfasser:
Bernd Wiethardt
Lippoldsberger Str. 10b
34128 Kassel

**Verfassungsmäßigkeit der Pflichtversicherung der
Landwirtsehegatten in der Alterssicherung der Landwirte –
Anmerkungen zum Beschluss des Bundesverfassungsgerichts
vom 9. Dezember 2003, Az. 1 BvR 558/99**

Der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts hat mit Beschluss vom 9. Dezember 2003, Az. 1 BvR 558/99,¹ die Verfassungsmäßigkeit der Regelung des § 1 Abs. 3 ALG über die Versicherungspflicht der Landwirtsehegatten in der Alterssicherung der Landwirte (AdL) bestätigt und damit eine lange Phase der Rechtsunsicherheit beendet.

Die mit dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte – ALG² – zum 1. Januar 1995 eingeführte sog. Bäuerinnensicherung bildete einen wesentlichen Bestandteil der vorrangig auf eine Verbesserung der sozialen Sicherung der Bäuerinnen abzielenden Agrarsozialreform.³ Da die Bäuerinnen infolge der tiefgreifenden strukturellen Veränderungen in der Landwirtschaft eine im Vergleich zu früher wesentlich verantwortungsvollere und tragendere Rolle im bäuerlichen Familienbetrieb übernommen haben, sollten sie nach der gesetzgeberischen Intention nicht länger ohne eigenen Anspruch auf eine soziale Absicherung bleiben.⁴ Nach dem früheren Recht bestand für die Bäuerin nur die Möglichkeit, sich den ihrem Ehemann gewährten, die typischerweise von der Ehefrau unentgeltlich erbrachte Mithilfe auf dem Hof honorierenden sog. Verheiratetenzuschlag, also den Unterschiedsbetrag zwischen dem Altersgeld für einen verheirateten und dem eines unverheirateten Berechtigten⁵, auszahlen zu lassen.⁶ Dabei handelte es sich jedoch nur um eine reine Auszahlungsregelung, nicht aber

1 Abgedruckt in SdL 2004, 193 ff.

2 Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte – ALG – vom 29.07.1994, BGBl. I S. 1890 ff.

3 Agrarsozialreformgesetz 1995 – ASRG 1995 –, BGBl. I S. 1889 ff., Vorblatt zum Gesetzentwurf der Bundesregierung, Bundestagsdrucks. 12/5889, zu A. Zielsetzung.

4 Allgemeiner Teil der Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung, a. a. O., zu I. 3.

5 Nach § 4 Abs. 1 Satz 1 GAL erhielt ein verheirateter Altersgeldempfänger einen Zuschlag von einem Drittel seines Altersgeldbetrages.

6 § 29 Abs. 4 GAL, eingeführt mit dem Dritten Gesetz zur Verbesserung und Ergänzung sozialer Maßnahmen in der Landwirtschaft – Drittes Agrarsoziales Ergänzungsgesetz – 3. ASEG – vom 20.12.1985, BGBl. I S. 2475.

um einen eigenständigen Rentenanspruch.⁷ Eine Versicherung der Bäuerin als landwirtschaftliche Unternehmerin⁸ oder als Betriebsleiterin⁹ in der AdL bzw. über den Abschluss eines Arbeitsvertrages mit dem Ehemann in der allgemeinen Rentenversicherung erfolgte nur in Ausnahmefällen.¹⁰ Um der erkannten sozialen Schutzbedürftigkeit der Bäuerinnen gerecht zu werden, erweiterte der Gesetzgeber mit dem ALG den versicherungspflichtigen Personenkreis der AdL um die Ehegatten landwirtschaftlicher Unternehmer, wobei diese fiktiv wie ein Landwirt versichert werden.¹¹ Dadurch entsteht eine eigene Versicherungs- und Beitragspflicht, zugleich aber auch eine eigenständige Leistungsberechtigung.

Die Gesamtkonzeption des ALG zielt auf eine Pflichtversicherung aller Landwirtsehegatten ab, wobei insbesondere einer bestehenden Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. – bezogen auf die sog. Bestandsbäuerinnen¹² – individuell bereits getroffener sozialer Vorsorge durch gesetzlich normierte Befreiungsmöglichkeiten¹³ Rechnung getragen wird. Lebensälteren Bäuerinnen, denen eine Erfüllung der Mindestwartezeit nicht mehr möglich ist, gewährleistet die neu geschaffene Regelung über die rentenbegründende sowie rentensteigernde Zurechnung der Landwirtsbeiträge auch auf den Ehegatten¹⁴ einen eigenständigen Rentenanspruch. Durch eine weitere – mit dem ASRG-Änderungsgesetz¹⁵ – eingeführte Regelung¹⁶

7 Urteil des BSG vom 25.05.2000, Az. B 10 LW 14/98 R, Rdschr. AH 014/1998, SozR 3-5850 § 29 Nr. 1; die dagegen eingelegte Verfassungsbeschwerde wurde nicht zur Entscheidung angenommen, Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 07.12.2000, Az. 1 BvR 1643/00.

8 §§ 1 Abs. 2 Satz 1, 14 Abs. 1 Buchst. a GAL.

9 Betrieben Ehegatten gemeinsam ein landwirtschaftliches Unternehmen, war nach § 14 Abs. 6 GAL nur derjenige Ehegatte beitragspflichtig, der das Unternehmen überwiegend leitete.

10 Stüwe/Zindel, Die agrarsoziale Sicherung der Bäuerin, SdL 1991, 128, 129 ff. sowie Rombach, Alterssicherung der Landwirte, Haufe Verlag, 1995, S. 51 ff.

11 § 1 Abs. 3 Satz 1 ALG.

12 Landwirtsehegatten, die diese Eigenschaft bereits vor In-Kraft-Treten des ALG aufwiesen.

13 § 3 bzw. § 85 Absätze 3, 3a und b sowie 4 ALG.

14 § 92 ALG, sog. Zusplittung.

15 Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Reform der agrarsozialen Sicherung – ASRG-ÄndG – vom 15.12.1995, BGBl. I S. 1814 ff.

16 § 17 Abs. 1 Satz 2 ALG.

wird unter Berücksichtigung der besonderen Situation der Ehefrauen von Nebenerwerbslandwirten, deren wirtschaftliche Existenz und spätere Alterssicherung vielfach auf außerlandwirtschaftlicher Erwerbstätigkeit beruht¹⁷, die Anrechnung von in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegten Pflichtversicherungszeiten auf die Wartezeiten der AdL ermöglicht. In Einzelfällen durch die Auferlegung der Ehegattenbeitragspflicht entstehende finanzielle Härten für die Landwirtschaftsfamilie sollen nach der Vorstellung des Gesetzgebers durch die Modifizierung des Beitragszuschussystems¹⁸ abgemildert werden.

Gegen die konkrete Feststellung ihrer Versicherungs- und Beitragspflicht wandten sich dennoch vereinzelt Landwirtsehegatten, die – ebenso wie die Beschwerdeführerin – ihre Kritik an der neuen Regelung im Wesentlichen damit begründeten, dass die zwangsweise auferlegte Versicherungs- und damit Beitragspflicht gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 Abs. 1 GG und gegen den in Art. 6 Abs. 1 GG normierten Schutz von Ehe und Familie verstoße sowie ihre allgemeine Handlungsfreiheit, Art. 2 Abs. 1 GG, unzulässig beschränke.¹⁹ Sie fühlten sich in mehrfacher Hinsicht benachteiligt, und zwar insbesondere durch die vermeintlich sachlich nicht gerechtfertigte Gleichbehandlung von den im landwirtschaftlichen Unternehmen des Ehemannes mitarbeitenden und den nicht mitarbeitenden Ehegatten sowie durch die Ungleichbehandlung im Vergleich einerseits zu den Ehegatten von außerhalb der Landwirtschaft tätigen Selbständigen oder abhängig Beschäftigten, denen das allgemeine Rentenversicherungsrecht keine an den bloßen Ehegattenstatus anknüpfende Versicherungspflicht auferlege, und andererseits zu den Partnern einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft. Weiterhin sahen sie den Bestand der Ehe dadurch gefährdet, dass die Ehefrau sich infolge der Beitragspflicht zu einer Mitarbeit im Unternehmen des Mannes oder einer anderweitigen Erwerbstätigkeit genötigt sehe bzw. dazu gezwungen werde, ihren Unterhaltsanspruch gegenüber ihrem Ehemann geltend zu machen. Zudem rügten sie, dass die Anknüpfung der Versicherungspflicht an den bloßen Ehegattenstatus gegen die Systematik des ALG verstoße, da bei der insoweit vergleichbaren Regelung über die

17 Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. zum ASRG-Änderungsgesetz, Bundestags-Drucks. 13/2747, A. Allgemeiner Teil, I.

18 § 32 ff. ALG.

19 Ausführlich zum Streitstand Dieter Voigt, Ehegattensicherung nach dem ALG und Europarecht, SdL 1996, 213 ff., Dieter Böttger, Verfassungsmäßigkeit der Ehegattenpflichtversicherung in der Alterssicherung der Landwirte, SdL 1996, 254 ff.

Einbeziehung der mitarbeitenden Familienangehörigen in den versicherungspflichtigen Personenkreis²⁰ der AdL die Mitarbeit nicht fingiert, sondern im Einzelfall überprüft werde.

Dieser Argumentation war das Sozialgericht Dortmund im Fall der Beschwerdeführerin, der Ehefrau eines von der Versicherungspflicht in der AdL bereits befreiten Nebenerwerbslandwirts, die nach eigenen Angaben keine landwirtschaftsbezogenen Tätigkeiten verrichtet, vielmehr ihre vier Kinder, ihren Schwiegervater sowie den Haushalt versorgt und betreut, gefolgt.²¹ Nach Auffassung des Sozialgerichts können nur diejenigen Ehefrauen von Nebenerwerbslandwirten versicherungspflichtig und beitragspflichtig sein, die tatsächlich auch in nennenswertem – zumindest in einem mehr als nur die Geringfügigkeitsgrenze erreichenden – Umfang am Betreiben der landwirtschaftlichen Unternehmung beteiligt sind und bei denen – wie sonst auch bei sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen – das Erarbeiten eines Einkommens als Basis ihrer Versicherungspflicht angenommen werden kann.

Das Bundessozialgericht (BSG) bestätigte in seinem ersten zu diesem Themenkreis ergangenen Urteil vom 12.02.1998²² zwar die Verfassungskonformität der Regelung des § 1 Abs. 3 ALG, ließ aber zunächst noch offen, ob dies für alle nicht in der Landwirtschaft mitarbeitenden Ehegatten eines Landwirts gelte. Einen Grundrechtsverstoß verneinte es jedenfalls bezüglich eines Ehegatten, der die für landwirtschaftliche Verhältnisse typische Versorgung der Altenteiler übernommen hatte, da es sich dabei um eine sozial schützenswerte Mitarbeit in der Landwirtschaft – im weiteren Sinne – handele. Erst mit den nachfolgenden Urteilen vom 25.11.1998²³ stellte das BSG – auch im Revisionsverfahren der Beschwerdeführerin²⁴ – ausdrücklich fest, dass ein Grundrechtsverstoß selbst dann nicht vorliege, wenn der Ehegatte im landwirtschaftlichen Betrieb tatsächlich nicht mitarbeite. Das BSG begründete dies vorrangig mit dem eindeutigen Wortlaut der Regelung, der die gesetzgeberische Intention widerspiegele, alle Ehegatten eines Landwirts in

20 Nach § 1 Abs. 8 Satz 1 ALG hängt deren Versicherungspflicht von einer hauptberuflichen Tätigkeit in dem landwirtschaftlichen Unternehmen des Landwirts oder seines Ehegatten ab.

21 Urteil vom 28.08.1997, Az. S 34 Lw 63/95.

22 Az. B 10/4 LW 9/96 R, Rdschr. AH 007/1998, BSGE 81, 294 ff.

23 Az. B 10 LW 7/97 R, B 10 LW 10/97 R, B 10 LW 5/98 R, B 10 LW 7/98 R, B 10 LW 8/98 R, B 10 LW 9/98 R, B 10 LW 11/98 R, B 10 LW 12/98 R und B 10 LW 19/98 R; Rdschr. AH 019/1998 und AH 007/1999.

24 Az. B 10 LW 7/98 R.

Anerkennung ihrer unabhängig von einer tatsächlichen Mitarbeit im landwirtschaftlichen Unternehmen bestehenden sozialen Schutzbedürftigkeit in die Versicherungspflicht zur AdL einzubeziehen.

Das von der Beschwerdeführerin angerufene Bundesverfassungsgericht hat die Rechtsauffassung des BSG vollinhaltlich bestätigt und die Verfassungsbeschwerde als unbegründet zurückgewiesen.

In Übereinstimmung mit den Ausführungen des BSG sieht zwar auch das Bundesverfassungsgericht in der Regelung über die Versicherungs- und Beitragspflicht der Landwirtsehegatten in der AdL, somit in der Auferlegung einer bestimmten Form der Altersvorsorge, einen Eingriff in das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit, Art. 2 Abs. 1 GG. Dieses Grundrecht sei aber materiell nicht verletzt, da sich das Konzept des Gesetzgebers, den durch ihre Mitarbeit auf dem Hof und im landwirtschaftlichen Haushalt am Aufbau einer selbständigen – außerlandwirtschaftlichen – Alterssicherung zumeist gehinderten Bäuerinnen durch die Begründung einer Versicherungs- und Beitragspflicht den Erwerb eines eigenen Rentenanspruchs zu ermöglichen, als legitim darstelle. Der Gesetzgeber habe bereits unter Geltung des GAL das besondere Schutzbedürfnis dieses Personenkreises anerkannt, was aus der Regelung über die Gewährung eines erhöhten Altersgeldes für den verheirateten Berechtigten²⁵ folge. Im aktuell geltenden Recht werde nunmehr lediglich bezüglich der Beitragsleistung zwischen ledigen und verheirateten Landwirten differenziert und ausschließlich letztbenannter Personengruppe die Pflicht zur Zahlung „doppelter“ Beiträge auferlegt. Die Finanzierung der Solidargemeinschaft durch Einbeziehung eines bisher unentgeltlich mitversicherten Personenkreises zu erweitern, stehe jedoch im sozialpolitischen Ermessen des Gesetzgebers.

Insoweit führt das Bundesverfassungsgericht seine frühere Rechtsprechung fort, wonach die Pflicht zur Zahlung einer Abgabe zwar die wirtschaftliche Freiheit des Einzelnen berühre, sie aber nicht den durch Art. 2 Abs. 1 GG geschützten Bereich verletze, wenn dem Betroffenen ein angemessener Spielraum verbleibe, sich wirtschaftlich frei zu entfalten. Dieser Spielraum sei gegeben, soweit die Abgabenbelastung als verhältnismäßig erscheine.²⁶

Diese Verhältnismäßigkeit sieht das Bundesverfassungsgericht bezüglich der streitigen Regelung des § 1 Abs. 3 ALG als gegeben an. Die Einbeziehung der Landwirtsehegatten in die Versicherungspflicht der AdL sei nämlich einerseits geeignet, einen wirksamen Beitrag zur Alterssicherung dieses Personenkreises

25 Fn. 5.

26 BVerfGE 75, 108, 154 f.

zu leisten sowie die finanziellen Grundlagen der AdL zu verbessern, und andererseits zur Erreichung dieser Zwecke auch erforderlich.

Die Notwendigkeit, die eigenständige soziale Absicherung der Landwirtsehefrauen gesetzlich zu regeln, ergebe sich aus der unter Geltung des früheren Rechts festzustellenden und auf das überkommene Rollenverständnis in der Landwirtschaft zurückzuführenden geringen Sicherungsquote. Diese beruhte aber auch auf dem mangelnden Anreiz, doppelte Beiträge zu zahlen, da das Landwirtsehepaar nach dem GAL im Rentenfall jeweils nur das einem unverheirateten Berechtigten zustehende Altersgeld oder vorzeitige Altersgeld (unter Wegfall des sog. Verheiratetenzuschlags) erwarten konnte.²⁷

Die Einführung der Bäuerinnensicherung sei aber nicht nur mit Blick auf die Versorgung der Bäuerinnen, sondern auch unter Berücksichtigung der aktuellen Situation des berufsstandsspezifischen Versorgungssystems erforderlich gewesen, um angesichts des erheblichen Strukturwandels seit ihrer Einführung im Jahr 1957 die Alterssicherung in der Landwirtschaft funktionsfähig zu erhalten. Da immer weniger Beitragszahlern erheblich angewachsene und weiter steigende Altersgeldaufwendungen gegenüber stehen, könne es verfassungsrechtlich nicht beanstandet werden, dass der Gesetzgeber die Beitragszahlerbasis verbreiterte und damit auch dem Interesse der schon länger Versicherten an bezahlbaren Beiträgen entsprach, zumal den neuen Mitgliedern die gleichen Leistungen gewährt würden wie den bereits Versicherten.

Damit folgt das Bundesverfassungsgericht seiner bisherigen Rechtsprechung, wonach das Zustandekommen bzw. der Erhalt eines Pflichtversicherungssystems in Form der Solidargemeinschaft höher einzuschätzen ist als die den Versicherten eventuell auferlegten Belastungen – sei es in Gestalt einer im weitesten Sinne vergleichbare Personengruppen treffende Beitragspflicht, sei es in Form der Nichtgewährung von Sozialleistungen, die andere im weitesten Sinne vergleichbare Personengruppen beanspruchen können.²⁸

Dass sich der Gesetzgeber den somit legitimen Aspekt der Sicherung des Solidarsystems zum Ziel der Agrarsozialreform gesetzt hatte, erschließt sich bereits aus dem Gesetzentwurf zum ASRG 1995. Die dort ausdrücklich als Motiv benannte gerechtere Ausgestaltung und finanzielle Stabilisierung des agrarsozialen Sicherungssystems sollte insbesondere zu einer weitgehenden Beitragsstabilität für die nächsten Jahre nach In-Kraft-Treten der Reform

27 § 4 Abs. 3 Satz 1 GAL.

28 BVerfGE 87, 1, 41.

führen.²⁹ Ohne die vorgesehenen gesetzlichen Veränderungen wären erhebliche Beitragssteigerungen zu erwarten gewesen, die die finanzielle Leistungsfähigkeit der landwirtschaftlichen Betriebe u. U. überfordert hätten. Den bedingt durch die stetig wachsende Zahl von rentenberechtigten Landwirten steigenden Leistungsaufwendungen und der auch im Hinblick auf die Probleme des Agrarmarkts schrumpfenden Solidargemeinschaft konnte nämlich nicht – unter Berücksichtigung der angespannten Haushaltslage – mit erhöhten Bundeszuschüssen begegnet werden.³⁰

Weiterhin stellt das Bundesverfassungsgericht klar, dass der Gesetzgeber befugt gewesen sei, alle Landwirtsehegatten – auch die Ehegatten von Nebenerwerbslandwirten – in die Pflichtversicherung einzubeziehen. Auf eine tatsächliche Mitarbeit habe der Gesetzgeber nicht abstellen müssen; seine Einschätzung, dass in den meisten Fällen eine Mitarbeit im Betrieb vorliege, beruhe auf einer ausreichenden Tatsachengrundlage. In typisierender und generalisierender Weise habe der Gesetzgeber – im Hinblick auf die Besonderheiten landwirtschaftlicher Haushalte – alle Ehegatten von Landwirten für schutzbedürftig ansehen dürfen.

Die Beschwerdeführerin hatte insoweit geltend gemacht, Grundlage einer Versicherungspflicht der Landwirtsehegatten in der AdL könne nur eine tatsächliche Mitarbeit im landwirtschaftlichen Unternehmen sein. Mit dieser Forderung setzte sie sich aber bereits in Widerspruch zum Wortlaut des § 1 Abs. 3 ALG, der – im deutlichen Gegensatz zu der Regelung über die Versicherungspflicht der mitarbeitenden Familienangehörigen in der AdL – gerade keine Mitarbeit des Ehegatten in dem landwirtschaftlichen Unternehmen für die Begründung der Versicherungspflicht verlangt. Es wird vielmehr die Landwirtseigenschaft des Ehegatten fingiert. Diese Fiktion stützt sich auf eine grundlegende Untersuchung des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten aus dem Jahr 1990³¹, die den Gesetzgeber davon ausgehen ließ, dass – idealtypisch – nahezu alle Landwirtsehegatten im Unternehmen des Landwirts mitarbeiten, ihre Arbeitsbelastung – insbesondere in Nebenerwerbsbetrieben – beständig zunimmt, sie aber aus Kostengründen oder unter steuerrechtlichen Aspekten nicht für die Risikofälle des Alters und der Erwerbsminderung versichert werden.

29 Vorblatt zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum ASRG 1995, Bundestagsdrucks. 12/5889, zu A. Zielsetzung und zu B. Lösung.

30 Allgemeiner Teil der Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum ASRG 1995, a. a. O., zu I. 2.

31 Agrarbericht 1991, Bundesrats-Drucks. 80/91, Rn. 75.

Jedenfalls ist der Begriff der „Mitarbeit“ im landwirtschaftlichen Unternehmen – unter Berücksichtigung der besonderen Verknüpfung von landwirtschaftlichem Betrieb und Haushaltsführung – in einem weiteren Sinn zu verstehen. Der landwirtschaftliche Haushalt weist in der Regel einen ausgeprägten Betriebsbezug auf und ist oftmals auch räumlicher Teil des Betriebs. Zudem werden neben der Familie häufig Angestellte des Hofes mitversorgt. Folglich wird im Bereich der landwirtschaftlichen Sozialversicherung – den Besonderheiten der bäuerlichen Lebensverhältnisse Rechnung tragend – die Haushaltsführung als „unternehmensnützig“ anerkannt, was die Regelungen über die Betriebs- und/oder Haushaltshilfe zur Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens³² zum Ausdruck bringen. Andere Alterssicherungssysteme für Selbständige weisen derartige Regelungen nicht auf, so dass auf einen traditionell anerkannten spezifischen Bedarf zu schließen ist.

Dies wird bestätigt durch die einschlägigen Bestimmungen der landwirtschaftlichen Unfallversicherung, insbesondere durch § 124 Nr. 1 SGB VII, der inhaltlich der früheren Regelung des § 777 Nr. 1 RVO entspricht und ausdrücklich den Haushalt zum landwirtschaftlichen Betrieb rechnet. Daraus folgert das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung, dass alle hauswirtschaftlichen Verrichtungen, also nicht nur die unmittelbar dem Betrieb zugute kommenden Tätigkeiten, unter dem Schutz der landwirtschaftlichen Unfallversicherung stehen.³³

Demgemäß wird für die landwirtschaftliche Sozialversicherung in typisierender Betrachtung davon ausgegangen, dass die Bäuerin durch ihre Mitarbeit – selbst wenn diese auf die Haushaltsführung beschränkt ist – zur Aufrechterhaltung des landwirtschaftlichen Unternehmens aktiv beiträgt, d. h. die Haushaltsführung wird dem „Betreiben“ des landwirtschaftlichen Unternehmens zugerechnet.

Bei der Beurteilung, ob und inwieweit die Fiktion der Landwirtseigenschaft im Sinne des § 1 Abs. 3 ALG berechtigt ist, kann somit das letztlich die gesetzliche Versicherungspflicht begründende soziale Schutzbedürfnis nicht nur bei Ausübung der unmittelbar betriebsrelevanten Tätigkeiten, sondern gleichermaßen bei der Führung des Haushalts und bei der Betreuung der Kinder angenommen werden.

Dies berücksichtigend ist auch das BSG in seinen Entscheidungen zur Bäuerinnensicherung von einem erweiterten Begriff der Mitarbeit ausgegangen. Dazu rechnet es nicht nur die körperliche Mithilfe bei landwirtschaftlichen Tätigkeiten, sondern u. a. auch die Verrichtung in der Landwirtschaft

32 §§ 6 ff GAL bzw. 10 Abs. 2, 36, 37 und 39 ALG.

33 Kasseler Kommentar – Ricke, § 124 SGB VII, Rz. 5.

anfallender sonstiger Tätigkeiten, wie Büroarbeiten, Buchhaltung, Verkauf von landwirtschaftlichen Produkten, Aufsicht über Arbeitskräfte sowie die Entgegennahme von Lieferungen.

Diese Auslegung erscheint als folgerichtig, da die im Sinne einer Arbeitsteilung erfolgende Übernahme vorgenannter Tätigkeiten die Bäuerin daran hindert, einer außerlandwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit nachzugehen, aufgrund derer sie eine eigenständige Alterssicherung aufbauen könnte. Muss der Mitarbeitsbegriff somit unter Berücksichtigung der spezifischen sozialen Schutzbedürftigkeit der Bäuerin interpretiert werden, rechtfertigen – worauf das BSG zutreffend hingewiesen hat – auch andere landwirtschaftsspezifische Gründe, wie z. B. die Bindung an das landwirtschaftliche Unternehmen und die daraus resultierende Unmöglichkeit des Umzugs an einen Ort, an dem beide Ehegatten einen angemessenen Arbeitsplatz finden können, die Einbeziehung der Bäuerin in die Versicherungspflicht.

Demgemäß zieht das BSG von den im Agrarbericht für das Jahr 1990 benannten 24 Prozent nicht mitarbeitender Landwirtsehegatten eine hohe Zahl von Landwirtsehefrauen, die sich nach § 3 ALG³⁴ befreien lassen könnten, Altenteiler betreuen und versorgen oder aus vg. anderen Gründen an der Aufnahme einer außerlandwirtschaftlichen Tätigkeit gehindert sind, ab mit der Folge, dass nur noch ein sehr geringer Anteil von Landwirtsehefrauen ohne „Mitarbeit im Betrieb“ in diesem weiteren Sinne in die Versicherungspflicht der AdL – durch Aspekte der Pauschalierung und Typisierung gerechtfertigt – einbezogen werde. Dies gilt für die Ehefrauen von Nebenerwerbslandwirten gleichermaßen, da – wie das Bundesverfassungsgericht anmerkt – ihr Schutzbedürfnis nicht geringer als das der Ehegatten von Haupterwerbslandwirten ist. Einem Nebenerwerbslandwirt verbleibt in der Regel weniger Zeit für den eigenen Einsatz in der Landwirtschaft, so dass von einem größeren Umfang der „Mitarbeit“ des Ehegatten im Betrieb ausgegangen werden kann.

Dass der dennoch festzustellende Grundrechtseingriff „verhältnismäßig im engeren Sinne“ ist, begründet das Bundesverfassungsgericht mit der relativ geringen Beitragsbelastung des betroffenen Personenkreises. Selbst für die Gruppe der am stärksten belasteten Ehepaare mit einem Einkommen knapp oberhalb der Grenze für Beitragszuschüsse belaufe sich der Gesamtjahresbeitrag eines Ehegatten auf nur knapp 15,3 v. H. der ihm

34 Nach dieser Regelung wird auf Antrag von der Versicherungspflicht in der AdL insbes. befreit, wer wegen anderweitiger Einkünfte in bestimmter Höhe, Kindererziehung, Pflege eines Pflegebedürftigen oder der Ableistung von Wehr- oder Zivildienst in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig ist.

zuzurechnenden Einkommenshälfte. Diese unter dem Beitragssatz der gesetzlichen Rentenversicherung für versicherte selbständige Tätige von derzeit 19,5 v. H. liegende Belastung verringere sich durch die staatlichen Beitragszuschüsse erheblich. Dass nach geltendem Recht die Beiträge des Ehegatten aus dem Einkommen des Landwirts zu tragen seien, führe ebenfalls nicht zu einer unverhältnismäßigen Belastung. Beide Ehegatten erhielten im Alter eine jeweils eigenständige Versorgung, was die zweifache Beitragslast rechtfertige. Dabei sei zu berücksichtigen, dass der landwirtschaftliche Betrieb im Hinblick auf die Alterssicherung traditionell beiden Ehegatten zugeordnet sei und auch ein Altenteil beide Ehepartner absichern müsste.

Das Familieneinkommen dürfe auch durchaus – entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin – mit Altersvorsorgeaufwendungen für den nicht verdienenden Ehepartner „belastet“ werden. Nach den familienrechtlichen Regelungen des BGB werde die Haushaltsarbeit des einen Ehegatten der Erwerbstätigkeit des anderen gleichgestellt.³⁵ Bei einer sogenannten Haushaltsführungsehe müsse somit der verdienende Ehegatte den gesamten nötigen Barbedarf erwirtschaften und in den Familienunterhalt einbringen. Aus diesem seien dann die Bedürfnisse beider Ehegatten und ggf. der gemeinsamen Kinder sicherzustellen. Die Kosten einer Altersabsicherung für die Hausfrau oder den Hausmann müssten diesen Bedürfnissen zugerechnet werden.³⁶ Wie aus dem Familieneinkommen für das Alter beider Partner vorgesorgt werden solle, könne ein Ehepaar grundsätzlich frei bestimmen. Eine Alterssicherung vorzuschreiben und eine sozialversicherungsrechtliche Beitragslast auch für den nicht verdienenden Ehegatten zu begründen, sei dem Gesetzgeber aber dann erlaubt, wenn Besonderheiten in bestimmten Berufszweigen eine angemessene Alterssicherung erschweren oder diese sogar regelmäßig unterbleibe.

Auch das BSG sieht die Anknüpfung der Versicherungs- und Beitragspflicht der Bäuerinnen an den Bestand einer „intakten“ Ehe – unabhängig davon, ob der Ehegatte tatsächlich im Betrieb mitarbeite und über eigenes Einkommen verfüge – als dadurch gerechtfertigt an, dass die Ehe das hervorragende Beispiel einer spezifischen Solidaritäts- oder Verantwortlichkeitsbeziehung sei. Da sich die mit der Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 3 ALG verbundene Beitragspflicht als sozialrechtliche Ausgestaltung der eherechtlichen Unterhaltspflicht darstelle, ergebe sich selbst dann kein Verfassungsverstoß, wenn dem Ehegatten ein Beitragszuschuss (wegen Überschreitung der Einkommensgrenze) nicht gewährt werde und demgemäß der Beitrag zur

35 § 1356 Abs. 1 BGB.

36 §§ 1360 Satz 1, 1360a Abs. 1 BGB i. V. m. dem Rechtsgedanken des § 1578 Abs. 3 BGB, s. a. Palandt-Brudermüller, § 1360a BGB, Rz. 2.

AdL in vollem Umfang praktisch aus dem Arbeitsentgelt der Haupttätigkeit des (befreiten) Landwirts gezahlt werden müsse.

Diesen Aspekt vertiefend, stellt das Bundesverfassungsgericht fest, es könne keine grundgesetzwidrige Doppelbelastung des Ehemannes darin gesehen werden, dass bei der Bemessung der Beitragszuschüsse das gesamte und nicht nur das landwirtschaftliche Familieneinkommen Berücksichtigung finde. Die Einkommenszurechnung erfolge nämlich nicht bei der Beitragsberechnung, sondern vielmehr im Rahmen einer beitragsmindernden Subvention. Wolle der Gesetzgeber eine Belastungsgrenze für den Aufbau einer eigenständigen Alterssicherung einführen, dürfe er wegen der familienrechtlich vorgegebenen Verwendungsstruktur des Familieneinkommens bei jedem Ehegatten die Leistungsfähigkeit anhand des gesamten Einkommens ermitteln. Werde nur das landwirtschaftliche (Teil-)Einkommen der Familie berücksichtigt, gebe dies die Leistungsfähigkeit nicht zutreffend wieder.

Zu der umstrittenen Frage, ob die obligatorische Einbeziehung der Bestandsbäuerinnen verfassungsrechtlich zulässig ist, nimmt das Bundesverfassungsgericht ebenfalls eindeutig Stellung. Aus seiner Sicht hätte der Gesetzgeber die mit der Regelung des § 1 Abs. 3 ALG verfolgte Zielsetzung bei Einführung einer voraussetzungslosen Befreiungsmöglichkeit für diesen Personenkreis nicht erreichen können, da sich die Mitgliederbasis der Alterskassen dann nur sehr langsam verbreitert und demgemäß die AdL finanziell nicht ausreichend gefestigt hätte. Da die Befreiungsmöglichkeiten denkbaren Härten ausreichend Rechnung tragen und die Bestandsbäuerinnen zudem durch die großzügige Zusplittungsregelung³⁷ begünstigt würden, ergebe sich kein Verstoß gegen Art. 2 Abs. 1 GG.

Auch eine Verletzung des Grundsatzes des Vertrauensschutzes sei nicht erkennbar. Sehe man in der Einbeziehung der Bestandsbäuerinnen eine unechte Rückwirkung, werde der damit verbundene Grundrechtseingriff durch das gewichtige Interesse des Staates an der Neuordnung der Alterssicherung der Landwirtsehegatten gerechtfertigt.

Das Bundesverfassungsgericht kann sich diesbezüglich auf die Gesetzesmotive stützen. Diese zeigen auf, dass der Gesetzgeber auf die noch im Entwurf des ASRG 1995 vorgesehene befristete generelle Befreiungsmöglichkeit für alle Bäuerinnen verzichtete, um eine Risikoselektion und eine Gefährdung der finanziellen Stabilität des Sicherungssystems zu vermeiden.³⁸ Selbst die

37 Fn. 14.

38 Allgemeiner Teil des Schriftlichen Berichts des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, Bundestagsdrucks. 12/7599, zu VI. 2.

mit dem ASRG-Änderungsgesetz vollzogenen Korrekturen, insbesondere die Erweiterung der Befreiungsmöglichkeiten, waren auf eine Erhöhung der Akzeptanz der Reform bei dem betroffenen Personenkreis unter Aufrechterhaltung der Grundsätze der eigenständigen Sicherung der Bäuerin gerichtet.³⁹

Einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz, Art. 3 Abs. 1 GG, vermag das Bundesverfassungsgericht ebenfalls nicht zu erkennen. Zum einen rechtfertigt sich die Gleichbehandlung aller Landwirtsehegatten ohne Rücksicht auf ihre Mitarbeit im Betrieb und die Art des Betriebes als Haupt- oder Nebenerwerbslandwirtschaft auf Grund der obigen Erwägungen; zum anderen liege es im Rahmen des dem Gesetzgeber eingeräumten sozialpolitischen Spielraums, allein die Landwirtsehegatten im Unterschied zu den Ehegatten anderer selbständig Tätiger oder abhängig Beschäftigter in die sozialversicherungsrechtlich ausgestaltete Alterssicherung aufzunehmen, da gerade sie aus besonderen Gründen am Aufbau einer eigenen Altersversorgung gehindert seien oder hiervon absehen würden. Wie bereits ausgeführt, hatte das BSG als derartige Gründe sowohl die Mitarbeit im landwirtschaftlichen Betrieb im weiteren Sinn als auch die (räumliche) Bindung an das landwirtschaftliche Unternehmen benannt, die es den Bäuerinnen erschweren bzw. sogar unmöglich machen würden, eine Erwerbstätigkeit außer Hause aufzunehmen.

Sachlich gerechtfertigt wird die von der Beschwerdeführerin angegriffene Ungleichbehandlung der Landwirtsehefrauen mit u. a. den Ehegatten von Handwerkern aber auch durch die Sonderstellung der AdL, die sich als weitgehend fremdfinanziertes Alterssicherungssystem mit stark fürsorglichem Charakter⁴⁰ darstellt, was eine von der gesetzlichen Rentenversicherung abweichende Ausgestaltung des Versicherungsverhältnisses legitimiert. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass unter Geltung des ALG ein Spezifikum des früheren Rechts – der Verheiratetenzuschlag – zu Gunsten einer eigenständigen Anspruchsberechtigung des Ehegatten innerhalb einer Übergangsfrist vollständig abgebaut werden wird. Die dem Gebot der Förderung der Gleichberechtigung von Männern und Frauen, Art. 3 Abs. 2 Satz 2 GG, Rechnung tragende Verselbständigung der Anspruchsberechtigung war systemkonform nur durch Einführung einer vorangehenden Versicherungs- und Beitragspflicht für den Landwirtsehegatten zu realisieren.

39 Vorblatt zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P., Bundestagsdrucks. 13/2747, zu A.

40 BVerfGE 25, 314, 321 f.

Die Regelung des § 1 Abs. 3 ALG verletze auch nicht – wie von der Beschwerdeführerin gerügt – das Gebot des Schutzes von Ehe und Familie, Art. 6 Abs. 1 GG. Die Beitragslast knüpfe an vorhandene, die Ehe verfassungskonform ausgestaltende unterhaltsrechtliche Vorschriften und die wirtschaftliche Zuordnung des bäuerlichen Betriebes an. Auch könne nicht von einer Diskriminierung gegenüber nichtehelichen Lebensgemeinschaften ausgegangen werden, da der allein die Ehegatten treffenden Beitragslast Leistungsansprüche gegen die Alterskassen „mit guter Rendite“ gegenüber stehen würden. Insoweit hält das Bundesverfassungsgericht an seiner bisherigen Rechtsprechung fest. Bereits mit Beschluss vom 03.09.1982⁴¹ hatte es dargelegt, dem Gebot der Eheförderung werde jedenfalls dann genügt, wenn Ehegatten die Möglichkeit besitzen, eine bessere und weitergehende soziale Sicherung aufzubauen, als Ledige dies könnten. Außerdem bleibt in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber die Befreiungsregelungen mit dem ASRG-Änderungsgesetz bewusst erweitert hat, um in sozialen Härtefällen die Möglichkeit zu schaffen, einer als unzumutbar empfundenen Belastung des Familieneinkommens durch die (doppelte) Beitragszahlung zu entgehen.

Schließlich sieht das Bundesverfassungsgericht in der Regelung des § 1 Abs. 3 ALG auch keine verfassungswidrige „Familiendiskriminierung“ (Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 i. V. m. Art. 6 Abs. 1 GG). Bezüglich des Leistungsrechts der AdL verweist das Gericht darauf, dass der Landwirtsehegatte auf Grund der Zeiten der Kindererziehung Zugang zur gesetzlichen Rente habe. Hinsichtlich des Beitragsrechts seien die für die soziale Pflegeversicherung entwickelten Grundsätze⁴² nicht übertragbar, da es bereits an der „Mindestgeschlossenheit des Systems“ fehle. Nur in der sozialen Pflegeversicherung, die einen sehr hohen Versichertengrad aufweise, nicht aber in der AdL, sei davon auszugehen, dass die heute von Versicherten großgezogenen Kinder in diesem System zukünftig zu Beitragszahlern werden und die Finanzierung von Versicherungsleistungen durch ihre Beiträge sicherstellen. Im Übrigen bleibe im Unterschied zur sozialen Pflegeversicherung die Erziehungsleistung des Landwirtsehegatten bei dessen Alterssicherung in der AdL nicht unberücksichtigt.

Im Ergebnis hat somit das Bundesverfassungsgericht die Motive des Gesetzgebers bei Einführung der „Bäuerinnenpflichtversicherung“ – einerseits das bereits unter Geltung des GAL anerkannte Schutzbedürfnis der Landwirtsehegatten, andererseits die finanzielle Stabilisierung der AdL durch

41 Az. 1 BvR 114/79.

42 Urteil vom 03.04.2001, BVerfGE 103, 242.

Verbreiterung der Beitragszahlerbasis – als verfassungsrechtlich legitim anerkannt und damit die Rechtsprechung des BSG bestätigt.

Besondere Bedeutung für den von Interessenverbänden geforderten und vom Gesetzgeber bezweckten Abbau der sich aus der klassischen Rollenverteilung ergebenden sozialen Schutzdefizite der Landwirtsehegatten kommt der Feststellung zu, dass die Gleichbehandlung aller Landwirtsehegatten unabhängig von ihrer tatsächlichen Mitarbeit im landwirtschaftlichen Haupt- oder Nebenerwerbsbetrieb zulässig ist.

Wäre dem Vortrag der Beschwerdeführerin gefolgt und für die Begründung der Versicherungspflicht in der AdL auf eine tatsächliche Mitarbeit des Landwirtsehegatten im Unternehmen abgestellt worden, verbliebe es bei der früheren Situation, die den Gesetzgeber zur Einführung des § 1 Abs. 3 ALG veranlasste:

Da für die landwirtschaftlichen Alterskassen keine praktikable Möglichkeit besteht, das Vorliegen einer Mitarbeit bzw. deren Art und Umfang zu überprüfen, würde die soziale Sicherung der Bäuerin weiterhin in das freie Belieben des Landwirtsehepaares gestellt werden mit der Folge, dass wie bisher eine Versicherung der Bäuerin insbesondere für die Risikofälle des Alters und der Erwerbsminderung unterbleibt, u.a. um dem Betrieb liquide Geldmittel für Investitionen freizuhalten bzw. weil traditionell der Bedarf für eine eigenständige soziale Sicherung der Frau nicht gesehen wird. Für die Begründung eines gesetzlichen sozialen Mindestschutzes zu Gunsten der Bäuerinnen sprechen aber – auch unter Berücksichtigung des Gleichberechtigungspostulats des Art. 3 Abs. 2 Satz 2 GG – die gleichen Erwägungen, die zu einer grundsätzlichen Versicherungspflicht des Landwirts in der AdL bereits geführt haben.

Zwar kann nicht ausgeschlossen werden, dass zu dem von der Versicherungspflicht erfassten Personenkreis auch einzelne Landwirtsehegatten gehören, die nach ihrer Selbsteinschätzung keine Beziehung zum landwirtschaftlichen Betrieb des Ehemannes haben. Insoweit stellt sich aber die Frage, wie das Nichtbestehen einer solchen Beziehung zum Betrieb zu definieren und zu überprüfen ist. Da mit der von diesen Landwirtsehegatten subjektiv als belastend empfundenen Beitragspflicht die Einbeziehung in den Versicherungsschutz der AdL korrespondiert, ist die Verpflichtung zur Beitragszahlung – auch unter Berücksichtigung der Regelungen über die

Gewährung eines Beitragszuschusses – insgesamt als vertretbar anzusehen.

Abschließend bleibt festzustellen, dass dank der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts einer der Hauptstreitpunkte der Agrarsozialreform im wohlverstandenen Interesse des betroffenen Personenkreises sowie im Sinne einer Stabilisierung des Gesamtsystems der AdL beigelegt worden ist.

Verfasser:
Dieter Böttger
Uhlenhorststraße 3
34132 Kassel

L K K		B E I T R A G S K L A S S E N									
LKK Schleswig-Holstein und Hamburg (Arbeitsbedarf in Arbeitseinheiten)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	44,00 €	62,00 €	72,00 €	83,00 €	94,00 €	104,00 €	114,00 €	125,00 €	141,00 €	158,00 €	
	5,24 €	7,38 €	8,57 €	9,88 €	11,19 €	12,38 €	13,57 €	14,88 €	16,78 €	18,80 €	
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 50)	(bis 75)	(bis 100)	(bis 125)	(bis 150)	(bis 175)	(bis 200)	(bis 250)	(bis 300)	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	174,00 €	190,00 €	206,00 €	228,00 €	249,00 €	271,00 €	293,00 €	314,00 €	336,00 €	412,00 €	
	20,71 €	22,61 €	24,51 €	27,13 €	29,63 €	32,25 €	34,87 €	37,37 €	39,98 €	49,03 €	
(bis 350)	(bis 400)	(bis 450)	(bis 525)	(bis 600)	(bis 750)	(bis 950)	(bis 1.150)	(bis 1.500)	(über 1.500)		
LKK Niedersachsen-Bremen (Bereich Oldenburg-Bremen) (Arbeitsbedarf in Arbeitseinheiten)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	45,00 €	55,00 €	82,00 €	105,00 €	129,00 €	152,00 €	173,00 €	192,00 €	211,00 €	224,00 €	
	5,36 €	6,55 €	9,76 €	12,50 €	15,35 €	18,09 €	20,59 €	22,85 €	25,11 €	26,66 €	
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 100)	(bis 175)	(bis 250)	(bis 325)	(bis 400)	(bis 475)	(bis 550)	(bis 625)	(bis 700)	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	238,00 €	252,00 €	267,00 €	276,00 €	285,00 €	294,00 €	304,00 €	313,00 €	327,00 €	406,00 €	
	28,32 €	29,99 €	31,77 €	32,84 €	33,92 €	34,99 €	36,18 €	37,25 €	38,91 €	48,31 €	
(bis 775)	(bis 850)	(bis 925)	(bis 1.000)	(bis 1.200)	(bis 1.400)	(bis 1.600)	(bis 1.800)	(bis 1.900)	(über 1.900)		

DOKUMENTATION

L K K	B E I T R A G S K L A S S E N									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Niedersachsen-Bremen (Bereich Hannover-Braunschweig) (Flächenwert in EURO) (modifiziert nach AELV)	45,00 €	55,00 €	77,00 €	97,00 €	119,00 €	140,00 €	161,00 €	182,00 €	201,00 €	219,00 €
	5,36 €	6,55 €	9,16 €	11,54 €	14,16 €	16,66 €	19,16 €	21,66 €	23,92 €	26,06 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 5.000)	(bis 8.900)	(bis 12.800)	(bis 16.700)	(bis 20.600)	(bis 24.500)	(bis 28.400)	(bis 32.300)	(bis 36.200)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	238,00 €	256,00 €	275,00 €	291,00 €	307,00 €	322,00 €	334,00 €	346,00 €	357,00 €	406,00 €
	28,32 €	30,46 €	32,73 €	34,63 €	36,53 €	38,32 €	39,75 €	41,17 €	42,48 €	48,31 €
	(bis 40.100)	(bis 44.000)	(bis 47.900)	(bis 51.800)	(bis 55.700)	(bis 59.600)	(bis 63.500)	(bis 67.400)	(bis 71.300)	(über 71.300)
LKK Nordrhein-Westfalen (Regionaldirektion Detmold) (Flächenwert in EURO) (modifiziert nach AELV)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	45,00 €	60,00 €	75,00 €	90,00 €	105,00 €	118,00 €	135,00 €	148,00 €	162,00 €	177,00 €
	5,36 €	7,14 €	8,93 €	10,71 €	12,50 €	14,04 €	16,07 €	17,61 €	19,28 €	21,06 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 3.750)	(bis 7.500)	(bis 11.250)	(bis 15.000)	(bis 18.750)	(bis 22.500)	(bis 26.250)	(bis 30.000)	(bis 33.750)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	198,00 €	219,00 €	240,00 €	261,00 €	282,00 €	300,00 €	324,00 €	342,00 €	363,00 €	432,00 €
	23,56 €	26,06 €	28,56 €	31,06 €	90,00 €	35,70 €	38,56 €	40,70 €	43,20 €	51,41 €
(bis 37.500)	(bis 42.500)	(bis 47.500)	(bis 52.500)	(bis 57.500)	(bis 62.500)	(bis 67.500)	(bis 72.500)	(bis 77.500)	(über 77.500)	

L K K	B E I T R A G S K L A S S E N									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Nordrhein-Westfalen (Regionaldirektion Düsseldorf) (Flächenwert in EURO) (modifiziert nach AELV)	43,00 €	61,00 €	115,00 €	122,00 €	133,00 €	140,00 €	151,00 €	158,00 €	173,00 €	184,00 €
	5,12 €	7,26 €	13,69 €	14,52 €	15,83 €	16,66 €	17,97 €	18,80 €	20,59 €	21,90 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 2.500)	(ab 2.500)	(ab 5.000)	(ab 7.500)	(ab 10.000)	(ab 12.500)	(ab 15.000)	(ab 17.500)	(ab 20.000)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	198,00 €	202,00 €	212,00 €	223,00 €	238,00 €	252,00 €	263,00 €	277,00 €	288,00 €	432,00 €
	23,56 €	24,04 €	25,23 €	26,54 €	28,32 €	29,99 €	31,30 €	32,96 €	34,27 €	51,41 €
	(ab 22.500)	(ab 25.000)	(ab 30.000)	(ab 35.000)	(ab 40.000)	(ab 45.000)	(ab 50.000)	(ab 55.000)	(ab 67.500)	(ab 80.000)
LKK Nordrhein-Westfalen (Regionaldirektion Münster) (Flächenwert in EURO) (modifiziert nach AELV)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	47,00 €	52,00 €	69,00 €	86,00 €	103,00 €	120,00 €	137,00 €	164,00 €	171,00 €	188,00 €
	5,59 €	6,19 €	8,21 €	10,23 €	12,26 €	14,28 €	16,30 €	19,52 €	20,35 €	22,37 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 2.500)	(ab 2.500)	(ab 5.000)	(ab 7.500)	(ab 10.000)	(ab 12.500)	(ab 15.000)	(ab 17.500)	(ab 20.000)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	205,00 €	222,00 €	239,00 €	256,00 €	273,00 €	290,00 €	307,00 €	324,00 €	341,00 €	432,00 €
	24,40 €	26,42 €	28,44 €	30,46 €	32,49 €	34,51 €	36,53 €	38,56 €	40,58 €	51,41 €
(ab 22.500)	(ab 25.000)	(ab 27.500)	(ab 30.000)	(ab 32.500)	(ab 35.000)	(ab 37.500)	(ab 42.500)	(ab 47.500)	(über 52.500)	

Dokumentation

L K K	B E I T R A G S K L A S S E N									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Darmstadt (Flächenwert in EURO) (modifiziert nach AELV)	65,00 €	73,00 €	153,00 €	158,00 €	169,00 €	189,00 €	215,00 €	235,00 €	261,00 €	281,00 €
	7,74 €	8,69 €	18,21 €	18,80 €	20,11 €	22,49 €	25,59 €	27,97 €	31,06 €	33,44 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 2.556)	(bis 7.669)	(bis 15.339)	(bis 20.452)	(bis 25.565)	(bis 28.121)	(bis 30.678)	(bis 33.234)	(bis 35.790)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	307,00 €	317,00 €	327,00 €	342,00 €	353,00 €	368,00 €	383,00 €	399,00 €	414,00 €	459,00 €
	36,53 €	37,72 €	38,91 €	40,70 €	42,01 €	43,79 €	45,58 €	47,48 €	49,27 €	54,62 €
	(bis 40.903)	(bis 46.016)	(bis 51.129)	(bis 61.355)	(bis 71.581)	(bis 81.807)	(bis 97.145)	(bis 112.484)	(bis 127.823)	(über 127.823)
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Speyer (Flächenwert in EURO)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	65,00 €	73,00 €	153,00 €	158,00 €	169,00 €	189,00 €	215,00 €	235,00 €	261,00 €	281,00 €
	7,74 €	8,69 €	18,21 €	18,80 €	20,11 €	22,49 €	25,59 €	27,97 €	31,06 €	33,44 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 2.556)	(bis 7.669)	(bis 15.339)	(bis 20.452)	(bis 25.565)	(bis 28.121)	(bis 30.678)	(bis 33.234)	(bis 35.790)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	307,00 €	317,00 €	327,00 €	342,00 €	353,00 €	368,00 €	383,00 €	399,00 €	414,00 €	459,00 €
	36,53 €	37,72 €	38,91 €	40,70 €	42,01 €	43,79 €	45,58 €	47,48 €	49,27 €	54,62 €
(bis 40.903)	(bis 46.016)	(bis 51.129)	(bis 61.355)	(bis 71.581)	(bis 81.807)	(bis 97.145)	(bis 112.484)	(bis 127.823)	(über 127.823)	

L K K	B E I T R A G S K L A S S E N									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Saarbrücken (Flächenwert in EURO) (modifiziert nach AELV)	65,00 €	73,00 €	93,00 €	103,00 €	123,00 €	137,00 €	162,00 €	181,00 €	196,00 €	216,00 €
	7,74 €	8,69 €	11,07 €	12,26 €	14,64 €	16,30 €	19,28 €	21,54 €	23,32 €	25,70 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 2.556)	(bis 7.669)	(bis 15.339)	(bis 20.452)	(bis 25.565)	(bis 28.121)	(bis 30.678)	(bis 33.234)	(bis 35.790)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	240,00 €	265,00 €	299,00 €	315,00 €	348,00 €	363,00 €	378,00 €	394,00 €	409,00 €	459,00 €
	28,56 €	31,54 €	35,58 €	37,49 €	41,41 €	43,20 €	44,98 €	46,89 €	48,67 €	54,62 €
	(bis 40.903)	(bis 46.016)	(bis 51.129)	(bis 61.355)	(bis 71.581)	(bis 81.807)	(bis 97.145)	(bis 112.484)	(bis 127.823)	(über 127.823)
Land- und forstw. KK Franken und Oberbayern (Berechnungswert auf der Basis des Flächenwertes in EUR)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	64,50 €	73,50 €	93,00 €	109,50 €	129,00 €	148,50 €	172,50 €	192,00 €	211,50 €	229,50 €
	7,68 €	8,75 €	11,07 €	13,03 €	15,35 €	17,67 €	20,53 €	22,85 €	25,17 €	27,31 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 1.500,99)	(ab 1.501)	(ab 2.001))	(ab 3.001)	(ab 4.001)	(ab 5.001)	(ab 6.001)	(ab 7.001)	(ab 9.001)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	246,00 €	261,00 €	279,00 €	294,00 €	310,50 €	327,00 €	345,00 €	376,50 €	408,00 €	463,50 €
	29,27 €	31,06 €	33,20 €	34,99 €	36,95 €	38,91 €	41,06 €	44,80 €	48,55 €	55,16 €
(ab 12.001)	(ab 16.001)	(ab 22.001)	(ab 30.001)	(ab 40.001)	(ab 56.001)	(ab 77.001)	(ab 110.001)	(ab 170.001)	(über 290.000)	

Dokumentation

L K K	B E I T R A G S K L A S S E N									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Niederbayern/ Oberpfalz und Schwaben, Landshut (Flächenwert in DM)	50,00 €	68,00 €	100,00 €	116,00 €	132,00 €	149,00 €	166,00 €	183,00 €	194,00 €	207,00 €
	5,95 €	8,09 €	11,90 €	13,80 €	15,71 €	17,73 €	19,75 €	21,78 €	23,09 €	24,63 €
	(landw. Kleinuntern.	(bis 6.000)	(bis 9.000)	(bis 12.000)	(bis 15.000)	(bis 18.000)	(bis 21.000)	(bis 24.000)	(bis 27.000)	(bis 30.000)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	232,00 €	248,00 €	266,00 €	282,00 €	299,00 €	315,00 €	331,00 €	352,00 €	369,00 €	463,00 €
	27,61 €	29,51 €	31,65 €	33,56 €	35,58 €	37,49 €	39,39 €	41,89 €	43,91 €	55,10 €
	(bis 35.000)	(bis 40.000)	(bis 50.000)	(bis 60.000)	(bis 70.000)	(bis 90.000)	(bis 110.000)	(bis 160.000)	(bis 220.000)	(über 220.000)
LKK Niederbayern/ Oberpfalz und Schwaben, Augsburg (Flächenwert in DM)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	47,00 €	64,00 €	93,00 €	109,00 €	124,00 €	140,00 €	155,00 €	170,00 €	182,00 €	194,00 €
	5,59 €	7,62 €	11,07 €	12,97 €	14,76 €	16,66 €	18,45 €	20,23 €	21,66 €	23,09 €
	(bis 4.000)	(bis 6.000)	(bis 8.000)	(bis 12.000)	(bis 16.000)	(bis 20.000)	(bis 25.000)	(bis 30.000)	(bis 37.000)	(bis 44.000)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	217,00 €	232,00 €	248,00 €	264,00 €	279,00 €	294,00 €	310,00 €	329,00 €	345,00 €	463,00 €
	25,82 €	27,61 €	29,51 €	31,42 €	33,20 €	34,99 €	36,89 €	39,15 €	41,06 €	55,10 €
(bis 52.000)	(bis 60.000)	(bis 69.000)	(bis 79.000)	(bis 89.000)	(bis 100.000)	(bis 110.000)	(bis 120.000)	(bis 130.000)	(über 130.000)	

L K K	B E I T R A G S K L A S S E N									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Baden-Württemberg (Flächenwert in EURO) (modifiziert nach AELV)	60,00 €	66,00 €	90,00 €	129,00 €	150,00 €	165,00 €	177,00 €	186,00 €	198,00 €	210,00 €
	7,14 €	7,85 €	10,71 €	15,35 €	17,85 €	19,64 €	21,06 €	22,13 €	23,56 €	24,99 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 5.625)	(bis 9.204)	(bis 12.272)	(bis 15.851)	(bis 17.384)	(bis 19.430)	(bis 21.986)	(bis 24.543)	(bis 27.610)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	228,00 €	240,00 €	252,00 €	264,00 €	279,00 €	288,00 €	297,00 €	312,00 €	327,00 €	396,00 €
	27,13 €	28,56 €	29,99 €	31,42 €	33,20 €	34,27 €	35,34 €	37,13 €	38,91 €	47,12 €
	(bis 30.678)	(bis 34.257)	(bis 38.347)	(bis 42.438)	(bis 45.505)	(bis 48.573)	(bis 51.130)	(bis 53.686)	(bis 56.243)	(über 56.243)
KK für den Gartenbau (Jahresarbeitswert in EURO)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	51,00 €	63,00 €	77,00 €	99,00 €	124,00 €	143,00 €	163,00 €	182,00 €	203,00 €	222,00 €
	6,07 €	7,50 €	9,16 €	11,78 €	14,76 €	17,02 €	19,40 €	21,66 €	24,16 €	26,42 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 4.500)	(bis 6.500)	(bis 8.5000)	(bis 10.500)	(bis 13.000)	(bis 15.500)	(bis 18.000)	(bis 20.500)	(bis 26.000)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	236,00 €	248,00 €	258,00 €	269,00 €	280,00 €	303,00 €	325,00 €	348,00 €	380,00 €	435,00 €
	28,08 €	29,51 €	30,70 €	32,01 €	33,32 €	36,06 €	38,68 €	41,41 €	45,22 €	51,77 €
(bis 31.000)	(bis 36.000)	(bis 41.000)	(bis 46.000)	(bis 51.500)	(bis 64.000)	(bis 77.000)	(bis 90.000)	(bis 103.000)	(über 103.000)	

Dokumentation

L K K	B E I T R A G S K L A S S E N									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Berlin (Flächenwert in EURO)	50,00 €	76,00 €	97,00 €	118,00 €	139,00 €	160,00 €	182,00 €	203,00 €	224,00 €	245,00 €
	5,95 €	9,04 €	11,54 €	14,04 €	16,54 €	19,04 €	21,66 €	24,16 €	26,66 €	29,16 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 2.000)	(bis 4.000)	(bis 6.000)	(bis 8.000)	(bis 10.000)	(bis 15.000)	(bis 20.000)	(bis 30.000)	(bis 40.000)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	267,00 €	288,00 €	309,00 €	330,00 €	352,00 €	373,00 €	394,00 €	415,00 €	436,00 €	458,00 €
	31,77 €	34,27 €	36,77 €	39,27 €	41,89 €	44,39 €	46,89 €	49,39 €	51,88 €	54,50 €
	(bis 50.000)	(bis 60.000)	(bis 70.000)	(bis 80.000)	(bis 90.000)	(bis 100.000)	(bis 125.000)	(bis 150.000)	(bis 200.000)	(über 200.000)
Sächsische LKK (Aufgrund Wirtschaftswert ab DM)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	48,00 €	66,00 €	84,00 €	103,50 €	121,50 €	141,00 €	159,00 €	178,50 €	196,50 €	216,00 €
	5,71 €	7,85 €	10,00 €	12,32 €	14,46 €	16,78 €	18,92 €	21,24 €	23,38 €	25,70 €
	(landw. Kleinuntern.)	(BU m. Mindestgr.)	(ab 18.636)	(ab 24.106)	(ab 34.197)	(ab 49.726)	(ab 72.330)	(ab 105.153)	(ab 150.001)	(ab 219.499)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	234,00 €	252,00 €	271,50 €	289,50 €	309,00 €	327,00 €	346,50 €	364,50 €	384,00 €	402,00 €
	27,85 €	29,99 €	32,31 €	34,45 €	36,77 €	38,91 €	41,23 €	43,38 €	45,70 €	47,84 €
(ab 320.63)	(ab 466.890)	(ab 533.362)	(ab 573.136)	(ab 612.919)	(ab 652.693)	(ab 692.475)	(ab 732.250)	(ab772.032)	(ab 811.815)	

PERSÖNLICHES

Land- und forstwirtschaftliche Sozialversicherungsträger Franken und Oberbayern

Direktor Hans-Jürgen Rahn wird 60 Jahre



Am 25. August 2004 vollendete Direktor Hans-Jürgen Rahn sein sechzigstes Lebensjahr. Als Geschäftsführer übernahm er vor 22 Jahren, im Mai 1982, die Leitung der damals noch eigenständigen unterfränkischen Landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger in Würzburg und wandelte diese in ein modernes Dienstleistungsunternehmen um. Dabei kamen dem Juristen seine Kenntnisse aus seinem zusätzlich abgeschlossenen Studium als Diplomkaufmann zugute.

Seit dem Zusammenschluss der fränkischen mit den oberbayerischen Sozialversicherungsträgern in 2001 trägt er als Mitglied der Geschäftsführung der LSV-Träger Franken und Oberbayern, insbesondere im Personal-, Finanz- und Selbstverwaltungsbereich, große Verantwortung für die Umsetzung der Fusionsziele. Sein besonderes Augenmerk liegt dabei besonders auf der laufenden Verbesserung des Kundenservices sowie der Verringerung der Verwaltungskosten durch Straffung der Arbeitsabläufe, Verschlinkung der Organisation und dem Ausbau der Informationstechnik.

Den Versicherten trotz Personalabbau und wachsender Flut von Gesetzesänderungen und Reformen weiterhin als bewährter Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen, ist das Ziel der LSV-Träger Franken und Oberbayern, einem der größten landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger Deutschlands, für das Direktor Hans-Jürgen Rahn eintritt.

BÜCHER

Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) im Wertewandel. Von Christoph Wölki. *Eine interdisziplinäre Untersuchung zu zeitgemäßen Entstehungsvoraussetzungen eines Verwaltungsaktes unter dem Grundgesetz.* Frankfurt a.M., Berlin, Bern, Bruxelles, Oxford, Wien: Lang 2004 (Europäische Hochschulschriften – Reihe 2, Rechtswissenschaft; Bd. 3960) Zugl.: Speyer, Dt. Hochsch. für Verwaltungswiss., Diss., 2003. ISBN 3-631-52308-4. 345 S., br. 56,50 €

Hat sich die „Entstehung“ von Verwaltungsakten in den letzten sechzig Jahren verändert? Hatte der Wertewandel, den es in dieser Zeit unzweifelhaft gab, Einfluss auf das Verwaltungshandeln - und wenn ja, welchen? Mit diesem Thema befasst sich Christoph Wölki in seiner Dissertation „Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) im Wertewandel. Eine interdisziplinäre Untersuchung zu zeitgemäßen Entstehungsvoraussetzungen eines Verwaltungsakts unter dem Grundgesetz“, die von den Professoren Helmut Klages und Hans-Herbert von Arnim (Speyer) betreut wurde.

Christoph Wölki untersucht in seiner Dissertation die (aufgrund der vorstehend angesprochenen Staatsmodernisierung ggf. gewandelten) zeitgemäßen Entstehungsvoraussetzungen eines Verwaltungsaktes unter der Geltung des Grundgesetzes. Herausgekommen ist dabei eine interdisziplinäre Arbeit, die wegen der Bandbreite der in ihr zu Tage kommenden Denkansätze begeistert. Sie verbindet den Gegenwartsbefund mit der Darlegung einer ganz und gar verfassungsorientierten Methodik für ein Verwaltungsverfahren, das zukünftigen Herausforderungen entsprechen kann.

Dazu wird zunächst der Methodenansatz der sozialwissenschaftlichen Werteforschung Speyerer Schule aufgezeigt und eine Analyse der Wertentwicklung in Deutschland nach 1945 gegeben, die für die Zukunft eine Werte-Synthese präferiert. Der Wertewandel - mit markanten Einschnitten durch die „68er“ und die Globalisierung in den neunziger Jahren - hat nach Erkenntnissen Wölkis die Mitarbeiterkultur und die Aufgabenbereiche der Verwaltung ebenso verändert wie die Verhaltensweisen der Bürger gegenüber der Verwaltung. Der Bürger ist längst nicht mehr „Untertan“ oder neuerdings pauschal „Kunde“, sondern das Verhältnis Verwaltung-Bürger muss differenziert betrachtet werden: Die Differenzierung richtet sich zum einen nach sog. Wertetypen, also etwa starke oder schwache, kompetente oder hilflose Bürger. Zum anderen muss sie ämter- und aufgabenspezifisch sein und zwischen leistender, eingreifender oder fürsorgender Verwaltung unterscheiden. Zum dritten muss die Verwaltung nach Alter, Bildungsstand, Art und Häufigkeit von Verwaltungskontakten, nach Sacherfolg, typischen Adressatenkreisen oder Verhaltensweisen der Verwaltungsmitarbeiter trennen, wenn sie beispielsweise gezielt Umfragen durchführen und ihre Ergebnisse für Verbesserungen im Verwaltungsalltag nutzen will.

Anschließend werden die historisch-politischen Entwicklungsschritte des Verwaltungsverfahrensrechts mit seinen zeitbedingten Präferenzen nachgezeichnet und insbesondere die durch das Genehmigungsverfahrensbeschleunigungsgesetz von 1996 bewirkten Gesetzesänderungen untersucht, die durch Art. 10 Nr. 5 u. 6 des 4. Euro-Einführungsgesetzes v. 21.12.2000 (BGBl. I, S. 1983, 2000) auch zu Änderungen der entsprechenden SGB X – Vorschriften geführt haben. Einzelbetrachtungen auf der Ebene des einfachen Gesetzesrechts offenbaren zahlreiche Probleme für die Handhabung der §§ 35, 39, 40, 24, 25, 26, 28, 45 VwVfG (Begriff und Begründung des VA; Ermessen; Untersuchungsgrundsatz; Beratung, Auskunft; Beweismittel; Anhörung Beteiligter; Heilung von Verfahrens- und Formfehlern).

In einem weiteren Schritt werden die Grundlagen von Problemlösungsversuchen der Rechtswissenschaft auf der Ebene des Verfassungsrechts inhaltlich wie methodisch dargestellt. Dabei zeigt sich, dass ein offener, interdisziplinärer Ansatz in höchstrichterlicher Rechtsprechung und Lehre angelegt ist. Dieser Ansatz wird wissenschaftstheoretisch unter besonderer Berücksichtigung der Sozialwissenschaft inhaltlich wie methodisch entfaltet und eine verfassungsoptimierende interdisziplinäre Methodik entwickelt, die qualitative wie quantitative Kriterien der Verfassungsauslegung erschließt und nachhaltig sichert.

Diese Methodik wird dann unter Einbeziehung umfangreicher sozial- und rechtswissenschaftlicher Erkenntnisse auf die dargestellten Problemlagen des einfachen Gesetzesrechts angewandt. Am Ende stehen grundsätzlichere Überlegungen zu der Fortentwicklung eines Verwaltungsverfahrensrechts der Zukunft.

Die vorliegende Schrift überzeugt durch gute Lesbarkeit, klaren logisch abgestimmten Aufbau und eine Fülle von Detailinformationen, die sich allerdings durch ein feingliedrigeres Inhalts- oder gar Stichwortverzeichnis noch besser hätten erschließbar machen lassen. Das mindert aber den Gebrauchswert der Schrift in keiner Weise. Wer sich über den auf das Verwaltungsverfahrensrecht bezogenen Wertewandel und die damit einhergehenden Rechtsänderungen verlässlich informieren will, findet in Wölkis Arbeit einen guten Ratgeber. Dieser ist für eine an den Strukturprinzipien des Verwaltungsverfahrens tellerrandübergreifend interessierten Leserschaft ein unbedingtes Muss.

Karl Friedrich Köhler

Haushaltsrecht der Sozialversicherung (HdS). *Haushaltsaufstellung - Haushaltsführung - Rechnungslegung.* Von Dr. jur. Hubert Brandts, Ministerialrat a.D., Direktor der Bergbau-Berufsgenossenschaft a.D., und Dr. jur. Rüdiger Wirth, Ministerialdirektor, Leiter der Abteilung Haushalt und Personal im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, unter Mitarbeit von Heinz-Günter Held, Abteilungsdirektor, Leiter der Abteilung Haushalt, Finanzen und Controlling der Bundesknappschaft, und Prof. Dr. Manfred Heße, Institut für Verbundstudien der Fachhochschulen Nordrhein-Westfalens/ Märkische Fachhochschule Iserlohn. Loseblatt-Kommentar einschl. 44. bis 47. Lieferung, 1.690 Seiten, Din A 5, einschl. Ordner 76 EURO. Ergänzungen bei Bedarf. ISBN 3 503 01505 1. ERICH SCHMIDT VERLAG.

Der Kommentar enthält eingehende Erläuterungen zu allen einschlägigen Vorschriften einschließlich der Rechtsverordnung und ist daher für alle Bereiche der Sozialversicherung als zeitsparende Informationsquelle verwendbar. Gleichzeitig ist er ein nützlicher Wegweiser für die einzelnen Stadien der Haushaltsaufstellung.

Bei der Kommentierung wird besonderes Gewicht gelegt auf die Darstellung der engen Zusammenhänge zwischen Haushalt und Rechnungswesen (Kontenrahmen). Einbezogen in die Kommentierung sind selbstverständlich auch die sich anschließenden Stadien der Haushaltsführung, der Rechnungslegung und Rechnungsprüfung.

Durch die Übertragung des Haushaltsrechts auf das Beitrittsgebiet ist dieses Werk insbesondere für diejenigen von großem Interesse, die den Finanzbereich der neuen oder sich erstreckenden Renten-, Kranken- und Unfallversicherungsträger zu gestalten haben. Aber auch im Alltagsgeschäft wird der Kommentar dem Praktiker bei der Lösung haushaltsrechtlicher Probleme gute Dienste leisten.

Die 44. und 45. Lieferung enthalten Aktualisierungen in folgenden Bereichen: Harmonisierung Ost/West, insbes. im Haushaltsverfahren der RV; Unfallkasse des Bundes und Künstler SV; Personalhaushalt; Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe/Kosten-Leistungsrechnung; Rechtsschutz im SGG-Verfahren/ 6. SGG-ÄndG; Nachtragshaushalt; Geschäftsübersichten und Statistik; Vergaberecht. Die 46. und die 47. Lieferung beinhalten u.a. Änderungen hinsichtlich der neuen Regelungen für die Bundesagentur für Arbeit.

Gesundheitsaufklärung bei Kinderarzt und Zahnarzt. *Interventionsstudie zur Effektivität der Primärprävention von Nuckelflaschenkaries, von Dr. Harald Strippel. Juventa Materialien, 2004, 248 S., broschiert, € 19,50; Juventa Verlag Weinheim und München, ISBN 3-7799-1670-3; Bestell-Nr. 1670-3.*

Die soeben erschienene Broschüre mit einem Vorwort des Geschäftsführers des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) Dr. Harald Deisler befasst sich mit dem in den Jahren 1996 bis 1998 mit Unterstützung des BLK durchgeführten Modellvorhaben „Ernährungs- und Mundgesundheitsberatung für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern durch Kinderärzte in Stadt und Landkreis Kassel“ sowie dem zur Kontrolle in der Stadt Kiel und im Landkreis Rendsburg-Eckernförde durchgeführten gleichartigen Modellvorhaben. Der Autor beschreibt zunächst die hinsichtlich der Mundgesundheit im Kleinkindalter bestehenden Hauptprobleme und die unterschiedlichen Vorstellungen der Ärzte- und Zahnärzteschaft zu deren Lösung. Danach werden die zahlreichen Schwierigkeiten zur Etablierung dieses Modellvorhabens in den Regionen und der Ausstieg der Zahnärzte aus dem Vorhaben geschildert. Sodann listet der Autor die Methoden und den konzeptionellen Hintergrund der Untersuchung im Einzelnen auf, um dann die Durchführung der Untersuchungen umfassend darzulegen. Den Hauptteil dieses Werkes bilden die ausführliche Schilderung der Ergebnisse sowie die Diskussion der Projektergebnisse. Sehr genau werden die Effekte der kinderärztlichen Mundgesundheitsaufklärung sowohl im Hinblick auf das Gesundheitswissen, auf die Selbstwirksamkeitserwartung und die Einstellungen, auf die Nuckelflaschengabe, auf den Konsum kariogener Lebensmittel und Getränke als auch im Hinblick auf die Zahnpflege, auf die Fluoridanwendung und die Einführung von Informations- und Faltblättern geschildert. Dabei wird auch auf die Wissens- und Verhaltensdefizite der Eltern bezüglich Ernährung, Zahnpflege, Nuckelflaschengabe und bedarfsgerechter Inanspruchnahme der Zahnarztpraxis hingewiesen. Besonders interessant sind die Ergebnisse der strukturierten Mundgesundheitsaufklärung bei sozial Benachteiligten und Migranten. Das Gleiche trifft auf die von den Kinderärzten erwarteten Verhaltensänderungen zu, vor allem hinsichtlich der Gabe der Nuckelflasche tagsüber und auch nachts sowie hinsichtlich des Mundhygieneverhaltens (Zähneputzen, Fluoridgabe).

Neben der Auswertung der Ergebnisse des Modellvorhabens befasst sich der Autor auch mit den unterschiedlichen Entstehungsweisen von Nuckelflaschenkaries und allgemeiner Milchzahnkaries und er verkennt auch die psychosozialen, kulturellen und praktischen Gründe für die Nuckelflaschengabe nicht.

Den Abschluss des Werkes bilden die interessante Beschreibung der Effektivität von Maßnahmen zur Verhinderung der Nuckelflaschenkaries und die

aufgezeigten Ansätze zur frühkindlichen zahnmedizinischen Gesundheitsförderung und Primärintervention. Besonders aktuell sind die Empfehlungen des Autors an Gesetzgeber, Regierung, Verwaltung, Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe, Krankenkassen, Wissenschaftler, Eltern und Medien zur Verhinderung der Nuckelflaschenkaries und von Zahnerkrankungen allgemein bezogen auf die Altersstufe bis 2 Jahre.

Die Lektüre der Broschüre kann jedermann nachdrücklich empfohlen werden, der sich mit den Grundlagen zahngesundheitlicher Prävention und den Hintergründen der noch bescheidenen Erfolge auseinandersetzen möchte.

Bernd Wiethardt