



Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

1/2007

Benchmarking Internet-Versandhandel

Inhalt 1/2007

FACHBEITRÄGE

Dr. Erich Koch Die bisherigen und die zukünftigen Aufgaben des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen nach dem GKV-WSG	5
Gunnar Höhn Einführung eines Benchmarking in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung – Sachstand und erste Erfahrungen	24
Dr. Marion Wille Die Versorgung des Versicherten mit Arzneimitteln einer Versandhandelsapotheke unter besonderer Berücksichtigung des Vertragsstandes bei den LKKen	32

DOKUMENTATION

Verzeichnis der Beitragsstaffeln der LKKen für die monatlichen Beiträge der landwirtschaftlichen Unternehmer	71
---	----

PERSÖNLICHES

Landwirtschaftliche Sozialversicherung Schleswig-Holstein und Hamburg: Hermann Brodersen verstorben	77
--	----

Dr. Erich Koch

Die bisherigen und die zukünftigen Aufgaben des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen nach dem GKV-WSG¹

Vorbemerkungen

Durch das GKV-WSG sind die Rechtsstellung und die Aufgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen und damit auch des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) in erheblichem Umfang betroffen. Die Umwälzungen wirken sich im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (LKV) allerdings vor allem deswegen nicht in gleichem Maße wie in der allgemeinen Krankenversicherung aus, weil die LKV integraler Bestandteil des agrarsozialen Sondersystems mit eigenständigen Rechtsgrundlagen und besonderen Funktionen ist und bleibt. Die Landwirtschaftliche Sozialversicherung (LSV) hat den Umbruch in der Organisation des Verbändewesens der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Weiterentwicklung der internen Verbandsstruktur im Sinne des LSV-OrgG genutzt.

A. Status Quo

Nach § 212 Abs. 2 SGB V bilden die landwirtschaftlichen Krankenkassen bei dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA) den BLK. Die parallele Bestimmung des § 34 Abs. 1 KVLG 1989 nennt den BLK als Spitzenverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen und verweist auf das siebente Kapitel des SGB V. Ausweislich der Gesetzesüberschrift und -systematik ist der BLK einer der Krankenkassen-Bundesverbände. Gem. § 213 Abs. 1 SGB V ist er als Bundesverband einer der Spitzenverbände der Krankenkassen. § 58b Abs. 1 Satz 2 ALG führt ihn als einen der drei Spitzenverbände der LSV auf.

Während die Aufgabenzuweisung an die Spitzenverbände der LSV im ALG eher übersichtlich ist, weist das SGB V den Spitzenverbänden (in der deutlichen Mehrzahl der Fälle) und den Bundesverbänden eine kaum mehr zu überblickende Vielzahl von Spezialaufgaben zu. Die Aufgaben des BLK wer-

1 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.03.2007, BGBl. I, S. 378.

den in der Satzung wiederholt bzw. aufgrund gesetzlichen Auftrags² näher erläutert.

I. Gesetzlich zugewiesene Aufgaben gem. § 58b Abs. 1 Satz 3, Abs. 4 ALG; § 217 Abs. 1, 4 und 5 SGB V sowie §§ 34 Abs. 2, 54 und 66 KVLG 1989

Nach den rein deklaratorischen Vorschriften der §§ 58b Abs. 1 Satz 3 ALG und 217 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben die Spitzenverbände der LSV bzw. die Bundesverbände (gemeint sind die Bundesverbände der Ortskrankenkassen, der Betriebskassen, der Innungskrankenkassen sowie der landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKKen), nicht die Ersatzkassenverbände; vgl. § 212 Abs. 5 SGB V) die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

1. LSV-spezifische Aufgabenzuweisung nach § 58b Abs. 4 und 5 ALG sowie nach §§ 34 Abs. 2, 54 und 66 KVLG 1989

Wenn man § 58b Abs. 1 Satz 3 ALG („Die Spitzenverbände haben die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen ...“) als überflüssigen Verweis ansieht, bleiben vor allem die beiden in § 58b Abs. 4 ALG genannten Aufgaben des BLK zu erwähnen. Danach entwickeln die Spitzenverbände zum einen in enger Zusammenarbeit mit ihren Mitgliedern Verfahren und Programme für die automatisierte Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Zum anderen stellen sie zur wirtschaftlichen Aufgabenerfüllung eine einheitliche Gliederung und Durchführung der Geschäftsprozesse der Mitglieder sicher. Außerdem ist in § 58b Abs. 5 Satz 1 ALG bestimmt, dass der BLK zusammen mit den beiden anderen Spitzenverbänden der LSV zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben ein gemeinsames Rechenzentrum unterhält. Nach § 34 Abs. 2 KVLG 1989 hat der BLK überdies die Zuschüsse des Bundes auf die Mitgliedskassen zu verteilen. Nach § 54 KVLG 1989 i.V.m. § 265a SGB V führt der BLK u.a. den Finanzausgleich bei aufwändigen Leistungsfällen durch. Aufgrund § 66 Abs. 1 Satz 2 KVLG 1989 ist der BLK für die Erhebung einer Umlage zum Ausgleich des Minderungsbetrages wegen des verringerten Bundeszuschusses zuständig.

2 Z.B. gem. § 66 Abs. 1 Satz 4 KVLG 1989. Auf die Nennung der Satzungsbestimmungen wird im Folgenden verzichtet.

2. Allgemeine krankensicherungsrechtliche Aufgabenzuweisung nach § 217 Abs. 4 und 5 SGB V

Zu den allgemeinen gesetzlichen Aufgaben gehören insbesondere die den Bundesverbänden als den Spitzenverbänden obliegenden Aufgaben (siehe unter IV.), aber auch Aufklärungsmaßnahmen im Sinne des § 13 SGB I einschließlich solcher werbenden Charakters.³

Besonders zu erwähnen ist die in § 217 Abs. 4 SGB V bestimmte Pflicht zur Unterstützung der zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung.⁴ Dabei grenzt die Festlegung auf „zuständige“ Behörden den Kreis der möglichen Empfänger der Unterstützungsleistungen auf solche ein, deren gesetzliche Aufgaben mit denen der Spitzen- bzw. Bundesverbände in einem Zusammenhang stehen. Der Verweis auf § 30 Abs. 3 SGB IV legt nahe, dass es sich um oberste Behörden handeln muss. Anders als im Fall des § 30 Abs. 3 SGB IV ist Gegenstand der Unterstützung nicht allein die kurzfristig personelle Hilfeleistung „insbesondere in Fragen der Rechtssetzung“, sondern darüber hinausgehend die Unterstützung „in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung“. Aus den Aufgaben der Behörde und den Kapazitäten des Bundesverbandes ergibt sich auch die Qualität der möglichen Unterstützungsleistungen. Zu denken ist etwa an die Beratung und die Vorlage von Datenmaterial an die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde oder an die Versicherungsbehörden. Auch das Zur Verfügung Stellen von Personal dürfte hierunter fallen. Die Unterstützung ist als Soll-Vorschrift ausgeprägt. Das bedeutet, dass die Unterstützungsleistungen unter den vorgenannten Voraussetzungen nur insoweit erbracht werden müssen, wie dies dem Bundesverband ohne Vernachlässigung eigener Aufgaben möglich ist.

Nach § 217 Abs. 5 Satz 1 SGB V bestimmen die Bundesverbände mit Wirkung für ihre Mitglieder das Verfahren für die Beteiligung derjenigen Landesverbände am Abschluss von Vereinbarungen nach § 83 Abs. 1 Satz 1 und § 85 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V, deren Mitgliedskassen bei diesen Vereinbarungen (Gesamtverträgen und der Vereinbarung der Gesamtvergütungen) von einem anderen Landesverband vertreten werden (sog. externe Landesverbände). Die Bestimmung hat für den Bereich der LKV keine praktische Bedeutung.

3 Vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16.3.2001 - L 4 KR 2313/99.

4 Entgegen der Systematik von § 58b ALG findet sich eine wortgleiche Bestimmung in § 58b Abs. 3 Nr. 2 ALG als Unterstützungsaufgabe gegenüber den Mitgliedern der Spitzenverbände der LSV.

II. Aufgaben zur Unterstützung der Mitgliedskassen gem. § 58b Abs. 1 Satz 3, Abs. 2 und 3 ALG; § 217 Abs. 2 SGB V

1. Allgemeines

Nach § 58b Abs. 1 Satz 3 ALG bzw. § 217 Abs. 2 SGB V sind die Spitzenverbände (der landwirtschaftlichen Sozialversicherung) bzw. die Bundesverbände (der Krankenkassen) verpflichtet, ihre Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und der Wahrnehmung ihrer Interessen zu unterstützen. Die Unterstützung „bei der Interessenwahrnehmung“ ist nur bei § 217 Abs. 2 SGB V ausdrücklich genannt, nicht in § 58b Abs. 2 ALG, wohl aber in § 58b Abs. 3 ALG. Wobei und wodurch der BLK die LKKen unterstützt, ist in den o.g. Bestimmungen im Einzelnen geregelt.

Beantragt ein Mitglied Unterstützung, so ist der BLK grundsätzlich zum Tätigwerden verpflichtet. Art und Umfang der Unterstützung liegen in seinem Ermessen. Nur die Unterstützungsleistungen, die für alle oder einen Teil der Mitgliedskassen erbracht werden, setzen keinen Antrag voraus.⁵ Aus dem Wort „unterstützen“ ergibt sich einerseits, dass es sich nur um Aufgaben handeln kann, die die Krankenkassen an sich selbst ausführen könnten und andererseits, dass Träger der Aufgaben die Krankenkassen bleiben. Bei der Unterstützung wird der BLK auf eine grundsätzliche Gleichbehandlung seiner Mitglieder zu achten haben. Im Sinne des LSV-OrgG sind die Spitzenverbände der LSV zu einer offensiven Unterstützung angehalten.

2. Aufgaben nach dem ALG

Nach § 58b Abs. 2 ALG unterstützen die Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung - und damit auch der BLK - ihre Mitglieder

1. durch das Bereitstellen einer Einrichtung zur Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Mitglieder,
2. bei der Beurteilung von Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Mitglieder, um ungerechtfertigte Unterschiede in der Rechtsanwendung zu vermeiden und
3. durch das Aufstellen von gemeinsamen Grundsätzen für
 - a) eine wirtschaftliche Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation,
 - b) einen kostengünstigen Personaleinsatz (Personalbedarfsbemessung),
 - c) die Planung und Durchführung größerer Investitionsvorhaben und
 - d) die Aufstellung von Kriterien für Qualitätsvergleiche zwischen den Mitgliedern.

⁵ Vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20.01.1998 - L 5 Kr 15/97.

Nach § 58b Abs. 3 ALG unterstützen die Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ihre Mitglieder ferner bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen; insbesondere

1. vertreten sie ihre Mitglieder gegenüber Bundesinstitutionen, europäischen und internationalen Institutionen, anderen Trägern der Sozialversicherung und deren Verbänden, nationalen und internationalen Behörden, obersten Bundesgerichten sowie dem Europäischen Gerichtshof,
2. unterstützen sie die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung; § 30 Abs. 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ist entsprechend anzuwenden,⁶
3. erstellen sie Statistiken zu Verbandszwecken und werten diese aus,
4. beraten und unterrichten sie die Mitglieder sowie die Öffentlichkeit, auch durch Zeitschriften,⁷
5. entscheiden sie Zuständigkeitskonflikte zwischen den Mitgliedern,
6. führen sie Arbeitstagungen durch,
7. führen sie Forschungsvorhaben durch oder vergeben diese,
8. schließen sie Teilungsabkommen,
9. schließen sie Verträge für die Mitglieder mit den Tarifpartnern,
10. organisieren sie die berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung der bei den Mitgliedern Beschäftigten, auch durch Errichtung und Betrieb von Bildungseinrichtungen oder Beteiligung an diesen.

Im Gegensatz zur Aufzählung in § 58b Abs. 2 ALG ist die in Abs. 3 nicht abschließend.

Aufgrund der engen Verzahnung der Spitzenverbände der LSV muss der BLK die genannten Aufgaben nicht in jedem Fall selbst bzw. allein erledigen; er kann sich des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (BLB) oder des GLA bedienen.

3. Aufgaben nach dem SGB V

Unterstützende Aufgaben sind nach § 217 Abs. 2 SGB V die folgenden:

- 6 Diese Regelung passt systematisch nicht hier her, weil sich aus Abs. 3 Satz 1 1. Halbsatz ergibt, dass es sich bei diesem Absatz um Unterstützungsleistungen gegenüber den Mitgliedern der Spitzenverbände der LSV handeln soll.
- 7 Z.B. durch das Mitteilungsblatt „Sicher leben“ und andere Zeitschriften, Informationsmaterialien, Broschüren, Durchführung von und Beteiligung an Informationsveranstaltungen, Pressemitteilungen.

1. Beratung und Unterrichtung, auch durch Zeitschriften,
2. Aufstellung und Auswertung von Statistiken zu Verbandszwecken,
3. Abschluss und Änderung von Verträgen für die Mitglieder und für die Krankenkassen, insbesondere mit anderen Trägern der Sozialversicherung, soweit die Mitglieder hierzu bevollmächtigen,
4. Entscheidung von Zuständigkeitskonflikten zwischen den Mitgliedern sowie zwischen den Mitgliedskassen verschiedener Landesverbände,
5. Förderung und Mitwirkung bei der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der bei den Mitgliedern und bei den Krankenkassen Beschäftigten,
6. Arbeitstagungen,
7. Forschung,
8. Übernahme der Vertretung der Mitglieder und der Krankenkassen gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern, Behörden und Gerichten.
9. Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie Abstimmung über die wirtschaftliche Nutzung von Rechenzentren zur Erfüllung von Aufgaben der Mitglieder und der Krankenkassen.

Die in § 217 Abs. 2 SGB V vorgenommene Aufzählung der unterstützenden Aufgaben ist bereits nach dem Wortlaut der Norm („insbesondere“) keine abschließende.

4. Vergleich

Ein Vergleich von § 58b Abs. 3 ALG mit § 217 Abs. 2 SGB V zeigt teilweise Parallelen bzw. Doppelregelungen auf. Insgesamt kann jedoch festgestellt werden, dass die Aufgabenzuweisung nach dem ALG dem BLK weitergehende Aufgaben und Kompetenzen zuordnet. So haben die Bestimmungen des § 58b Abs. 2 ALG keine Parallelen in § 217 SGB V. Dies gilt nur scheinbar auch für den Abschluss von Teilungsabkommen nach § 58b Abs. 3 Nr. 8 ALG, denn Teilungsabkommen können unter die Bestimmung des § 217 Abs. 2 Nr. 4 SGB V fallen, wonach die Bundesverbände Verträge für ihre Mitglieder schließen. Anders verhält es sich bei dem Abschluss von Tarifverträgen mit Wirkung für die Mitglieder mit den Tarifpartnern nach § 58b Abs. 3 Nr. 9 ALG. Umgekehrt hat das ALG die Bestimmung des § 217 Abs. 2 Nr. 3 SGB V über den Abschluss und die Änderung von Verträgen für die Mitglieder, soweit die Mitglieder hierzu bevollmächtigen, nicht aufgenommen. Diese Bestimmung ist jedoch auch überflüssig.

Während die Regelung des § 217 Abs. 2 Nr. 9 SGB V (Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung,

den Datenschutz und die Datensicherung sowie Abstimmung über die wirtschaftliche Nutzung von Rechenzentren zur Erfüllung von Aufgaben der Mitglieder und der Krankenkassen) als Unterstützungsaufgabe ausgestaltet ist, sind die vergleichbaren Inhalte lsv-spezifisch in § 58b Abs. 4 und 5 ALG mit stärkeren Kompetenzen für den BLK formuliert.⁸

§ 58b Abs. 3 Nr. 1 ALG (Vertretung der LKken gegenüber Bundesinstitutionen, europäischen und internationalen Institutionen, anderen Trägern der Sozialversicherung und deren Verbänden, nationalen und internationalen Behörden, obersten Bundesgerichten sowie dem Europäischen Gerichtshof) ist weiter gefasst als § 217 Abs. 2 Nr. 8 SGB V (Übernahme der Vertretung der Mitglieder und der Krankenkassen gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern, Behörden und Gerichten).⁹ Entsprechendes gilt für § 58b Abs. 3 Nr. 2 ALG und § 217 Abs. 4 SGB V (hier allerdings nur „sollen“), wonach der BLK die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung unterstützt. Gleiches gilt auch für die in § 58b Abs. 3 Nr. 3 ALG und § 217 Abs. 2 Nr. 2 SGB V genannte Erstellung von Statistiken für Verbandszwecke¹⁰ und für die Beratung und Unterrichtung, auch durch Zeitschriften, z.B. über Rechtsänderungen, Gesetzesvorhaben, Zusammenarbeit mit anderen Sozialversicherungsträgern. Die Form der Beratung und Unterrichtung ist frei, es ist lediglich bestimmt, dass die Bundesverbände auch Zeitschriften für ihre Mitglieder herauszugeben haben. Allerdings ist Adressat der Unterrichtung in § 217 Abs. 2 Nr. 1 SGB V wohl nur der Kreis der Mitglieder, d.h. der LKken, während § 58b Abs. 3 Nr. 4 ALG auch die Öffentlichkeit nennt. Der Verband ist hierbei nur soweit zur Beratung berechtigt und verpflichtet, wie die Krankenkasse nach Ausnutzung ihrer eigenen Möglichkeiten noch der Beratung zur Erfüllung ihrer Aufgaben bedarf und der Verband diese mit eigenen personellen und sächlichen Mitteln auch leisten kann.

8 Ein Textvergleich mit § 211 Abs. 2 Nr. 8 SGB V ergibt, dass - in der allgemeinen Krankenversicherung - die Bundesverbände für die „Abstimmung über die wirtschaftliche Nutzung von Rechenzentren“ zuständig sind, während den Landesverbänden der „Betrieb“ von Rechenzentren als Unterstützungsaufgabe obliegt.

9 Die - für die LKV theoretisch nur in Bayern relevante - parallele Regelung für die Landesverbände ist § 211 Abs. 2 Nr. 4 SGB V.

10 Die Landesverbände sind nach § 211 Abs. 2 Nr. 2 SGB V lediglich zur „Sammlung und Aufbereitung von statistischem Material zu Verbandszwecken“ verpflichtet, das sie sinnvoller Weise auch dem Bundesverband zur Verfügung stellen. Aus Abs. 2 ergibt sich, dass es bei den „Verbandszwecken“ nicht um Zwecke des Bundesverbandes, sondern um solche seiner Mitglieder geht.

Die Entscheidung über Zuständigkeitskonflikte zwischen den Mitgliedern ist in § 58b Abs. 3 Nr. 5 ALG und § 217 Abs. 2 Nr. 4 SGB V praktisch identisch geregelt. Die SGB V-Regelung ist lediglich umfassender, was aber ohne Relevanz für die LKKe ist. Bestehen die Konflikte innerhalb eines Landesverbandes, ist nach § 211 Abs. 2 Nr. 5 SGB V der Landesverband zuständig. § 58b Abs. 3 Nr. 5 ALG dürfte hier jedoch *lex specialis* sein. Der BLK kann angerufen oder von sich aus tätig werden. Die Entscheidung erfolgt durch Verwaltungsakt.

Parallele Bestimmungen gibt es auch für die Durchführung von Arbeitstagen nach § 58b Abs. 3 Nr. 6 ALG und § 217 Abs. 2 Nr. 6 SGB V, z.B. zur Unterrichtung über rechtliche Änderungen oder zum Erfahrungsaustausch. Auch hier besteht eine Doppelregelung, vgl. § 211 Abs. 2 Nr. 7 SGB V, die jedoch für den Bereich der LKV ohne Relevanz ist.

Bei der ebenfalls inhaltsgleich geregelten Durchführung von Forschungsvorhaben nach § 58b Abs. 3 Nr. 7 ALG und § 217 Abs. 2 Nr. 7 SGB V handelt es sich um eine bundesverbandstypische Unterstützungsaufgabe; es gibt keine entsprechende Regelung in § 211 Abs. 2 SGB V für die Landesverbände.

Grundsätzlich parallel geregelt ist auch die Organisation der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der bei den Mitgliedern Beschäftigten gem. § 58b Abs. 3 Nr. 10 ALG und § 217 Abs. 2 Nr. 5 SGB V. Allerdings bezieht die Vorschrift des ALG auch die Errichtung und den Betrieb von Bildungseinrichtungen oder die Beteiligung an diesen ein. Die Vorschrift konkurriert im Bereich der allgemeinen Krankenversicherung insofern mit § 211 Abs. 3 Nr. 6 SGB V, als eine Doppelzuständigkeit hinsichtlich der bei den Krankenkassen Beschäftigten besteht.

III. Treffen von Grundsatzentscheidungen für die Mitgliedskassen gem. § 58b Abs. 4 Satz 1, Abs. 4 Satz 3 ALG; § 217 Abs. 3 SGB V

1. Bereich der LSV

Während im SGB V den Bundesverbänden der Krankenkassen echte Grundsatzentscheidungen mit Wirkung für ihre Mitglieder zugewiesen sind (s.u.), hat der BLK als Spitzenverband der LSV im Rahmen der lsv-spezifischen gesetzlichen Aufgaben „grundsätzliche Entscheidungen“ im Kreis der Spitzenverbände zu treffen. Hierbei handelt es sich insoweit um Verfahrensregelungen. Gem. § 58b Abs. 4 Satz 1 ALG werden grundsätzliche Entscheidungen bezüglich der Entwicklung von Verfahren und Programmen für die automatisierte Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherheit zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der LSV von den Vorständen der Spitzenverbände gemeinsam und einheitlich getroffen. Nach § 58b Abs. 4 Satz 3 ALG werden grundsätzliche Entscheidungen, insbesondere über Organisation und Sitz des gemeinsamen Rechenzentrums der Träger der LSV, vom Vorstand

des GLA im Einvernehmen mit den Vorständen der übrigen Spitzenverbände getroffen.

2. Bereich der allgemeinen Krankenversicherung

Gem. § 217 Abs. 3 Satz 1 SGB V können die Bundesverbände mit Wirkung für ihre Mitglieder und deren Mitgliedskassen Grundsatzentscheidungen treffen. Die Bereiche, in denen die Bundesverbände Grundsatzentscheidungen treffen können, sind die folgenden:

1. Vergütungen, soweit im SGB V hierfür keine anderen Zuständigkeiten festgelegt sind. Das bedeutet, die Bundesverbände können im Bereich der Vergütungen Grundsatzentscheidungen treffen, soweit die Adressaten dieser Entscheidungen - Landesverbände und deren Mitgliedskassen - für die Festsetzung der Vergütungen zuständig sind (vgl. z. B. §§ 88 Abs. 2, 111 Abs. 5, 120 Abs. 2, 132 Abs. 1, 133 Abs. 1);
2. Gesundheitsvorsorge (vgl. §§ 20 bis 26);
3. Rehabilitation (vgl. §§ 40 bis 43);
4. Erprobung (vgl. §§ 63 bis 66).

Die Aufzählung ist abschließend. Eine Analogie ist insoweit wegen des starken Eingriffs der Vorschrift in die Selbstverwaltung nicht möglich.

Aus dem Wort „Grundsatzentscheidungen“ folgt, dass es sich um keine Einzelfallentscheidung handelt, sondern z. B. um Interpretationsentscheidungen zu wichtigen Rechtsfragen. „Grundsätze“ sind insbesondere im Bereich der Ermessensvorschriften vonnöten, weshalb sich die Grundsatzentscheidungen auch in diesem Bereich bewegen dürften. Grundsatzentscheidungen sind ihrem Wesen nach innerdienstliche Verwaltungsvorschriften, die lediglich die Beteiligten binden. Sie sind mit Richtlinien ohne Rechtssatzfunktion vergleichbar.¹¹ Die Grenze zur verfassungsrechtlich unzulässigen Mischverwaltung ist dann überschritten, wenn sich die Entscheidungen der Bundesverbände nicht auf Fragen genereller Art und solche von grundsätzlicher Bedeutung beschränken.¹²

Nach § 217 Abs. 3 Satz 2 SGB V werden die Grundsatzentscheidungen der Bundesverbände mit qualifizierter Mehrheit getroffen, nämlich der „Mehrheit der nach den Versichertenzahlen der Mitglieder der Landesverbände gewichteten Stimmen“. Demnach ist der in der Satzung der Bundesverbände festgelegte allgemeine Abstimmungsmodus nicht anzuwenden und auch § 64 Abs. 2 SGB IV, der für die Beschlussfassung der Versicherungsträger grundsätzlich die Mehrheit der abgegebenen Stimmen vorsieht, darf nicht analog

¹¹ Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 217 Rn. 30, 32, 34.

¹² Zur Problematik ausführlich Engelhard in: Hauck, SGB V, § 217 Rn. 6 – 10.

angewendet werden, zumal er für die Bundesverbände ausweislich § 215 Abs. 1 i.V.m. § 209 Abs. 4 Satz 2 SGB V nicht gilt. Entscheidend ist die absolute Mehrheit der Stimmberechtigten, nicht der abgegebenen Stimmen. Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen hat als Mitglieder keine Landesverbände, sondern Krankenkassen. Für ihn ist die Bestimmung sinngemäß anzuwenden; vgl. auch § 36 KVLG 1989.

IV. Enumeration sonstiger Aufgaben

1. Allgemeine gesetzliche Aufgaben im Bereich Krankenversicherung

An verschiedenen Stellen im SGB V, aber auch in anderen Gesetzen, wie etwa dem SGB IV, dem KHG, dem KHEntG und dem TPG, werden die Aufgaben des BLK als einem Bundes- bzw. Spitzenverband beschrieben. In den meisten Fällen sind die Aufgaben den Spitzenverbänden zugewiesen und „gemeinsam“ bzw. „gemeinsam und einheitlich“ zu erfüllen (siehe hierzu auch § 213 Abs. 2 und 3 SGB V).

2. LSV-spezifische Aufgaben im Bereich Krankenversicherung

Außerdem gibt es lsv-spezifische Aufgaben, die teilweise ausdrücklich gesetzlich bestimmt, teilweise zwingende Folge oder (wirtschaftlich) sinnvolle Konsequenz gesetzlicher Regelungen sind. Diese Aufgaben finden sich beispielsweise im ALG, im KVLG 1989, im SGB IV und im SGB V.

3. Aufgaben im Bereich Pflegeversicherung

Nach § 53 Abs. 1 SGB XI nehmen die Bundesverbände der Krankenkassen - und damit auch der BLK - die Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen wahr. Für ihre Aufgaben gilt § 217 SGB V entsprechend. Gem. § 53 Abs. 3 SGB XI nehmen die Spitzenverbände der Krankenkassen die Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen wahr. Lsv-spezifische Bestimmungen gibt es insofern nicht.

B. Änderungen durch das GKV-WSG

I. Entstehungsgeschichte bis zum Regierungsentwurf

Die Große Koalition hat sich am 03.07.2006 auf Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 verständigt. In Abschnitt 14 Buchstabe c des Eckpunktepapiers heißt es:

„Die Landwirtschaftliche Krankenversicherung behält wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen (keine einkommensabhängigen Beiträge, Bundeszuschüsse für die Altenteiler), ihren Sonderstatus bis zur Regelung dieser offenen Fragen.“

In Abschnitt 14 Buchstabe e ist festgelegt, dass die Krankenkassen bzw. ihre Verbände zur Erfüllung bestimmter Aufgaben auf Bundesebene einen Spitzenverband bilden.

„Der Spitzenverband erhält einige wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Diese Aufgaben umfassen: 1. Der Spitzenverband vertritt die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung. 2. Die Vertragskompetenz des Spitzenverbandes beschränkt sich auf Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen ...“

Bereits im ersten Arbeitsentwurf zum GKV-WSG war in § 217a SGB V die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen beschrieben. Dieser sollte - als eingetragener Verein - von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, den Ersatzkassenverbänden und der See-Krankenkasse errichtet werden. Krankenkassen mit mehr als einer Million Versicherten sollten ein Beitrittsrecht haben. Da nur ein Teil der Aufgaben nach dem SGB V auf den Spitzenverband übergehen sollte, blieben die Verbände auf Bundesebene ansonsten in ihrer Rechtsstellung unangetastet. Der zweite und der dritte Arbeitsentwurf vom 05. bzw. vom 25.09.2006 brachte insofern keine Änderungen.

Im vierten Arbeitsentwurf vom 07.10.2006 erfolgte erstmals die Änderung des § 212 SGB V in der Form, dass die Bundesverbände nach Abs. 1 Kraft Gesetzes zum 01.07.2008 in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt werden. Nach diesem Zeitpunkt steht den Gesellschaftern frei, über den Fortbestand der Gesellschaft und die Gestaltung der Gesellschaftsverhältnisse zu entscheiden. Dasselbe Schicksal sollte nach § 212 Abs. 2 SGB V der BLK teilen.¹³ Parallel dazu sollten es nach § 217a SGB V nun die Krankenkassen sein, die den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden. Dieser ist nunmehr eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Der Referentenentwurf sah nur insofern eine Abweichung vor, als der Zeitpunkt der Umwandlung auf den 01.01.2009 hinausgeschoben wurde. Erst der Kabinetentwurf brachte (nur) für den BLK eine entscheidende Änderung: § 212 Abs. 2 SGB V wurde nun ersatzlos aufgehoben. Der Regierungsentwurf vom 25.10.2006 und schließlich das GKV-WSG vollziehen dies nach. Das durch den Wegfall des § 212

¹³ Der BLK hat in seiner „Stellungnahme vom 13.10.2006 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)“ zu Artikel 1 Nummern 144 ff. (§§ 212 Abs. 2 und 4 sowie 217b und 217c E-SGB V) das Weiterbestehen als Körperschaft des öffentlichen Rechts gefordert und u.a. damit begründet, dass die im Rahmen der Organisationsreform in der LSV getroffenen gesetzlichen Bestimmungen den BLK als Körperschaft des öffentlichen Rechts zwingend voraussetzen.

Abs. 2 SGB V erzeugte rechtliche Vakuum wurde durch eine nachfolgend näher beschriebene Änderung des § 34 KVLG 1989 gefüllt.

II. Regierungsentwurf und Gesetz

Nach dem Gesetzentwurf der Bundesregierung verliert der BLK wie auch die anderen Spitzenverbände der GKV bereits mit Wirkung vom 01.01.2008 den Großteil der gesetzlichen Aufgaben nach dem SGB V und dem SGB XI an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Nach der finalen Gesetzesfassung wird dieser Termin auf den 01.07.2008 verschoben (vgl. Art. 1 Nr. 149 GKV-WSG = § 217f Abs. 1 SGB V und Art. 8 Nr. 24 GKV-WSG = § 53 SGB XI). Für die Bundesverbände i.S.v. § 212 Abs. 1 SGB V (AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband und IKK-Bundesverband) wird nach Art. 1 Nr. 144 GKV-WSG = § 212 Abs. 1 und 4 SGB V eine Rechtsnachfolge insofern geregelt, als diese zum 01.01.2009 in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt werden. Darüber hinaus werden in Art. 1 Nr. 145 und 146 GKV-WSG = §§ 213 und 214 SGB V weiterführende Regelungen über Rechtsnachfolge, Vermögensübergang und Arbeitsverhältnisse getroffen.

Mit Wirkung vom 01.01.2009 ändert sich die Rechtsstellung des BLK insbesondere durch den Wegfall des § 212 Abs. 2 SGB V, die Neufassung des § 213 SGB V und die Neufassung des § 34 KVLG 1989. Anders als die anderen Bundesverbände wird der BLK nicht in eine bürgerlich-rechtliche Gesellschaft umgewandelt, sondern - ohne dass dieser oder ein entsprechender Terminus im Gesetz auftaucht - aufgelöst. Damit wird die rechtliche Existenz des BLK beendet. Eine konstruktive Nachfolgeregelung findet sich allein in Art. 16 Nr. 3 GKV-WSG = § 34 Abs. 1 KVLG 1989.

Nach der Formulierung im Regierungsentwurf nimmt der GLA in der LKV „besondere Verbandsaufgaben wahr; er tritt insoweit in die Rechte und Pflichten des früheren BLK (§ 212 Abs. 2 SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung) ein. § 217f SGB V bleibt unberührt.“ Die im Regierungsentwurf gewählten Formulierungen bedurften nach Überzeugung des BLK aus den folgenden Gründen der Korrektur:

Bei den „besonderen“ Verbandsaufgaben handelt es sich ausweislich § 34 Abs. 2 KVLG 1989 um solche, die sich aus dem KVLG 1989 ergeben, um die nach §§ 58a und 58b ALG sowie um die Verteilung der Zuschüsse des Bundes und des Solidarzuschlages nach § 38 Abs. 4 KVLG auf die LKKen. In der Zusammenschau mit § 34 Abs. 1 Satz 2 KVLG 1989 („§ 217f SGB V bleibt unberührt“) wird deutlich, dass eine Aufgabenkonkurrenz mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ausgeschlossen werden soll (vgl. auch Begründung zu Art. 16 Nummer 3 des Regierungsentwurfs = § 34 KVLG 1989:

„Mit der neu gefassten Vorschrift wird der Änderung der Verbandsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene Rechnung getragen. Wegen der hoheitlichen Aufgaben sowie der besonderen Funktion der Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die ihnen im Rahmen der Organisationsreform der landwirtschaftlichen Sozialversicherung im Jahr 2001 zugewiesen wurde, ist es unerlässlich, dass die besonderen Verbandsaufgaben, die bisher der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen wahrgenommen hat, fortgeführt werden. Allerdings soll der anstehenden Modernisierung der Organisationsstrukturen im Bereich der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die auch deren Verbände einschließt, nicht vorgegriffen werden. Deshalb wird zunächst der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben beauftragt. Da diese besonderen Aufgaben nicht vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen wahrgenommen werden können, werden diese Aufgaben dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen übertragen, der in die Rechte und Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen eintritt. Damit wird zugleich den besonderen Finanzierungsstrukturen der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Rechnung getragen. Diese werden mit diesem Gesetz unverändert beibehalten. Soweit bei der Aufgabenwahrnehmung die Steuerungsfunktion des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen berührt werden, wird dessen Vorrang klargestellt.“)

Aus dem Vorstehenden ergibt sich, dass das Wort „insoweit“ sich nicht mit der gesetzgeberischen Intention deckt und zu Missverständnissen führen kann. Nach der Begründung zum Regierungsentwurf ist zum einen den hoheitlichen Aufgaben sowie der besonderen Funktion der Spitzenverbände der LSV Rechnung zu tragen; zum anderen soll klargestellt werden, dass die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 217f SGB V unberührt bleiben. Letzteres geschieht bereits durch die insofern unzweideutige Formulierung des § 34 Abs. 1 Satz 2 KVLG 1989. Eine - überflüssige - Quasi-Vorwegnahme der Aussage des Satzes 2 schon in Satz 1 über das Wort „insoweit“ birgt neben der an sich unschädlichen Überflüssigkeit zwei Gefahren:

1. Entgegen den eindeutigen Formulierungen in der Begründung zu Art. 1 Nr. 144 GKV-WSG („Die Rechtsnachfolge wird in dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte geregelt.“)¹⁴ könnte - insbesondere angesichts der Absenz von Übergangsregelungen zum Personal, zum Vermögen etc. - die Bestimmung entgegen der gesetzgeberischen Intention als unvollständige Rechtsnachfolge gedeutet werden. Der Gesetzgeber hat jedoch im Falle einer Körperschaft des öffentlichen Rechts

14 Richtigerweise müsste es heißen „im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)“.

verfassungskonform nur die Möglichkeiten, entweder abschließende Einzelregelungen vorzunehmen oder eine Gesamtrechtsnachfolge zu bestimmen.

2. Nach der Begründung zum Regierungsentwurf (dort unter A. II. 9) verbleibt den Verbänden der Krankenkassen alternativ zur Aufgabenwahrnehmung durch die Mitgliedskassen die Wahrnehmung wettbewerblicher Aufgaben.
„Das gilt für die hausarztzentrierte Versorgung, die gesamte ärztliche Versorgung sowie auch einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung (besondere Versorgungsverträge) als Einzelaufträge ohne obligatorische Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen, für Integrationsverträge sowie für Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken.“

Das Wort „insoweit“ könnte dahingehend missverstanden werden, dass diese Aufgaben - weil nicht im agrarsozialen Sonderrecht definiert - für den Bereich der LKV entweder schlicht negiert würden, nicht auf den Verband übertragbar seien oder von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu erledigen wären. Keine dieser Schlussfolgerungen entspricht der gesetzgeberischen Intention.

Im Übrigen ist davon auszugehen, dass aufgrund des Klammerverweises in Art. 16 Nr. 3 GKV-WSG auf § 212 Abs. 2 SGB V insofern eine Gleichstellung der LKV mit den übrigen Verbänden intendiert ist. Der GLA tritt demnach umfassend in die Rechtsstellung des BLK ein; eine Einschränkung ergibt sich nur aus § 217f SGB V.

Der BLK hat deshalb in seiner Stellungnahme zum GKV-WSG vom 02.11.2006 ausgeführt: „Die Fassung des § 34 KVLG 1989 trägt der - gesetzlich gewollten - kompletten Aufgabenübertragung des aufgelösten BLK auf den GLA nicht vollständig Rechnung. In der Überschrift ist nämlich von „besonderen“ Verbandsaufgaben die Rede. Dies gilt auch für die Formulierung in Abs. 1. Weiterhin tritt der GLA „insoweit“ in die Rechte und Pflichten des früheren BLK ein. Die beiden Worte „besondere“ in der Überschrift und in Abs. 1 das Wort „insoweit“ müssten deshalb gestrichen werden. Diese Klarstellung tangiert die Aufgaben des neu zu errichtenden Spitzenverbandes Bund nicht, weil ausdrücklich § 217f SGB V unberührt bleibt. Es ist aber klargestellt, dass der GLA

nicht nur die „besonderen Aufgaben“ des „untergegangenen“ BLK wahrnimmt, sondern auch jene Aufgaben, die auch von den übrigen Spitzenverbänden, wenn auch - in anderer Rechtsform - nach wie vor für ihre Mitglieder übernommen werden.“

Die Bemühungen des BLK waren teilweise erfolgreich. In der Gesetzesfassung kommt das Wort „besondere“ nicht mehr vor.

III. Spitzenverband Bund - Bundesregierung versus Bundesverbände

Im Regierungsentwurf wird die Schaffung des Spitzenverbandes Bund äußerst knapp mit der mit der Straffung zeitlicher und organisatorischer Abläufe in den Verbänden und der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie der Vermeidung von Handlungsblockaden begründet. Die Änderung des § 212 Abs. 1 SGB V wird damit erklärt, dass aufgrund der Konzentration der nicht wettbewerblichen Aufgaben beim Spitzenverband Bund keine Aufgaben für die bisherigen Bundesverbände verbleiben, die den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts erfordern.

In ihrer gemeinsamen Stellungnahme zum Entwurf eines GKV-WSG lehnen die Spitzenverbände der Krankenkassen¹⁵ die Errichtung eines einheitlichen und zentralen Dachverbandes auf Bundesebene für die gesetzliche Krankenversicherung ab. Nach ihrer Auffassung ist die von der Bundesregierung aufgestellte Behauptung, ein Dachverband auf Bundesebene könne die vielfältigen Aufgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen besser und zielgerichteter erfüllen als diese, in keiner Weise belegt.¹⁶ Darüber hinaus weisen sie darauf, dass die Gutachter Prof. Dr. Rupert Scholz und Dr. Reimar Buchner in einer gutachterlichen Stellungnahme zu folgenden verfassungsrechtlichen Bewertungen kommen:¹⁷

- Die Organisationsreform - Errichtung des Spitzenverbandes Bund und Umwandlung der Bundesverbände in Gesellschaften bürgerlichen Rechts - ist verfassungswidrig. Die mit der Organisationsreform verbundene wettbewerbsbeschränkende Konzentration und Zentralisierung von Aufgaben

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

16 Vgl. hierzu die „Leistungsbilanz“ der Spitzenverbände, in: Pressemitteilung der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 22.11.2006.

17 Scholz/Buchner, Gutachterliche Stellungnahme zu verfassungsrechtlichen Fragen der Reform der Organisation der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Gesundheitsreform 2007.

auf den Spitzenverband Bund widerspricht willkürlich der angestrebten Förderung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen. Die geplanten Regelungen sind deshalb von vornherein evident ungeeignet und damit rechtsstaatswidrig.

- Des Weiteren würde das nach wie vor ausdrücklich gewollte System der gegliederten Krankenversicherung willkürlich durchbrochen werden. Auch in dieser Hinsicht sind die geplanten Regelungen evident ungeeignet und damit rechtsstaatswidrig.
- Auch würden willkürlich Doppelstrukturen geschaffen, die entgegen der Zielsetzung des GKV-WSG zu einem ineffizienten und uneffektiven, die Krankenkassen erheblich belastenden Mitteleinsatz führten. Dies führt erneut dazu, dass die Regelungen rechtsstaatswidrig seien.
- Willkürlich sind die Regelungen deshalb, weil sachliche Gründe für die Organisationsreform nicht zu erkennen sind. Die in der Gesetzesbegründung angeführten Regelungsziele, die zeitlichen und organisatorischen Abläufe in den Verbänden zu straffen und Handlungsblockaden zu vermeiden, können nur dann zur sachlichen Rechtfertigung herangezogen werden, wenn entsprechende Mängel oder Defizite in der gegebenen Verbände-Struktur nachweisbar wären. Dies ist jedoch nicht der Fall und wird vom Gesetzgeber auch nicht in substantiiert Form dargelegt.

Die historisch gegliederte Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung bewirke, so die Spitzenverbände in ihrer Stellungnahme, bislang einen funktionalen Wettbewerb im Vertragsbereich und tragfähige - von den jeweiligen Mitgliedern akzeptierte - Interessenausgleiche überall dort, wo diese bereits heute gesetzlich zu einheitlichen und gemeinsamen Lösungen verpflichtet sind. Die Behauptung, die Arbeit der Verbände sei ineffektiv, sei falsch. In allen den Spitzenverbänden bislang vom Gesetzgeber übertragenen Angelegenheiten seien im Gremium nach § 213 SGB V termingerecht Entscheidungen getroffen worden. Probleme und Verzögerungen innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung resultierten in aller Regel aus Interessenkonflikten zwischen Krankenkassen einerseits und den Organisationen der Leistungserbringer andererseits. Die Krankenkassen fänden nahezu durchgängig schnell zu gemeinsamen Positionen. Die Ersetzung der bestehenden Spitzenverbände durch einen zentralen Spitzenverband Bund gehe daher am tatsächlichen Problem vorbei.

Im Gegensatz zu den heutigen Verbänden werde es dem Spitzenverband Bund wesentlich schwerer fallen, die unterschiedlichen Interessen einer Vielzahl von Krankenkassen auszugleichen und zu allgemein akzeptierten Entscheidungen zu kommen. In der Folge sei eine Zunahme an Ersatzvornahmen durch das Gesundheitsministerium und damit ein zunehmender staatlicher Einfluss

zu erwarten. Die Selbstverwaltung durch die Vertreter von Versicherten und Arbeitgebern würde eingeschränkt.

Im Spitzenverband Bund werde die einzelne Krankenkasse erheblich weniger Einfluss auf die für sie wettbewerbsrelevanten Verträge nehmen können als heute über den jeweiligen Spitzenverband. Sie verliere damit neben ihrer Finanzautonomie auch einen erheblichen Teil ihrer Steuerungsfähigkeit hinsichtlich der Ausgaben. Unter diesen Bedingungen sei aber eine stärkere wettbewerbliche Orientierung der GKV nicht möglich. Das Gegenteil sei der Fall: Die GKV werde vereinheitlicht, der Wettbewerb werde marginalisiert.

Die Umwandlung der Bundesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskassen in Gesellschaften bürgerlichen Rechts als Folgeänderung aus der Errichtung des Spitzenverbandes Bund und der Übertragung der Aufgaben der Spitzenverbände auf den Spitzenverband Bund wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt.

Gegen die Rechtsnachfolgeregelungen bestehen im Übrigen verfassungsrechtliche Bedenken. So kommen Prof. Dr. Rupert Scholz und Dr. Reimar Buchner in einer gutachterlichen Stellungnahme¹⁸ zu dem Ergebnis, dass der Gesetzgeber sowohl nach Art. 12 Abs. 1 GG und Art. 3 Abs. 1 GG als auch nach dem Rechtsstaatsprinzip dazu verpflichtet sei, eine verhältnismäßige Folgenregelung zu treffen. Insbesondere wegen der Aufgabenübertragung auf den Spitzenverband Bund sei nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber nicht diesen als Rechtsnachfolger der bisherigen Bundesverbände bestimme. Dadurch würde seine Organisationshoheit nicht eingeschränkt werden und die Arbeitsverhältnisse der Arbeitnehmer würden besser geschützt. Durch die „GbR-Lösung“ würden die Krankenkassen im Unterschied zu einer klaren Rechtsnachfolgeregelung doppelt belastet. Zum einen müssten sie den Spitzenverband Bund finanzieren. Da dieser nicht Rechtsnachfolger der bisherigen Spitzenverbände werden solle, seien für seine Errichtung erhebliche finanzielle Aufwendungen erforderlich (Immobilien, Personal, IT-Ausstattung usw.). Zum anderen müssten die Krankenkassen die bisherigen Bundesverbände mit ihren sämtlichen Verpflichtungen (Arbeitsverhältnisse, Pensionsverpflichtungen etc.) in Form der Gesellschaften des bürgerlichen Rechts weiter unterhalten.

Wie zu befürchten war, blieb die Argumentation der Bundes- bzw. Spitzenverbände ohne Erfolg.

IV. Zukünftige Aufgaben des BLK bzw. des GLA

18 Scholz/Buchner, Reimar: Gutachterliche Stellungnahme zu verfassungsrechtlichen Fragen der Reform der Organisation der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Gesundheitsreform 2007.

Nach Art. 1 Nr. 149 GKV-WSG = § 217a Abs. 1 SGB V bilden die Krankenkassen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Nach Art. 1 Nr. 149 GKV-WSG = § 217f Abs. 1 SGB V hat der Spitzenverband ab dem 01.07.2008 die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. Bei diesen handelt es sich praktisch um das Gros der vormals den Spitzenverbänden der Krankenkassen obliegenden gesetzlichen Aufgaben im Bereich der allgemeinen gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (siehe oben unter A.IV.1. und 3.). Insofern haben die vormaligen Spitzenverbände ihre Aufgaben verloren. In welchem Umfang und mit welcher Geschwindigkeit dies faktisch zu Personalüberhängen der bisherigen Spitzenverbände führen wird, ist jedoch nicht sicher zu prognostizieren, denn der Spitzenverband Bund muss nicht zwingend alle Aufgaben durch eigenes Personal erledigen. Er kann sich zur Aufgabenerfüllung grundsätzlich auch der bisherigen Spitzenverbände bedienen.

Besonders zu beachten sind die dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in § 217 Abs. 2 bis 4 SGB V zugewiesenen Grundsatz- und Querschnittsaufgaben insbesondere die Entwicklung von und Abstimmung zu Datendefinitionen und Prozessoptimierung für den elektronischen Datenaustausch, die Grundsatzentscheidungen zum Beitrags- und Meldeverfahren sowie die Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs. In diesen Bereichen wird es angesichts der Bestimmungen des § 58b ALG einerseits auf eine sachgerechte Kompetenzabgrenzung und andererseits auf eine reibungslose Kooperation des BLK bzw. GLA mit dem Spitzenverband Bund ankommen.

Neben den allen Verbänden auf Bundesebene in jedem Fall verbleibenden umfangreichen fakultativen Koordinierungs- und Servicefunktionen hat der BLK (ab 2009 der GLA) jedoch weiterhin eine Vielzahl spezialgesetzlich fixierte Aufgaben. Der neue § 34 Abs. 2 KVLG 1989 fasst die ab dem 01.01.2009 (vgl. Art. 46 Abs. 10 GKV-WSG) bestehenden wesentlichen Funktionen zusammen. Es sind dies neben den denen nach §§ 58a und 58b ALG (siehe vor allem oben unter A.I.1. und A.II.2) die Verteilung der Bundeszuschüsse und die Verteilung des Solidarzuschlages nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989 auf die Mitgliedskassen.

Die Veränderungen führen in der Bilanz keinesfalls zu einem Personalüberhang beim BLK. Die infolge der Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Wegfall kommenden Aufgaben nach dem SGB V und dem SGB XI haben nur einen geringen Anteil an seiner Gesamttätigkeit. Im Übrigen wurden sie bislang typischerweise in arbeitsteiliger Kooperation mit den anderen Spitzenverbänden erledigt; federführend für alle Spitzenverbände war der BLK allein im Bereich Mutterschaftshilfe und zahngesundheitliche Prävention. Insofern hat er nur einen relativ kleinen Teil seiner Ressourcen in dem zukünft-

tig auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übergehenden Bereich einsetzen müssen.

Die in § 217 Abs. 2 SGB V aufgeführten Aufgaben zur Unterstützung der Mitgliedskassen (siehe oben unter A.II.3) fallen zwar mit Ablauf des 31.12.2008 weg, sind aber weitgehend deckungsgleich mit den fortbestehenden Aufgaben nach § 58b Abs. 3 ALG (siehe oben unter A.II.2. und 4.). Insofern wirkt sich das GKV-WSG auf den BLK praktisch nicht aufgabenmindernd aus. Außerdem wird der BLK bzw. der GLA zukünftig die Spezifika der berufsständischen Sozialversicherung als Spitzenverband des durch den Gesetzgeber abermals in seiner Eigenständigkeit bestätigten agrarsozialen Sondersystems auch gegenüber dem Spitzenverband Bund einzubringen haben.

Verfasser:

Dr. Erich Koch

Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstr. 70-72

34131 Kassel

Einführung eines Benchmarking in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung – Sachstand und erste Erfahrungen

Mit der Verabschiedung des "Konzepts zur Entwicklung und Einführung eines Benchmarking" am 22.03.2005 haben die Selbstverwaltungsorgane der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV) Eckpunkte für die Ausprägung künftiger Leistungs- und Qualitätsvergleiche zwischen den LSV-Trägern festgelegt.

Ziel und Auftrag

Anlässlich ihrer Jahrestagung im November 2003 hatten die Organmitglieder die Verwaltung beauftragt, die internen und externen Finanzströme der LSV mit dem Ziel einer Verbesserung von Transparenz und Wirtschaftlichkeit des Verwaltungshandelns zu überprüfen.

Auf der Grundlage der im Rahmen des LSVOrgG eingeführten gesetzlichen Regelungen, wonach die Spitzenverbände der LSV ihre Mitglieder u.a. durch das Aufstellen von gemeinsamen Grundsätzen für Qualitätsvergleiche unterstützen (§58 b Abs. 2 Nr. 3 Buchst. d) ALG), wurde diese Aufgabe daraufhin im Juni 2004 unter Federführung der Spitzenverbände der bereits bestehenden Projektgruppe der LSV-Träger zur „Weiterentwicklung des Controlling“ übertragen.

Stand der Projektarbeit

Seit der Beauftragung dieser Arbeitsgruppe, welche sich im Regelfall monatlich zu entsprechenden Projektsitzungen zusammenfindet, wurden folgende Aktivitäten initiiert bzw. zwischenzeitlich abgeschlossen:

1. Erstellung eines „Konzepts zur Entwicklung und Einführung eines LSV-Benchmarking“
2. Erstellung eines „Handbuchs zum LSV-Benchmarking“
3. Erstellung eines „Berichts aus dem LSV-Benchmarking Geschäftsjahr 2004“ für die Produktbereiche „BG-Leistung“ und „AK-Leistung mit Soz. Maßnahmen“ sowie Aufbau eines periodischen Berichtswesens
4. Durchführung erster Detailanalysen zu den beiden vorgenannten Produktbereichen (Geschäftsjahr 2004)
5. Durchführung von Detailanalysen für die Produktgruppen KK- und PK-Leistung (Geschäftsjahr 2005)

6. Weiterführung der Detailanalysen BG- und AK-Leistung.

Die vorgenannten Aktivitäten wurden unter Beachtung des Gebotes der wirtschaftlichen und sparsamen Haushaltsführung (§ 69 Abs. 2 SGB IV) mit den vorhandenen personellen Ressourcen und ohne Inanspruchnahme externer Dienstleistungen durchgeführt.

Benchmarking

Benchmarking (BM) bezeichnet im Wesentlichen ein betriebswirtschaftliches Analyse- und Steuerungsinstrument mit dem Ziel,

- Unterschiede zu „Mitbewerbern“ anhand von Kennzahlen offen zu legen,
- Referenzwerte zu ermitteln (best practice) und durch „Lernen vom Besten“ Verbesserungspotentiale aufzuzeigen,
- Wirtschaftlichkeitsreserven zu identifizieren und Kosten zu senken sowie
- Datenmaterial für strategische Entscheidungen von Geschäftsführung und Ehrenamt zu liefern,

und ist durch die Einführung von „Wettbewerbselementen“ zwischen den Vergleichspartnern in besonderem Maße zur Erreichung der geforderten Effizienzsteigerung in der LSV geeignet.

Das BM ermöglicht erstmals eine vergleichende Betrachtung der Kostenstrukturen der LSV-Träger untereinander und trägt damit zu einer verbesserten Transparenz der Verwaltungsstrukturen bei. Die körperschaftsübergreifende betriebswirtschaftliche Sicht der Kostenrechnung auf Kostenart, Kostenstelle und Kostenträger stellt eine ergänzende Vergleichsebene zu den Rechnungsergebnissen und damit zur haushalterisch orientierten Sichtweise dar.

a) Das BM-Konzept

Das BM-Konzept der LSV orientiert sich in weiten Teilen an dem prozessorientierten „DIN-Vorgehensmodell für das BM von Dienstleistungen“, wie es in dem Projekt BENEFIT¹ Anwendung findet. Die dem LSV-BM zugrundeliegenden Daten basieren überwiegend auf den Ergebnissen der Kostenrechnung der LSV-Träger. Bereits mit der Einführung der SAP-Software „Controlling“ wurden für die Kostenrechnung Konventionen festgelegt, die eine

1 BENEFIT (= „Benchmarking-Methoden und – Verfahren für öffentliche Dienstleistungen“) bezeichnet ein am Institut für Wirtschaftsinformatik an der Universität des Saarlands in der Zeit vom Oktober 1999 bis März 2002 durchgeführtes wissenschaftlich anerkanntes Forschungsprojekt mit dem Ziel, Grundsätze für ein ordnungsgemäßes Benchmarking von öffentlichen Dienstleistungen zu entwickeln und in der praktischen Anwendung zu erproben.

einheitliche Datenbasis für vergleichende Bewertungen sicherstellen. Daneben finden Daten (Geschäftsprozesse, Bearbeitungszeiten) des „Verfahrens zur Personalbedarfsermittlung der LSV-Träger“, die offizielle Fallzahlenstatistik sowie die sonstigen Statistiken der Spitzenverbände der LSV als sogenannte „Grundzahlen“ Verwendung.

Die als BM-Objekte untersuchten Produktbereiche/-gruppen der Träger wurden entsprechend der verbindlichen Kostenstellenstruktur in der Weise gegliedert, dass ihnen ein oder mehrere Produkte (Dienstleistungen) zugeordnet werden. Ein Produkt wiederum umfasst einen oder mehrere Geschäftsprozesse, die im Aufgabenkatalog zur Personalbedarfsbemessung verbindlich beschrieben sind. Neben den „Kosten der Leistungserstellung“, d.h. den persönlichen, sächlichen und sonstigen Kosten, die für die Bereitstellung der o.a. Produkte anfallen, sind auch die „Kosten der erbrachten Leistungen“, d.h. die Leistungsaufwendungen Gegenstand vergleichender Analysen.

Neben Produktivitäts- und Kostenaspekten stehen im LSV-BM auch die Verbesserung der Qualität der Sachbearbeitung und die Zufriedenheit der Versicherten und Mitglieder im Mittelpunkt. Darüber hinaus wird ergänzend zur Kundenorientierung auch die Mitarbeiterorientierung berücksichtigt.

Damit liegen dem BM-Konzept der LSV folgende gemeinsame BM-Kriterien zugrunde, die zueinander in Wechselbeziehungen stehen:

- Wirtschaftlichkeit
- Qualität
- Kundenorientierung
- Mitarbeiterorientierung.

b) Das BM-Berichtswesen

Zur Erhebung und Auswertung der Daten wurde ein BM-Berichtswesen installiert, das nach dem Gliederungsschema der vorgenannten BM-Kriterien Kennzahlen zu den einzelnen Produktbereichen und Produktgruppen bzw. den jeweils definierten Produkten umfasst.

Dazu werden von den LSV-Trägern jährlich folgende Daten an die Spitzenverbände (Bereich BM) übermittelt:

- Die nach Produktbereichen/-gruppen strukturierten Daten der Kostenrechnung,
- die entsprechenden Angaben über die Zahl der Vollzeitkräfte je Produktbereich/-gruppe im Jahresdurchschnitt,

- der anteilige Jahresarbeitszeitbedarf (in v. H.) des jeweiligen Produkts am Produktbereich bzw. an der Produktgruppe nach dem Ergebnis der Personalbedarfsermittlung.

Das gesammelte Datenmaterial wird zusammen mit den offiziellen Daten aus den LSV-Statistiken mit Hilfe eines Erfassungs- und Auswertungstools in Berichtsform aufbereitet und von den Spitzenverbänden (Bereich BM) in Abstimmung mit den BM-Beauftragten der Träger auf Plausibilität der Kennzahlen geprüft. Mit der fortschreitenden Ausweitung der Datenbasis werden dabei in einem mehrjährigen Vergleich auch Entwicklungstendenzen (Trends) ablesbar. Der nach dem Gliederungsschema des BM-Kriterienkatalogs (Wirtschaftlichkeit, Qualität, Kundenorientierung, Mitarbeiterorientierung) gegliederte BM-Bericht bildet die Datenbasis für nachgehende Untersuchungen in Form von Detailanalysen. Im Einzelnen:

Wirtschaftlichkeit

Die Betrachtung der Wirtschaftlichkeit umfasst neben Produktivitätskennzahlen (Personaleinsatz, Bearbeitungsmenge) auch eine Kostensicht (Kosten der Leistungserstellung je Produkt). Daneben werden die anteiligen Leistungsausgaben/-einnahmen und anteiligen Gesamtkosten je Produkt ermittelt.

Qualität

Die Betrachtung der Qualität basiert derzeit auf den Ergebnissen der Widerspruchsstatistik, welche durch entsprechende Detailerhebungen (Datenbankinformationssystem IS LSV) hinsichtlich der Verteilung auf die einzelnen Produktgruppen ergänzt werden. Eine Erweiterung der Qualitätskriterien wird derzeit geprüft.

Kundenorientierung

Die LSV-Träger verstehen ihre Versicherten und Mitglieder als „Kunden“. Als Maßstab für den Grad der Zielerreichung kommt der Messung der individuellen Zufriedenheit dieses Personenkreises insoweit hohe Bedeutung zu. Messgrößen sind derzeit, neben der oben beschriebenen Widerspruchsquote, auch offizielle statistische Auswertungen bezüglich der Durchlaufzeiten von Leistungsanträgen. Eine repräsentative Beurteilung der Kundenzufriedenheit kann jedoch erst nach der Durchführung einer entsprechenden Versichertenbefragung erfolgen. Diesbezüglich wurden Aktivitäten eingeleitet.

Mitarbeiterorientierung

Der Bereich der Mitarbeiterorientierung umfasst neben Motivations- und Zufriedenheitsaspekten auch Qualifikationskriterien. Der Analyse der Mitarbeiterorientierung kommt im Gesamtkontext des LSV BM eine besondere Bedeutung zu, da der Mitarbeiterbestand als wesent-

licher Produktionsfaktor in enger Wechselbeziehung mit den übrigen BM-Kriterien betrachtet werden muss. Für die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit wird derzeit eine Mitarbeiterbefragung nach BM-Gesichtspunkten vorbereitet, sodass entsprechende Kennzahlen voraussichtlich für das Berichtsjahr 2006 zur Verfügung stehen werden.

c) Die Datenanalyse

Wie oben ausgeführt sind aufgrund der gleichartigen Aufgabenstellung und der einheitlichen Methodik der Datenerhebung grundsätzlich alle LSV-Träger untereinander vergleichbar.

Die nachgehende Datenanalyse erfolgt durch zu diesem Zweck einberufene BM-Kreise. Die BM-Kreise haben die Funktion von "Qualitätszirkeln", welche zum einen die ermittelten Kennzahlen einer nochmaligen kritischen Überprüfung unterziehen um eventuelle Messfehler zu identifizieren und zum anderen den zugrundeliegenden Ursache-Wirkungsbeziehungen für eventuelle Leistungsunterschiede nachgehen. Dabei geht es um das Optimieren von Verfahren („Lernen vom Besten“), sodass in der Analysephase ein intensiver Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen den Beteiligten erfolgt. Strategien, Zielsetzungen, Arbeitsprozesse und -methoden der LSV-Träger werden im Detail verglichen und Unterschiede herausgearbeitet. Aufbau und Ablauf der Analyse folgten der Systematik des sogenannten „Treiberbaums“, wobei die für die Produkte ermittelten Kennzahlen in ihre Einzelkomponenten (Einflussfaktoren) untergliedert werden. Ziel der Analyse ist, die Einzelkomponenten so weit herunter zu brechen, dass auf der untersten (Prozess-)Ebene konkrete Ansatzpunkte für mögliche Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden können.

d) Die Umsetzung der Analyseergebnisse

Mit fortschreitender Weiterentwicklung des LSV-BM wird ein permanenter Steuerungskreislauf in Gang gesetzt, da die jährlich erhobenen Kennzahlen mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zeitablauf wechselnde Positionierungen der einzelnen Träger innerhalb der verschiedenen Produktbereiche ausweisen. Ziel ist ein dauerhafter Lernprozess innerhalb der LSV-Gemeinschaft durch wechselnde Untersuchungsschwerpunkte und den Austausch der dabei gewonnenen Erkenntnisse zum Nutzen des Gesamtsystems. Die im Rahmen der BM-Kreise identifizierten Optimierungsmöglichkeiten sind in der Umsetzungsphase von den LSV-Trägern in individuellen Maßnahmekatalogen zu konkretisieren.

Erste Ergebnisse

Nach Abschluss der konzeptionellen Phase wurden wie oben ausgeführt zwischenzeitlich Kennzahlen für Leistungsvergleiche definiert und zunächst für die beiden Produktivbereiche "BG-Leistung" und "AK-Leistung" erste Daten aus dem Geschäftsjahr 2004 erhoben. Die Kennzahlenergebnisse wurden sodann einer nachgehenden Detailanalyse durch entsprechende BM-Arbeitskreise unterzogen. Als Ergebnis bleibt festzuhalten:

- Das LSV-BM bietet durch die Einführung von Wettbewerbselementen die Chance, Verwaltungsstrukturen im Interesse einer neuen dienstleistungs- und kostenorientierten Betrachtungsweise kritisch zu hinterfragen. Das mit dem BM verbundene psychologische Moment kann daher nicht hoch genug eingeschätzt werden. So wird zum Beispiel das Kostenbewusstsein der Mitarbeiter bzw. die Identifikation mit den für ihren Arbeitsbereich ausgewiesenen Produktivitätskennzahlen deutlich gestärkt. Die bis dahin eher „abstrakte“ Kostensituation des eigenen Trägers wird persönlich erfahrbar.
- Das LSV-BM eröffnet über eine verwaltungskostenorientierte Sichtweise hinaus auch konkrete Ansätze für einen künftigen Vergleich des Leistungsaufwands der LSV-Träger. Darüber hinaus wird durch die BM-Kriterien „Mitarbeiterorientierung“ bzw. „Kundenorientierung“ die Grundlage für den Entwicklungsprozess in Richtung auf eine moderne, dienstleistungsorientierte Verwaltung gestärkt.
- Die Erhebung der sogenannten „weichen“ Faktoren (vgl. Kunden- und Mitarbeiterorientierung) gestaltet sich im Gegensatz zu den Wirtschaftlichkeits- und Produktivitätskennzahlen schwieriger. Damit besteht die Gefahr einer einseitig kostenfixierten Betrachtungsweise. Eine am Wohl der Versicherten orientierte Entscheidungsfindung kann jedoch nicht nach privatwirtschaftlichen Effizienzkriterien erfolgen, d.h. nicht ausschließlich an monetären Kennzahlen festgemacht werden. Erfolgreiches Verwaltungshandeln misst sich nicht durch reine Kostenersparnis, sondern auch durch nicht unmittelbar monetär erfassbare Leistungen wie z.B. der Qualität der erbrachten (Dienst)leistung und der Kundenorientierung. Eine angestrebte „Kostenführerschaft“, d.h. eine besonders günstige Kostensituation im betrachteten Produktbereich kann unter Umständen nur zu Lasten der Qualität und damit der Kundenzufriedenheit erreichbar sein. Insoweit verbietet sich grundsätzlich eine isolierte Betrachtung und Interpretation einzelner BM-Kriterien.
- Bereits in der Pilotphase hat sich gezeigt, dass der Erfolg des LSV-BM maßgeblich von der Validität der zugrundeliegenden Daten abhängig ist. Mit den erhobenen Vergleichszahlen lassen sich erste Hinweise auf Bereiche mit Optimierungsmöglichkeiten ableiten. Dabei müssen zu

Beginn aber auch mögliche Datenverwerfungen durch Zufallsergebnisse einkalkuliert werden, sodass erst mit einer zunehmenden Dichte des verfügbaren Zahlenmaterials, d.h. in einer vergleichenden Darstellung mehrerer Berichtsjahre, Entwicklungstendenzen bzw. Trends sichtbar werden.

- Die Detailanalyse ist unverzichtbar für eine sachgerechte Interpretation der ermittelten Kennzahlenergebnisse. Erst durch sie wird deutlich, in welchem Bereich konkreter Handlungsbedarf besteht. Dabei hat sich der gewählte methodische Ansatz einer systematischen Geschäftsprozessanalyse mittels „Treiberbaum“ bewährt. Auf der Grundlage der Ergebnisse der zeitlich befristeten BM-Arbeitskreise kann es dabei erforderlich werden, einzelne Verfahrensabläufe, Bearbeitungsmethoden etc. vertiefend zu betrachten, um nachhaltige Verbesserungen der Aufbau- und Ablauforganisation der Träger erzielen zu können.
- Eine abschließende Bewertung der Ergebnisse im Hinblick auf den jeweiligen „Bestwert“ (best practice) sollte aufgrund der vielfältigen Wechselbeziehungen im vernetzten LSV-System, insbesondere zwischen dem „internen“ administrativen Bereich und den „externen“ produktiven Bereichen, erst nach einer vollständigen Erfassung aller definierten Produktbereiche im Gesamtkontext erfolgen.
- Das BM-Konzept „von der LSV für die LSV“ bindet durch seine betonte Praxisnähe das im System vorhandene Entwicklungs- und Veränderungspotential bewusst in die Entscheidungsprozesse ein, und stellt damit dauerhaft einen hohen Akzeptanzgrad bei den Beschäftigten sicher.
- Obwohl sich das LSV-BM noch in der Einführungs- und Erprobungsphase befindet, ist es schon jetzt gelungen, das vorhandene Innovationspotential durch den eingeleiteten kennzahlenunterstützten Leistungsvergleich zu mobilisieren, sodass bereits vielfältige Initiativen zur Effizienzsteigerung angestoßen wurden.

Fazit und Ausblick

Mit der Einführung eines Benchmarking zur Identifizierung von Wirtschaftlichkeitsreserven und der Optimierung von Organisationsabläufen stellen die LSV-Träger ihre Flexibilität und Handlungsfähigkeit unter Beweis, und leisten einen wichtigen Beitrag zur Konsolidierung des agrarsozialen Sicherungssystems in einem zunehmend schwierigeren politischen und gesellschaftlichen Umfeld.

Für das laufende Jahr ist vorgesehen, aus den zurzeit laufenden Detailanalysen Ansätze zur Effizienzsteigerung für die Verwaltungspraxis zu gewinnen und zeitnah umzusetzen. Daneben soll in Kürze eine Mitarbeiterbefragung bei den LSV-Trägern durchgeführt werden, welcher baldmöglichst eine entsprechende Versichertenbefragung folgen soll.

Verfasser

Gunnar Höhn

Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

-Bereich Benchmarking-

Weißensteinstr. 70 - 72

34141 Kassel

Die Versorgung des Versicherten mit Arzneimitteln einer Versandhandelsapotheke unter besonderer Berücksichtigung des Vertragsstandes bei den LKKen

Inhaltsverzeichnis

- A. Einleitung:
 - 1. Chancen und Gefahren des Internetversandhandels von Arzneimitteln
 - 2. Der Versandhandel mit Arzneimitteln – ein Erfolgskonzept?
 - 3. Krankenkassen handeln zusätzliche Sonderkonditionen bei Versandhandelsapotheken aus
- B. Zulässigkeit des innerdeutschen Versandhandels
- C. Zulässigkeit des Arzneimittelversands durch ausländische Versandapotheke nach Deutschland
 - 1. Arzneimittelsicherheitsrechtliche Aspekte
 - 2. Preisrechtliche Aspekte
 - 3. Keine Beseitigung der Inländerdiskriminierung durch das GKV-WSG
- D. Die Versandhandelsapotheke als Leistungserbringer des SGB V
 - 1. Keine leistungsrechtliche Zulassung der Apotheke zu Sachleistungen nach dem SGB V
 - 2. Wirkung des Rahmenvertrages gemäß § 129 SGB V für (ausländische) Versandhandelsapotheken
 - 3. Beitritt zum Rahmenvertrag verhindert keine freie Preisgestaltung durch die Apotheke
 - 4. Berechtigung zur Sachleistung durch Abschluss eines Vertrages nach § 140e SGB V
 - 5. Neufassung des § 140e SGB V durch das Vertragsrechtsänderungsgesetz
 - 6. Versorgung des Versicherten mit Arzneimitteln einer ausländischen Versandapotheke über § 13 Abs. 4 SGB V (Kostenerstattung)
- E. Vertragsstand bei den LKKen im Sommer 2006
- F. Die traditionelle Arzneimittelversorgung durch den Apotheker gerät in das Wanken
 - 1. „Vor-Ort-Fremdbesitzapotheke“ von DocMorris in Saarbrücken
 - 2. Abgabe von Arzneimitteln, die über den Internetversandhandel bestellt wurden, über eine Drogeriekette
 - 3. Die Übernahme der Versandapotheke DocMorris durch die Celesio AG
- G. Einbettung von Verträgen mit Versandhandelsapotheken in andere Verträge sinnvoll

H. Bewerbung der Versandapotheke durch die Krankenkasse

1. Handeln der Krankenkassen ist dem Wettbewerbsrecht entzogen
2. Entgegenstehen von öffentlich-rechtlichen Vorschriften, insbesondere des Arzneimittellieferungsvertrages
3. Erweiterte Informationsmöglichkeiten der Krankenkasse nach dem GKV-WSG

A. Einleitung

Seit dem 01.01.2004 ist auch in Deutschland der Versandhandel mit apotheken- und rezeptpflichtigen Medikamenten gestattet. Bislang durften lediglich freiverkäufliche Arzneien auf diesem Wege vertrieben werden. Mit dem vorliegenden Aufsatz soll der rechtliche Hintergrund, vor dem der Versandhandel mit diesen Arzneimitteln stattfindet, näher beleuchtet werden. Hierbei findet der Vertragsstand der LKKn eine besondere Berücksichtigung.

Zahlreiche, teilweise sich widersprechende Gerichtsurteile in diesem Bereich, nicht nur zur Arzneimittelpreisverordnung und deren Geltung, haben die Rechtslage für die Krankenkassen jedoch unübersichtlich gemacht. Der Versandhandel mit Arzneimittel ist in einer Vielzahl von gesetzlichen Regelungen normiert. Auch leistungrechtlich ist nicht auf den ersten Blick erkennbar, unter welchen Umständen die Versandhandelsapotheke zur Sachleistung an den gesetzlich Versicherten berechtigt ist. In letzter Zeit haben auch die Hinweise einiger Krankenkassen auf die Vorteile des Versandhandels gerichtliche Schritte nach sich gezogen. Auch diese wettbewerbsrechtlichen Aspekte sollen hierbei - unter Berücksichtigung der Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)¹ - eine Diskussion erfahren.

1. Chancen und Gefahren des Internetversandhandels von Arzneimitteln

Der Versandhandel ist vor allem für chronisch Kranke oder ältere Menschen interessant. Lange Wege zu der örtlichen Apotheke können so erspart werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Arzneimittelverbrauch im Vorhinein planbar ist, da auch der Versand der Arzneimittel zu dem Versicherten nach Hause einige Tage in Anspruch nehmen wird. Die Versandapotheken locken die Kunden auch mit finanziellen Vorteilen, die vor allem im Bereich der hochpreisigen Arzneimittel interessant sein dürften. So wirbt z. B. die DocMorris-Versandapotheke mit folgenden finanziellen Vorteilen (Stand 23.03.2007):

- Der gesetzlich Versicherte erhält einen Sofortbonus in Höhe der halben gesetzlichen Zuzahlung. Ist er von der Zuzahlung befreit, schreibt die DocMorris-Versandapotheke diesem einen Treuebonus in Höhe der halben gesetzlichen Zuzahlung gut. Sobald der Versicherte 30 Euro ange-

1 BGBl 2007, S. 378.

sammelt hat, überweist die Versandapotheke den Bonusbetrag auf das Bankkonto des Versicherten. Hierbei ist zu beachten, dass chronisch kranke Versicherte eine Vielzahl von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur täglichen Behandlung ihrer Krankheit benötigen: So bestellt ein Diabetiker z.B. zwei Insuline, zwei Mittel gegen Bluthochdruck, einen Lipidsenker und einen Blutverdünner. In diesem Fall sind das sechs Medikamente. Bestellt der Versicherte diese über die DocMorris-Versandapotheke spart er bis zu 5 Euro je Medikament. Daraus kann sich eine Ersparnis von bis zu 30 Euro ergeben.

- Rezeptfreie Medikamente sind bei der DocMorris-Versandapotheke rund 40 % günstiger als der empfohlene deutsche Apothekenverkaufspreis.
- Die DocMorris-Versandapotheke übernimmt zudem den Versandkostenanteil in Höhe von 4,95 Euro, sobald der Versicherte mehr als ein Medikament auf Rezept oder rezeptfreie Medikamente im Gesamtwert von mehr als 40 Euro bestellt.

So gewährt z. B. die Europa Apotheek Venlo (Stand 23.03.2007)

- mindestens 2,50 € Garantie-Bonus auf Arzneimittel und bis zu 15,00 € Höchst-Bonus (3 % des Arzneimittelpreises). Dies gilt auch bei Zuzahlungsbefreiung und zuzahlungsbefreiten Arzneimitteln.
- 10 % Bonus auf jedes Medikament, welches nicht von der Krankenkasse übernommen wird (maximal 15,00 €). Diese Ankündigung umfaßt vom Wortlaut her nicht nur die OTC-Arzneimittel, also nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel), sondern auch die verschreibungspflichtigen, aber nach der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgeschlossenen Arzneimittel (z. B. Life-Style-Arzneimittel). Dies ist angesichts § 7 Abs. 2 a HWG bedenklich, der eine Zuwendung oder Werbegabe für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel als unzulässig ansieht, wenn hierdurch die Arzneimittelpreisverordnung verletzt wird.

Gerade die Versandapotheken bewegen sich jedoch bei der Gestaltung ihrer Werbung oftmals am Rande der Zulässigkeit. Dies sollte auch für die vertrags-schließende Krankenkasse nicht vollkommen unerheblich sein. So soll über Gutscheine oder Boni eine Kundenanbindung erreicht werden. Allerdings haben auch die Versandapotheken bei der Werbung für Arzneimittel und Medizinprodukte, insbesondere bei der Ankündigung von Rabatten, die Vorschriften des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) bzw. des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) zu beachten. So darf gemäß § 10 Abs. 1 HWG für verschreibungspflichtige Arzneimittel nur bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern und Personen, die mit diesen Arzneimitteln erlaubterweise Handel treiben, geworben werden.

Auch der Verstoß gegen die Arzneimittelpreisverordnung kann insoweit einen wettbewerbsrechtlichen Unterlassensanspruch begründen (jetzt auch explizit in § 7 Abs. 2 a HWG geregelt). So haben die Oberlandesgerichte Köln² sowie Frankfurt³ es Apothekern untersagt, Bonus-Taler beim Erwerb verschreibungspflichtiger, preisgebundener Arzneimittel zu gewähren, die dann gegen Prämien eingelöst werden können. Beide Gerichte sahen in der Gewährung eines Gutscheins bzw. eines Bonus-Talers beim Erwerb von preisgebundenen Arzneimitteln eine Umgehung der für diese Produktgruppe vorgesehenen Preisbindung nach der Arzneimittelpreisverordnung. In der Vorstellung des Verbrauchers stelle sich die Abgabe von Gutscheinen oder Bonus-Punkten bereits beim Erstkauf als erzielte Ersparnis und Geldvorteil dar. Diese Rechtsprechung gilt allerdings von vornherein nicht für ausländische Versandapotheken, da diese wohl nicht an die Arzneimittelpreisverordnung gebunden sind (vgl. hierzu C. 2). Das Oberlandesgericht Naumburg⁴ vertrat dagegen in einem ähnlich gelagerten Fall die Auffassung, dass ein Verstoß gegen die gesetzliche Preisbindung nach der Arzneimittelpreisverordnung nicht vorliege, wenn ein Apotheker einen 5 Euro-Einkaufsgutschein für jedes Rezept ankündigt. Das Gericht argumentierte damit, dass der Kunde bei Einlösung des Rezeptes im wirtschaftlichen Ergebnis keine Preisvergünstigung oder einen Sonderpreis auf das preisgebundene Medikament erhalte. Der Preisvorteil verwirkliche sich erst bei einem Zweitgeschäft, bei dem der Gutschein eingelöst werde. In diesem Zweitgeschäft wird aber kein verschreibungspflichtiges Arzneimittel abgegeben, so dass durch die Vergünstigung kein Verstoß gegen die Arzneimittelpreisverordnung mehr vorliegt. Die unterschiedliche Rechtsprechung führt derzeit zu einer erheblichen Rechtsunsicherheit.

Auch Deutschlands größte Versandapotheke Sanicare darf weiterhin Krankenkassengutscheine einlösen und den Patienten damit Zuzahlungen für Arzneimittel ersparen. Die niedersächsische Apotheke bot seit Juli 2006 den Krankenkassen ein entsprechendes Kooperationsmodell an. Die Krankenkassen dürfen an ihre Mitglieder Zuzahlungsgutscheine verteilen; die Kassengutscheine können die Patienten dann bei Sanicare einlösen. Zahlreiche Kassen, wie beispielsweise die IKK Weser Ems, die AOK Niedersachsen, die Kaufmännische Krankenkasse, die DAK und die Hamburg Münchener Krankenkasse nehmen dieses Kooperationsangebot an und ersparen ihren Mitgliedern damit pro verschreibungspflichtigem Medikament zwischen 5 und 10 Euro. Dies wurde am 12.09.2006 von der Wettbewerbszentrale mit der Begründung vor Gericht gebracht, die Kooperation verstoße in Verbindung

2 Beschluss v. 20.09.2005, Az. 6 W 112/05, zitiert in: WRP 2006, 130.

3 Urteil v. 20.10.2005, Az. 6 U 201/04, zitiert in: WRP 2006; 613.

4 Urteil v. 26.08.2005, Az. 10 U 16/05, zitiert in: WRP 2006, 132.

mit den Zuzahlungsvorschriften gegen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb. Vorerst blieb die Wettbewerbszentrale jedoch erfolglos, denn im Gerichtstermin am 26.09.2006 hat das Landgericht Osnabrück⁵ die Zurückweisung des Antrags auf Erlass einer einstweiligen Verfügung verkündet.

Unklar ist auch, wie das wachsende Problem mit Produkt-Piraterie („Arzneimittel-Fälschung“), besonders bei den Lifestyle-Medikamenten, in den Griff gebracht werden soll. Nicht zuletzt, weil vielen Verbrauchern oftmals nicht transparent ist, welche der ebenfalls für den deutschen Arzneimittel-Versandhandel formal zugelassenen europäischen Internetapotheken - zum Beispiel in Holland oder Großbritannien - seriös sind, welche keine Zulassung für den deutschen Markt haben oder bei welchen Internetangeboten es sich nicht einmal um Apotheken handelt. Auch der Versuch des Bundesverbandes Deutscher Versandapotheken (BVDVA, www.bvdva.de), seine Mitglieder mit Hilfe eines neu geschaffenen Qualitätssiegels von unseriösen Anbietern abzugrenzen, dürfte außerhalb Deutschlands wenig Erfolg zeigen - das Siegel gilt nur in der Bundesrepublik.⁶

2. Der Versandhandel mit Arzneimitteln – ein Erfolgskonzept?

Mittlerweile über 1000 Versandapotheken (= Offizin-Apotheker mit Zulassung als Versandapotheker) konkurrieren um deutsche Kunden. Einen wirklichen Durchbruch konnte das Versandgeschäft, trotz oftmaliger Bewerbung durch die Krankenkassen, nicht erzielen. Klare Umsatzzahlen, die einen (Miss-)Erfolg belegen würden, liegen allerdings nicht vor. Nach Aussagen des Bundesverbandes Deutscher Versandapotheken (BVDVA) konnte die größte deutsche Versandapotheke Sanicare (www.sanicare.de) im vergangenen Jahr ihren Kundenstamm mit 364.000 Bestellern mehr als verdoppeln. Die Zur-Rose-Gruppe Deutschland (www.zurrose.de) konnte angeblich eine Verdreifachung der Kundenanzahl auf über 500.000 erzielen.⁷

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) bescheinigt dagegen dem Versandhandel unter Verweis auf die KV 45 (Quartal 1-3

5 Entscheidung des Landgericht Osnabrück v. 12.09.2006, Az.: 18 O 487/06.

6 Vgl. BVDVA.-Antragsformular zur Erlangung des BVDVA Gütesiegels Versandapotheke.

7 Auch der Kundenstamm von Pharma 24 (www.pharma24.de) wuchs im gleichen Zeitraum von 120.000 auf 160.000. Bei der A1-VersandApotheke (www.a1-versandapotheke.de) hat sich die Zahl der Kunden annähernd verdoppelt und Mycare (www.mycare.de) gewann 93.000 Neukunden. Vgl. Presseerklärung des Bundesverband der Versandapotheken (BVDVA) vom 11.01.07.

des Jahres 2006) rückläufige Zahlen.⁸ Ein Grund für eine eher schleppende Nachfrage der Versicherten könnte die von der Stiftung Warentest bemängelte Beratungsqualität (Schlagzeile: „Jede zweite Apotheke mangelhaft“) sein.⁹ Das Testergebnis wurde insoweit jedoch in der Presse nur verkürzt dargestellt. Weiterhin hieß es zur Beratung der Versandhandelsapotheken nämlich, dass diese „ähnlich schlecht sei wie die der niedergelassenen Apotheken.“ Es kann daher nicht die Rede davon sein, dass die Arzneimittelversorgung durch die Versandhandelsapotheke per se schlechter sei, als in der Offizin-Apotheke.

3. Krankenkassen handeln zusätzliche Sonderkondition bei Versandhandelsapotheken aus

Um das Sparpotential der Versandhändler zu nutzen, vereinbaren immer mehr Krankenkassen Sonderkonditionen mit Internetapotheken wie DocMorris, Sanicare und der Europa Apotheek Venlo. So hat beispielsweise die Techniker Krankenkasse zusätzliche drei Prozent Preisnachlass bei Sanicare für ihre Mitglieder ausgehandelt.¹⁰ Nicht immer werben die Krankenkassen allerdings mit Rabatten, die tatsächlich exklusiv für sie gelten. Manchmal geben die Krankenkassen auf ihren Homepages oder in einem anderen Medium auch nur die allgemeinen Preisnachlässe der Internetapotheken wieder. So bekommen alle Kunden der Europa Apotheek Venlo einen Bonus von drei Prozent bei rezeptpflichtigen Medikamenten und mindestens zehn Prozent Rabatt auf freiverkäufliche Medikamente. Ein Vertrag zwischen Versandapotheke und Krankenkasse bedeutet also nicht automatisch eine Sonderbehandlung der Versicherten.

Teilweise wurden auch für besondere Produktkategorien Extraboni ausgehandelt.¹¹ Der BKK Landesverband Baden-Württemberg verkündet z. B. auf seiner Homepage (zufällig gewähltes Beispiel):

„In der momentan schwierigen Situation mit ständig steigenden Kosten im Gesundheitsbereich können sich die BKK-Versicherten über das neue

8 Presseerklärung der ABDA vom 08.01.2007.

9 Stiftung Warentest (www.stiftung-warentest.de). Versandapotheken - Jede zweite mangelhaft. Berlin (www.stiftung-warentest.de/online/gesundheit_kosmetik/test/1240633/1240633/1241489.html) 2005.

10 Meldung der welt online, 02.05.2006: http://www.welt.de/print-welt/article213948/Krankenkassen_locken_mit_Internet-Rabatten.html.

11 So sollen laut Welt-online BKK-Mitglieder bei Privatrezepten wie für die Anti-Babypille einen Sofortrabatt von zehn Prozent erhalten.

Angebot freuen. Denn auf bestimmte Arzneimittel gelten Vorzugspreise und es sind Ersparnisse bis zu 30% möglich. Weiterhin sind bestimmte Produktgruppen sonderkonditioniert. Ein weiteres Schmankerl für die Versicherten der baden-württembergischen BKK sind die so genannten „BKK Sundays“. Jeden Sonntag können sie Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel, Medizinprodukte und Kosmetika bestimmter Anwendungsgruppen zu besonders günstigen Konditionen erwerben. Das ist aber noch nicht alles. Denn durch die Umsätze aus gekauften nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sammeln sich Bonuspunkte an. Diese können für Prämien aus dem Bereich der Gesundheitsprophylaxe eingelöst werden.“

Hierdurch wird deutlich, dass die Verträge mit den Versandhandelsapotheken als eindeutiges Mittel der Versichertenanbindung und -gewinnung genutzt werden. Für den Versicherten ist nur schwer einsehbar, ob er den Vorteil erhält, weil er Versicherter einer bestimmten Krankenkasse ist, oder diesen Vorteil auch unabhängig davon erhalten hätte. Würde ein Unternehmer derart werben, käme eine Verstoß gegen das Irreführungsverbot des § 5 UWG in Betracht. Nach der jüngsten Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 23. Februar 2006¹² ist es im Hinblick auf die Vorschrift des § 69 SGB V ausgeschlossen, Handlungen der Krankenkassen und der von ihnen eingeschalteten Leistungserbringer, die der Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrags gegenüber den Versicherten dienen sollen, nach dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb zu beurteilen. Vermeidlich geschädigte Dritte können daher nach Auffassung des Bundesgerichtshofs nur Abwehransprüche nach Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz oder Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz geltend machen, soweit sie sich gegen beeinträchtigendes oder diskriminierendes Verhalten der gesetzlichen Krankenkassen zur Wehr setzen wollen. Angesichts des austarierten Systems an Verhaltensregeln im UWG dürfte der Verweis auf die Grundrechte der Berufsausübungsfreiheit oder des für die Marktbeteiligten jedoch wenig hilfreich sein.

B. Zulässigkeit des innerdeutschen Versandhandels

Das nationale Recht verbot noch bis zum 01.01.2004 – dem Tag des Inkrafttretens des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)¹³ - den Arzneimittelversandhandel an den Endverbraucher von apothekenpflichtigen Arzneimitteln. In die Diskussion war dieses Verbot und dessen Zulässigkeit durch die Versandhandelstätigkeit der niederländischen Apotheke DocMorris gelangt. In zahlreichen Rechtsstreiten musste DocMorris seinen Versand von Arzneimitteln nach Deutschland unter Berufung auf das europäische Recht verteidigen. Schließlich musste der EuGH darüber befinden, ob das damals

¹² BGH, WRP 2006, 747.

¹³ BGBl. 2003 Teil I, S. 2190

bestehende nationale Versandhandelsverbotes mit dem Europäischen Recht vereinbar war. Im Urteil vom 11.12.2003¹⁴ entschied der EuGH nach einem dreijährigen Rechtsstreit, der vor dem Landgericht Frankfurt begonnen hatte, dass ein absolutes Verbot des Arzneimittelversandes gegen Europarecht verstoße. Das Gericht führte aus, dass ein § 43 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG) entsprechendes nationales Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln, die in dem betreffenden Mitgliedsstaat ausschließlich in Apotheken verkauft werden dürfen, eine Maßnahme gleicher Wirkung im Sinne von Artikel 28 EG darstelle. Artikel 30 EG könne jedoch kein absolutes Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln, die in dem betreffenden Mitgliedsstaat nicht verschreibungspflichtig sind, rechtfertigen.

Der deutsche Gesetzgeber griff jedoch diese Entscheidung des EuGH vorweg, in dem er parallel zu diesem Verfahren einen Gesetzentwurf (Entwurf des GMG) vorlegte, der Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln erlaubte.¹⁵ Der Gesetzgeber verwies drauf, dass der deutsche Bürger bereits zum jetzigen Zeitpunkt im zunehmenden Maße über Internet sowohl verschreibungspflichtige als auch nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel aus dem Ausland bestelle, ohne dass dieser Markt ausreichend aus Gründen der Arzneimittelsicherheit kontrolliert werde.¹⁶ § 43 Abs. 1 AMG lautet in der seit dem 01.01.2004 gültigen Fassung nun:

„Arzneimittel ... , die nicht ... für den Verkehr außerhalb der Apotheke freigegeben sind, dürfen ... berufs- oder gewerbsmäßig für den Endverbraucher nur in Apotheken und ohne behördliche Erlaubnis nicht im Wege des Versandes in den Verkehr gebracht werden; das Nähere regelt das Apothekengesetz.“

- 14 Urteil des Gerichtshofes vom 11.12.2003 in der Rechtssache C-322/01 (Vorabentscheidungsersuchen des LG Frankfurt am Main): Deutscher Apothekerverband e. V. gegen DocMorris, Rs. C-322/01.
- 15 Geändert wurden in diesem Zusammenhang Vorschriften im Arzneimittelgesetz, im Apothekengesetz, im Heilmittelwerbeengesetz und in der Apothekenbetriebsordnung. Zusätzlich zu den Vorschriften des GKV-Modernisierungsgesetzes ist auch europäisches Recht, welches in deutsches Recht umgesetzt worden ist, zu beachten. Dies sind insbesondere Regelungen zum elektronischen Geschäftsverkehr (Elektronischer Geschäftsverkehr-Gesetz, EGG), Fernabsatzrecht (§§ 312b ff BGB), Informationspflichten (§§ 240 BGB, BGB-InfoV), Teledienstgesetz (TDG) mit Informationspflichten und das Teledienstschutzgesetz (TDDSG).
- 16 Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG), BT-Drs. 15/1525, S. 461.

Mit dem letzten Halbsatz der vorzitierten Bestimmung verweist das AMG auf das Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG), das in §§ 11a und 11b die Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis zum Versandhandel statuiert. Gemäß § 17 Abs. 1 ApoBetrO dürfen Arzneimittel, außer im Falle des § 11a des ApoG und des § 17 Abs. 2a ApoBetrO, nur in den Apothekenbetriebsräumen in den Verkehr gebracht und nur durch pharmazeutisches Personal ausgehändigt werden. § 11 a ApoG sowie § 17 Abs. 2 a ApoBetrO enthalten Regelungen zu den Anforderungen an das Qualitätssicherungssystem, zu Verpackung, Transport und Auslieferung, zur kostenlosen Zweitzustellung, zum System der Sendungsverfolgung sowie zur Transportversicherung.

Die Erlaubnis zum Versand von apothekenpflichtigen Arzneimitteln gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 AMG ist dem Inhaber einer Erlaubnis nach § 2 ApoG nur auf Antrag zu erteilen, wenn er schriftlich versichert, dass er im Falle der Erteilung der Erlaubnis die dort genannten Anforderungen erfüllen wird. § 11 b ApoG regelt die Rücknahme und den Widerruf der Versandhandelserlaubnis. Das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt des § 43 Abs. 1 AMG bezieht sich allerdings nur auf Apotheken mit Sitz in Deutschland.

Durch § 73 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 a AMG hat der Gesetzgeber zudem unter bestimmten Voraussetzungen den Arzneimittelversand durch Apotheken eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union (EU) oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) erlaubt (vgl. hierzu C.).

Gleichzeitig mit der Freigabe des Versandhandels durch GMG¹⁷ ermächtigte der Gesetzgeber das BMG, unter den dort genannten Voraussetzungen den Versand bestimmter Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen per Rechtsverordnung zu verbieten.¹⁸ Nachdem der Europäische Gerichtshof (EuGH) ein halbes Jahr nach Verabschiedung des GMG das deutsche Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel für gerechtfertigt erklärt hatte, hätte es nahe gelegen, diese Ermächtigungsgrundlage zu nutzen, um den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln generell auszuschließen. Bestimmte Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen

17 BGBl. 2003 Teil I, S. 2190.

18 § 21 Abs. 2 Nr. 1 a ApoG. Danach können in der Apothekenbetriebsordnung Regelungen getroffen werden "zur Bestimmung von Arzneimitteln oder Arzneimittelgruppen, deren Abgabe auf dem Wege des Versandhandels aus Gründen der Arzneimittelsicherheit oder des Verbraucherschutzes nicht zulässig ist, soweit nicht mit angemessenen Mitteln die Arzneimittelsicherheit oder der Verbraucherschutz gewährleistet werden können und die Annahme der Risiken begründet ist und die Risiken unverhältnismäßig sind".

enthält der Entwurf¹⁹ bisher nicht, sondern schließt nur den Versand an den Patienten für einige wenige Arzneimittel²⁰ aus, bzw. stellt ihn unter besondere Bedingungen.²¹

C. Zulässigkeit des Arzneimittelversands durch ausländische Versandapotheke nach Deutschland

1. Arzneimittelsicherheitsrechtliche Aspekte

Durch das GMG²² wurde nicht nur der Versandhandel legalisiert, sondern zugleich auch die bislang stark eingeschränkten Möglichkeiten des Arzneimittelimportes gelockert (vgl. § 73 AMG): Grundsätzlich kann nunmehr jede in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) oder dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) ansässige Apotheke Arzneimittel an deutsche Patienten versenden. So macht die DocMorris Versandhandelsapotheke, die nach eigenen Angaben die größte Versandapotheke Europas ist, rund drei Viertel ihres Umsatzes durch Arzneilieferungen nach Deutschland.

Dem deutschen Gesetzgeber war bei Neufassung des Gesetzes jedoch daran gelegen, die Arzneimittelsicherheit für deutsche Patienten sowie auch die Wettbewerbsfähigkeit deutscher Apotheken durch einschränkende Rahmenbedingungen für den Versandhandel aus dem EG- und EWR-Ausland zu gewährleisten. § 73 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1a AMG schreibt vor, dass ausländische Versandapotheken bei der Durchführung ihrer Tätigkeit die „deutschen Vorschriften zum Versandhandel oder zum elektronischen Handel“ zu beachten haben. Hierzu zählen vor allem die Bestimmungen des ApoG. Gemäß § 11 a ApoG muss der Versand „aus einer öffentlichen Apotheke zusätzlich zu dem üblichen Apothekenbetrieb und nach den dafür geltenden Vorschriften“ erfolgen, „soweit für den Versandhandel keine gesonderten Vorschriften bestehen“.

19 „Entwurf einer Verordnung über den Versand und die Zustellung von Arzneimitteln sowie die elektronische Information zu Arzneimitteln“ (Arzneimittelversandhandelsverordnung – AMVersV). des BMGS (Stand 17.10.2004).

20 Ausgeschlossen: Impfstoffe sowie Sera aus menschlichem Blut, Arzneimittel i. S. vom § 47 Abs. 1 Nr. 2 a AMG (u.a. Infusionslösungen, Diagnostika, radioaktive Arzneimittel, Arzneimittel zur klinischen Prüfung), verkehrs- und verschreibungspflichtige Betäubungsmittel (Anlage III des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln).

21 Flüssige Zubereitungen von Zytostatika und radioaktive Arzneimittel.

22 BGBl. 2003 Teil I, S. 2190.

Nach § 73 Abs. 1 Satz 3 veröffentlicht das zuständige Bundesministerium in regelmäßigen Abständen eine aktualisierte Übersicht (sog. Länderliste) über die Mitgliedsstaaten der EU und des Abkommens über den EWR, in denen für den Versandhandel und den elektronischen Handel mit Arzneimitteln dem deutschen Recht vergleichbare Sicherheitsstandards bestehen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMG) hat auf Grundlage einer europaweiten Erhebung zwischenzeitlich festgestellt, dass in den Niederlanden für den Versandhandel und den elektronischen Handel mit Arzneimitteln zurzeit dem deutschen Recht vergleichbare Sicherheitsstandards bestehen, soweit Versandapotheken dort gleichzeitig Präsenzapotheken unterhalten.²³

Zwar hatte das Kammergericht Berlin in einem Urteil vom 09.11.2004 (Az.: 5 U 300/11) angenommen, dass die niederländischen Vorschriften zum Arzneimittelversandhandel dem deutschen Schutzstandard nicht genügen. Allerdings erging diese Entscheidung unter der Voraussetzung, dass die Länderliste nach § 73 Abs. 1 Satz 3 AMG noch nicht veröffentlicht war.²⁴ Nach Auffassung der Berliner Richter entsprachen die niederländischen Regelungen zum Arzneimittelvertrieb nicht den Sicherheitsstandards, die das neue deutsche Recht für Versandgeschäfte mit Arzneimitteln aufstellt. Als Reaktion auf das Urteil hatte das Bundesministerium für Gesundheit bereits am 16.06.2005 die Vergleichbarkeit der Sicherheitsstandards für den elektronischen Handel mit Arzneimitteln für die Niederlande festgestellt, allerdings nur soweit die Versandapotheke gleichzeitig eine Präsenzapotheke unterhält. Dies hat das Landgericht Frankfurt am Main in einem jüngsten Urteil vom 21.07.2006²⁵ veranlasst, die Klage des Deutschen Apothekerverbandes gegen eine Versandapotheke auf Unterlassung des Versandhandels von zugelassenen Arzneimitteln nach Deutschland, wegen arzneimittelsicherheitsrechtlicher Bedenken abzuweisen. Untersagt hat das Landgericht insoweit nur den Versandhandel mit in Deutschland nicht-zugelassenen Arzneimitteln nach Deutschland.

23 Vgl. Bekanntmachung der Übersicht zum Versandhandel mit Arzneimitteln nach § 73 Abs. 1 Satz 3 AMG des BMG vom 16.6.2005, BAnz Nr. 113, 21.06.2005, S. 9366.

24 Urt. des KG Berlin v. 09.11.2004 (Az.: 5 U 300/11), S. 14; DAZ 2005, S. 94 mit Anmerkung Rotta (S. 2), DAZonline/Recht/Urteile; vgl. auch Dettling, Berliner Versandurteil – Tragweite und Konsequenzen, DAZ 2005, S. 63 (mit Kommentaren von Tisch und Rotta).

25 Az.: 3-11 O 64/01.

2. Preisrechtliche Aspekte

Ob zu den für den "üblichen Apothekenbetrieb" geltenden Vorschriften der §§ 73 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 a AMG, 11 ApoG auch die Regelungen über die Arzneimittelpreise gemäß § 78 AMG und die darauf beruhenden AMPPreisV gehören, ist dagegen umstritten.

Das Oberlandesgericht Hamm urteilte in seiner Entscheidung vom 21.09.2004²⁶ geurteilt, dass die in Deutschland gültige Preisbindung den grenzüberschreitenden Handel nicht erfasse.²⁷ Die Parteien stritten um die Zulässigkeit von Arzneimittellieferungen im Wege des Versandhandels von Holland nach Deutschland, bei denen die Beklagte auch verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Preisen anbot, die durchschnittlich um 15 % - in Einzelfällen bis zu 60 % - unter dem Preisniveau lagen, das in Deutschland nach der Arzneimittelpreisverordnung vorgesehen ist. Nach den Feststellungen des OLG Hamm gewährte die beklagte DocMorris Apotheke Rabatte von durchschnittlich 15 Prozent an die Versicherten. Die Krankenkassen, mit denen DocMorris überwiegend direkt abrechnete, bekamen noch zusätzliche Nachlässe. Zudem verlangte das Unternehmen nicht die vorgeschriebenen Zuzahlungen. Das OLG Hamm entschied, die Arzneimittelpreisverordnung sei auf ein niederländisches Unternehmen nicht anwendbar und verstoße zudem gegen europäisches Recht. Nach Auffassung der Gerichts können die Preise demnach auch für die von der Arzneimittelpreisverordnung erfassten verschreibungspflichtigen Arzneimittel frei ausgehandelt werden. Nicht von der Arzneimittelpreisverordnung erfasst sind ohnehin Impfstoffe, Verbandsstoffe, Blutzuckerteststreifen, Artikel des ärztlichen Sprechstundenbedarfes und Gase.

Auch die in Deutschland geltenden Zuzahlungsregelungen seien für eine niederländische Versandapotheke nicht bindend, stellte das OLG Hamm in der oben zitierten Entscheidung fest. Ein Mitbewerber könne allein aus der Verletzung der Zuzahlungsregelung im SGB V keine wettbewerbsrechtlichen Ansprüche herleiten. Dies gelte auch dann, wenn sich die Befreiung von den Zuzahlungsverpflichtungen des SGB V faktisch als finanzieller attraktiver Vorteil auswirken würde.

Ursprünglich war gegen dieses Urteil Revision eingelegt worden. Der klagende deutsche Apotheker hat seine Klage gegen DocMorris jedoch, bevor der BGH entscheiden konnte, zurückgenommen. Wie der BGH entschieden hätte, ist unklar. In einem Urteil vom 30.03.2006 hatte der BGH noch entschieden, dass ausländische Arzneimittelversender bei Werbung und Vertrieb

26 „DocMorris“, Az. 4 U 74/04.

27 OLG Hamm, Urteil 21.09.2004, AZ 4 U 74/04, nicht rechtskräftig.

deutschem Recht unterliegen.²⁸ Feststeht, dass das Urteil des OLG Hamms vom 21.09.2004 damit rechtskräftig ist. Als Konsequenz darf DocMorris bis auf weiteres preislich unterhalb der Arzneimittelpreisverordnung liegende Medikamente nach Deutschland verschicken.²⁹

3. Keine Beseitigung der Inländerdiskriminierung durch das GKV-WSG

Durch den Entwurf des GKV-WSG sollten nun auch die inländischen Apotheken die Möglichkeit erhalten, ihre Position gegenüber ihren Kunden durch Preisnachlässe auf die höchstzulässigen Handelzuschläge zu verbessern. Insbesondere sollten die Apotheken bei der Abgabe an Endverbraucher auch auf die Berechnung von Zuzahlungen teilweise verzichten können (vgl. § 129 Abs. 5, Abs. 5c in der Fassung des GKV-WSG Entwurfs vom 24.10.2006). Damit sollten ausdrücklich der Entwurfsbegründung die Wettbewerbsbedingungen in- und ausländischer Versandapotheken harmonisiert werden.³⁰ Der endgültige Gesetzestext des GKV-WSG vom 02.02.2007 belegt aber, dass sich diese politischen Vorhaben nicht durchsetzen konnten.³¹

D. Die Versandhandelsapotheke als Leistungserbringer des SGB V

Allein aus dem Umstand, dass rechtlich der Versandhandel mit apothekenpflichtigen Medikamenten nicht mehr grundsätzlich untersagt ist, folgt nicht bereits, dass die Versorgung von Versicherten der GKV mit rezeptpflichtigen Medikamenten oder sonstigen Medikamenten, für die eine Einstandspflicht der gesetzlichen Krankenversicherungen besteht, im Rahmen der Krankenbehandlung und des aus § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, § 31 i. V. m. §§ 34, 35 SGB V vorgesehenen Sachleistungsanspruches durch Versandhandelsapotheken erfolgen kann. Entscheidend ist, ob die Versandhandelsapotheke als Leistungserbringer der GKV fungieren kann oder nicht.

1. Keine leistungsrechtliche Zulassung der Apotheke zu Sachleistungen nach dem SGB V

Nach § 2 Abs. 2 SGB V erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsieht. Das Sachleistungsprinzip gilt auch für den im Rahmen des Anspruchs

28 Az.: I ZR 24/03 = GRUR 2006, 513-Arzneimittelwerbung im Internet.

29 Az: BGH I ZR 158/04.

30 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 24.10.2006, BT-Drs. 16/3100, S. 31.

31 BGBl. 2007I, S. 378.

auf Krankenhausbehandlung bestehenden Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln (§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, 34 SGB V). Da die Leistungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips jedoch im Wesentlichen nicht von den Krankenkassen selbst, sondern von Dritten erbracht werden, kommt es bei der Realisierung des Sachleistungsprinzips notwendig zum Entstehen von Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.³² Die Krankenkassen schließen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen Verträge mit den Leistungserbringern. Diese Verträge sind in den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V geregelt (§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Die Regelungen der §§ 129 ff. SGB V beziehen sich mithin auf die Rechtsbeziehungen zwischen Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen sowie Krankenkassen zur Gewährleistung des Sachleistungsanspruchs der Versicherten bei der Versorgung mit Arzneimitteln.

Üblicherweise müssen die Leistungserbringer des SGB V zugelassen werden, um an der Versorgung der gesetzlichen Versicherten teilzunehmen (vgl. z. B. §§ 124, 126 SGB V). Apotheken werden jedoch anders als die anderen Leistungserbringer des SGB V nicht zugelassen: Die Anerkennung und Beachtung dieser gesetzlichen und vertraglichen Bedingungen der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird nicht über das Instrument einer ausdrücklichen Zulassungsregelung hinsichtlich von Apotheken für die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung gesteuert. Dies begründet sich dadurch, dass die berufliche Qualifikation des Apothekers bereits durch Regelungen außerhalb des SGB V sichergestellt wird.³³ Der Gesetzgeber bedient sich hierfür vielmehr des Instrumentes der Vorgabe des Abschlusses eines Rahmenvertrages auf Spitzenverbandsebene, in dem die aufgezeigten Pflichten zur wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung weiter konkretisiert werden und der auch einen Maßnahmenkatalog für Verstöße von Apotheken gegen Pflichten aus § 129 Abs. 1 SGB V zu enthalten hat. Die Bedeutung dieses Rahmenvertrages

32 Vgl. Peters in: Kassler Kommentar SGB, SGB V, § 2 SGB V, Rdnr. 6.

33 In der Tat wurden die Regelungen der §§ 124, 126 SGB V im Jahre 1898 durch das GRG vom 20.12.1898 - also nach Einführung des Apothekengesetzes, der Approbationsordnung der Apotheker und der Bundesapothekerordnung- im Gesetz verankert. Allerdings befand sich in § 376 d RVO eine entsprechende Vorgängerregelung (Zulassungsregelungen in Rahmenverträgen zwischen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer). Zudem hat der Gesetzgeber auch fast für alle infrage kommenden Heil- und Hilfsmittellieferanten öffentlich-rechtliche Zulassungsregelungen in den Gewerbe- und Handwerksordnungen geschaffen, so dass auch die Notwendigkeit der §§ 124, 126 SGB V angezweifelt wird (vgl. Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, Krankenversicherungsrecht, 1994, § 40, Rdnr. 22).

kommt darin zum Ausdruck, dass er, falls er im Verhandlungswege nicht zustande kommt, durch ein Schlichtungsverfahren vor einer Schiedsstelle festzulegen ist (§ 129 Abs. 7,8 SGB V). Aus dem Gesamtzusammenhang der Regelungen des SGB V über die Arzneimittelversorgung, insbesondere aus § 129 Abs. 3 Nr. 2 und Abs. 4 SGB V ist abzuleiten, dass nur solche Apotheken an der Arzneimittelversorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen sind, für die der gesetzlich vorgesehene Rahmenvertrag gemäß § 129 Abs. 3 SGB V Rechtswirkung hat.

Die Anerkennung des Rahmenvertrages muss als Voraussetzung dafür angesehen werden, dass eine Apotheke an der Arzneimittelversorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen teilnimmt.³⁴

2. Wirkung des Rahmenvertrages gemäß § 129 SGB V für (ausländische) Versandhandelsapotheken

Der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 1, Abs. 2 SGB V hat Rechtswirkung für Apotheken, wenn sie einem Mitgliedsverband der Spitzenorganisation angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, dass von der Spitzenorganisation abgeschlossene Verträge dieser Art Rechtswirkung für die dem Verband angehörenden Apotheken haben, oder wenn sie dem Rahmenvertrag beitreten (vgl. § 129 Abs. 3 SGB V). Die ausländischen Versandhandelsapotheken haben ihren Apothekensitz außerhalb der deutschen Bundesländer. Sie sind auch nicht Mitglied der Landesapothekerverbände. Der Rahmenvertrag hat daher nach § 129 Abs. 2, Abs. 3 Nr. 1 SGB V für sie keine Wirkung.

Dem folgend wäre zur "Zulassung" der Versandapotheken zur Sachleistung an den gesetzlich Versicherten ein Beitritt zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V zwingend erforderlich. Ungeklärt ist bislang aber, ob eine ausländische Versandapotheke dem Rahmenvertrag nach § 129 SGB V überhaupt beitreten kann. Das SG Berlin geht in einem Urteil vom 30.06.2006 von dieser Möglichkeit ohne weitere Begründung aus.³⁵ Allerdings reicht hierzu, so das Gericht, eine Abrechnung der ausländischen Versandhandelsapotheke analog des Rahmenvertrages nach § 129 SGB V nicht aus. Dies hat auch das SG Frankfurt in einem Urteil vom 09.08.2006 bestätigt.³⁶ Ein Beitritt zum Rahmenvertrag ist allerdings für ausländische Versandhandelsapotheken dann nicht erforderlich, wenn ein Vertrag nach § 140 e SGB V vorliegt. Dies

34 Vgl. Kranig in: Hauck/Noftz, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, § 129 Rdnr. 1a und 5.

35 SG Berlin, Urt. v. 30.06.2006, Az.: S 89 KR 2244/03; vgl. bereits hierzu das SG Köln 21.09.2005, Az.: S 5 KR 292/03.

36 Vgl. Urt. des SG Frankfurt v. 09.08.2006, Az.: S 21 KR 429/06 ER.

gilt zumindest dann, wenn man der Rechtsauffassung folgt, dass diese selektivvertragliche Regelung eine ähnliche Rechtswirkung hat wie der Vertrag nach § 129 SGB V, die Apotheke also zur Sachleistung "zulässt" (vgl. hierzu D. 4.).

3. Beitritt zum Rahmenvertrag verhindert keine freie Preisgestaltung durch die Versandapotheke

Anders als auf den ersten Blick vermutet, hindert ein Beitritt zu dem Rahmenvertrag nach § 129 SGB V die Versandapotheke auch nicht an einer freien Preisgestaltung. Der Rahmenvertrag nach § 129 SGB V regelt nur die Abrechnungsmethode zwischen einer Apotheke und den Krankenkassen näher. Die gesetzliche Verpflichtung, sich an die Arzneimittelpreisverordnung zu halten, ergibt sich nicht aus dem Rahmenvertrag nach § 129 SGB V, sondern allein aus dem § 78 AMG. Ob letzterer für die ausländischen Versandhandelsapotheken Geltung beanspruchen kann, ist, wie bereits ausgeführt, strittig. Letztendlich führt dies zu einer Benachteiligung der inländischen (Versandhandels-)apotheken, die zumindest bei den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an die Arzneimittelpreisverordnung gebunden sind.

4. Berechtigung zur Sachleistung durch Abschluss eines Vertrages nach § 140 e SGB

Grundsätzlich ist dem System des SGB V die Teilnahme von Versandapotheken an der Versorgung gesetzlich Versicherter aufgrund separater Verträge neben den Rahmenvertrag nach § 129 SGB V fremd. Eine Ausnahme bildet insofern § 140 e SGB V. Nach dieser durch das GMG³⁷ mit Wirkung vom 01.01.2004 neu eingeführten Vorschrift dürfen Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels des SGB V und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Absatz 4 Satz 2 SGB V im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft schließen. Aufgrund der – mit dem gleichen Gesetz erfolgten – Novellierung des § 13 Absatz 4 Satz 1 SGB V sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen.

Das Verhältnis von § 140e SGB V zu § 129 SGB V ist weitgehend ungeklärt. Eine höchstrichterliche Entscheidung steht hierzu noch aus. Dem Wortlaut des § 140e SGB V ist nicht direkt zu entnehmen, ob die Verträge das Sachleistungsprinzip territorial erweitern oder nicht. Ein Bezug zum 4. Kapitel des SGB V wird ebenfalls nicht hergestellt, so dass unklar ist, ob zusätzliche

³⁷ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003, BGBl. I S. 2190 (2225).

Leistungsvoraussetzungen, wie der Beitritt zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V, durch die ausländischen Leistungserbringer zu erfüllen sind.

Nach Auffassung des Sozialgerichts Freiburg kommt es jedenfalls durch einen Vertragsabschluss nach § 140e SGB V nicht zur einer Mitwirkung an der Versorgung der Versicherten mit Sachleistungen.³⁸ Das Gericht verweist insofern auf § 13 Abs. 4 SGB V, welcher unzweideutig einen Anspruch auf Kostenerstattung an Stelle der Sach- oder Dienstleistungen begründe. In der Tat ist nicht von der Hand zu weisen, dass weder der Wortlaut der Vorschrift, noch die Systematik des Gesetzes einen Bezug zum Sachleistungsprinzip erkennen lassen.

Eine Mindermeinung in der Literatur verweist darauf, dass, würde man die Versandhandelsapotheken über § 140e SGB V – also einen Einzelvertrag – zur Versorgung der Versicherten zulassen, dies eine Inländerdiskriminierung zur Folge hätte.³⁹ Das von § 129 SGB V vorgegebene System der Einbindung von Apotheken in die Arzneimittelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung schließe, abgesehen von den in § 129 Abs. 5b SGB V vorgesehenen Ausnahmefällen (vertraglich vereinbarte Versorgungsformen), eine unmittelbare vertragliche Regelung zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Apotheken aus.⁴⁰ Die Intention des Gesetzgebers im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes, einen fairen Wettbewerb zwischen Versandapotheken und öffentlichen Apotheken zu gewährleisten, spreche zudem gegen diese Auslegung.

Die herrschende Meinung geht unter Verweis auf die Gesetzesbegründung des GMG davon aus, dass in den Verträgen nach § 140e SGB V sehr wohl

38 Urteil des SG Freiburg v. 21.06.2005, Az. S 11 KR 4074/03.

39 So Kieser in Apothekenwerbung durch Krankenkassen, *Arzneimittel & Recht* 1/2007, 20 ff. (24).

40 Nach dem Entwurf des GKV-WSG kann die Versorgung mit Arzneimitteln, die von Ärzten in der Arztpraxis während der Behandlung angewendet werden, von der Krankenkasse ausschließlich durch Verträge mit einzelnen Apotheken, für Arzneimittel, die direkt von anderen Stellen bezogen werden können, auch mit diesen Stellen sichergestellt werden (vgl. § 129 Abs. 5 Satz 3 SGB V in der Fassung des GKV-WSG). Apotheken können hiernach also mit Krankenkassen die Versorgung von Arztpraxen mit Arzneimitteln vereinbaren, soweit eine Direktlieferung an Arztpraxen nach den geltenden Vorschriften des Arzneimittelgesetzes vorgesehen ist. Für Arzneimittel, bei denen nach dem Arzneimittelgesetz eine Ausnahme vom Vertriebsweg Apotheke gilt, wie z.B. für bestimmte Impfstoffe oder Blutprodukte, kann die Krankenkasse die Direktlieferung des Arztes auch mit dem pharmazeutischen Unternehmer oder einem Großhändler vereinbaren.

Sachleistung gegen eine Einzel- oder Pauschalvergütung vereinbart werden kann.⁴¹ Es handelt sich insoweit um ein auf Vertrag gegründetes Sachleistungsprinzip; das deutsche Sachleistungsprinzip wird damit über die territorialen Grenzen hinaus erweitert. In der Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherungen vom 8. September 2003⁴² heißt es zu § 140e SGB V tatsächlich:

„Der neue § 140e eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, zur Versorgung ihrer Versicherten mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages (...) Verträge zu schließen. Gegenstand dieser Verträge ist die Verpflichtung, die Versicherten im Krankheitsfall zu Lasten der Krankenkasse zu behandeln (auf Vertrag gegründetes Sachleistungsprinzip). Auch solche Verträge dürfen jedoch nur nach Maßgabe des im Inland geltenden Leistungsrechts geschlossen werden. Damit wird sichergestellt, dass den Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages (...) nur die Leistungen gewährt werden, auf die sie im Inland Anspruch hätten ... Die Rechtspre-

41 Peters im Handbuch der Krankenversicherung, § 140 e Rdnr. 3; Knittel in Krauskopf, soziale Krankenversicherung, § 140 e SGB V, Rdnr. 4, Engelhard in Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch, Band V Krankenversicherung, § 140 e SGB V, Rdnr. 7.

42 Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen zum Entwurf eines Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 08.09.2003, BT-Drs. 15/1525, S. 132.

chung des EuGH (vgl. dazu § 13 Abs. 4 und 5 neu⁴³) hat dazu geführt, dass Versicherte auch Leistungserbringer in andere Mitgliedstaaten der Europäischen Union und des EWR-Abkommens in Anspruch nehmen können, und zwar aufgrund von zwischen den Versicherten und den ausländischen Leistungserbringern autonom geschlossenen Liefer- bzw. Dienstleistungsverträgen. Das auf Vertrag gegründete Sachleistungsprinzip ermöglicht es den Versicherten, nicht auf ihre europarechtlich begründete Berechtigung zurückgreifen zu müssen, sich medizinische Waren- und Dienstleistungen selbst vertraglich – mit anschließender Kostenerstattung – zu beschaffen. Vielmehr setzt § 140 e die Krankenkassen in die Lage, das Versorgungsangebot im EG- bzw. EWR-Ausland nach den maßgeblichen Versorgungskriterien selbst zu gestalten und dann für die Versicherten vorzuhalten ...“

Die historische Auslegung spricht daher dafür, dass § 140 e SGB V das Sachleistungsprinzip per Vertrag auf die ausländischen Leistungserbringer ausdehnt. Dem folgend ist kein Beitritt der Versandapotheke zum Rahmenvertrag nach § 129 SGB V erforderlich, um die gesetzlich Versicherten im Wege des Sachleistungsprinzips mit Arzneimitteln zu versorgen. Verwunderlich ist allerdings, dass das Gesetz die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung hier weitgehend den Akteuren überlässt.

Sofern eine vertragliche Beziehung gemäß § 140e SGB V mit einer ausländischen Versandhandelsapotheke beabsichtigt ist, wird deshalb empfohlen, in diesen Verträgen auch Regelungen zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit aufzunehmen. Dies gilt alleine schon deshalb, um die inlän-

43 In der Gesetzesbegründung zu § 13 Abs. 4 und 5 SGBV V heißt es: „Der neue Absatz 4 vollzieht die Urteile des Europäischen Gerichtshofes in den Rechts rteil des Europäischen Gerichtshofes in der Rechtssache „Smith und Peerbooms“ (C-157/99) vom 12. Juli 2001 und das Urteil des Europäischen Gerichtshofes in der Rechtssache „Müller-Faure/ van Riet“ (C-385/99) vom 13. Mai 2003 nach. Nach diesen Urteilen gelten die Grundsätze des freien Warenverkehrs nach Artikel 28 EG-Vertrag und der Dienstleistungsfreiheit nach Art. 49 EG-Vertrag auch im bereich der sozialen Sicherheit mit der Konsequenz, dass sich Versicherte Versicherungsleistungen gegen Kostenerstattung zu Lasten öffentlich-rechtlicher Versicherungsträger selbst beschaffen können. ... Die Regelung sieht entsprechend vor, dass Versicherte künftig unabhängig davon, ob sie nach Absatz 2 Kostenerstattung gewählt haben, mit ihrer Nachfrage nach Versicherungsleistungen nicht mehr territorial auf das Inland beschränkt sind, sondern auch Leistungserbringer in anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Abkommen) im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen können...“.

dischen Versandhandelsapotheken, die durch den Beitritt zum Rahmenvertrag eine Vielzahl an Qualitätsvorschriften und Wirtschaftlichkeitsgeboten zu beachten haben, nicht zu benachteiligen. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass ausländische Einrichtungen die gleichen Qualitätsanforderungen wie inländische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfüllen müssen.⁴⁴

5. Neufassung des § 140 e SGB V durch das Vertragsrechtsänderungsgesetz

Ergänzend sei auf die Neufassung des § 140e SGB V durch das Vertragsrechtsänderungsgesetz⁴⁵ hingewiesen. Die Vorschrift lautet nun:

„Verträge mit Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Abs. 4 Satz 2 in Staaten abschließen, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2) in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist.“

Die Änderung ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 13 SGB V, die es den Versicherten ermöglicht, zusätzlich zu den Leistungserbringern in Staaten des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum auch Leistungserbringer aus der Schweiz in Anspruch zu nehmen. Die Änderung des § 140e SGB V eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, zur Versorgung ihrer Versicherten auch mit Leistungserbringern in der Schweiz Verträge abzuschließen. Versicherte können damit auch von diesen Leistungserbringern in der Schweiz Sachleistungen erhalten.

6. Versorgung des Versicherten mit Arzneimitteln einer ausländischen Versandapotheke über § 13 Abs. 4 SGB V (Kostenerstattung)

Nach § 13 Abs. 4 Satz 4 Satz 1 SGB V sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EG) und des Abkommens über den EWR anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung

44 Vgl. auch „Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu leitungrechtlichen Umsetzungsfragen; hier: Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland“ vom 17. Februar 2005.

45 Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG) v. 22.12. 2006 (BGBl. 2006 I S. 3439).

in Anspruch zu nehmen.⁴⁶ Hiernach haben Versicherte die Möglichkeit, im Kostenerstattungsweg Leistungserbringer der EG bzw. EWG in Anspruch zu nehmen. Das bedeutet jedoch, dass sie nach Vorlage eines entsprechenden Nachweises höchstens die Vergütung erhalten, die die Krankenkasse bei Erbringung der Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Danach trägt die Kasse bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln den Preis u.a. abzüglich des Herstellerrabatts. Den Herstellerrabatt trägt der Versicherte und kann ihn mangels eines hierfür vorgesehenen Verfahrens auch nicht gegenüber dem herstellenden Pharmaunternehmen geltend machen. Dies hat faktisch eine Benachteiligung der ausländischen Apotheken zur Folge, die um attraktiv zu bleiben, dann die Preise senken müssten. Für eine Kostenerstattung für Arzneimittel ist auch dann eine (in- oder ausländische) ärztliche Verordnung erforderlich, wenn nach dem ausländischen Recht die Abgabe durch die Apotheke auch ohne ärztliche Verordnung erfolgen konnte. Die weiteren Einzelheiten der Berechnung sind der Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen des GKV-Modernisierungsgesetzes hier: Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 4-6 SGB V und Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gemäß § 18 SGB V zu entnehmen.

E. Vertragsstand bei den LKken im Sommer 2006

Gerade für die oftmals auf dem Lande lebenden Versicherten der LKken kann eine Versorgung mit Arzneimitteln durch Versandapotheken sinnvoll sein. Auf diese Weise kann der Versicherte sich längere – mitunter - zeitraubende und mühselige Wege zur örtlichen Apotheke ersparen. Chronisch kranke Versicherte, die immer wiederkehrende Verschreibungen erhalten, hierdurch für die Apotheken auch lukrative Kunden sind, werden auf das Versandapothekenangebot gerne zurückgreifen. Zusammenfassend ist der Versandhandel interessant

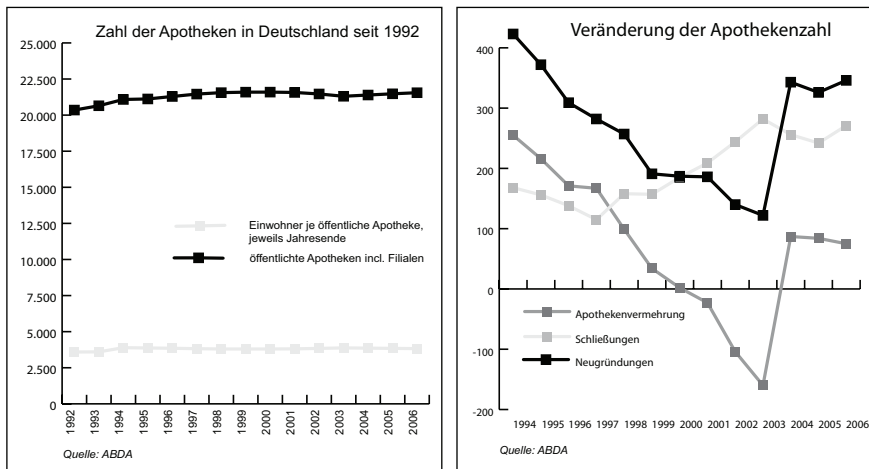
- für chronisch Kranke, die regelmäßig bestimmte Mittel brauchen und ihren Bedarf entsprechend planen können,
- für ältere Menschen oder Patienten, deren Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ist,
- für Berufstätige mit langen Arbeitszeiten,
- für Patienten mit weiten Wegen zur nächsten Apotheke.

⁴⁶ Es handelt sich jedoch hier um Ausnahmen vom in § 13 Abs. 1 SGB V nach wie vor geltenden Sachleistungsgrundsatz.

Eine Abfrage durch dem BLK im März 2006 ergab, dass nur zwei der neuen LKKe einen Vertrag mit einer Versandapotheke abgeschlossen haben. Ein Vertragsabschluss ist allerdings nur dann Voraussetzung für eine Leistungsbeziehung zwischen Krankenkasse und Versandapotheke, wenn erstere keinen Sitz in Deutschland hat (z. B. im Falle DocMorris, Europa Apotheek, vgl. § 140 e SGB V). Eine Versorgung der Versicherten mit Arzneimittel einer deutschen Versandapotheke ist auch ohne Vertragsabschluss möglich. Voraussetzung ist jedoch, dass für die inländische Versandapotheke der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 3 SGB V Geltung beansprucht.

Die Zurückhaltung der LKKe kommt aber nicht von ungefähr: Zu einem hat der Versandhandel in den letzten Jahren immer wieder negative Schlagzeilen, mitunter durch die hierzu ergangenen Urteile⁴⁷, gemacht. Zum anderen ist es den LKKe wohl bewusst, dass diese Verträge langfristig auch zu einer Veränderung der Arzneimittelversorgung führen könnten. Eine Reduzierung der Apothekenanzahl in den Städten ist nicht bedenklich, da sich hier auf einen Standort oftmals mehrere Apotheken niedergelassen haben. Auf dem Land gestaltet sich die Versorgung mit Arzneimitteln aber abweichend: Viele kleinere Orte verfügen nur über eine Apotheke. Bei Wegfall dieser muss ein längerer Weg in den nächsten Ort von dem Versicherten in Kauf genommen werden. Sollte sich die Apothekenanzahl auf dem Land reduzieren, wäre denjenigen Versicherten, die eine Bestellung von Versandapotheken - aus welchen Gründen auch immer - nicht in Anspruch nehmen können und wollen, nicht geholfen. Der Versandhandel bleibt also gesundheitspolitisch ein zweischneidiges Schwert, auch wenn aktuelle Untersuchungen zeigen, dass nur sehr wenige Versicherte bisher auf den Versandhandel zurückgreifen.

47 Vgl. z. B. Urt. des KG Berlin v. 09.11.2004 - Az. 5 U300/11; Urteil des OLG Hamm v. 21.09.2004 - Az. 4U74/04 (DocMorris).



Obige Grafik der ABDA belegt aber, dass sich bisher die Zulassung des Versandhandels auch mit verschreibungspflichtigen Arzneimittel nicht negativ auf die Apothekendichte ausgewirkt hat.

Apothekenzahl

Die Statistik belegt auch, dass die Einwohnerzahl pro Apotheker nur unwesentlich gestiegen ist. Allerdings besagt dies nichts über die Verteilung der Apotheken über das Bundesgebiet. Engpässe in der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung mag es in einigen ländlichen Regionen trotzdem geben. Wie unterschiedlich die Apothekendichte in den einzelnen Bundesländern ist, wird zudem deutlich durch die folgende Statistik.

Apothekendichte in den Ländern

Bundesland	öffentliche Apotheken 2005	darunter Filial-apotheken	darunter Einzel-apotheken
Baden-Württemberg	2.777	144	2.633
Bayern	3.416	202	3.214
Berlin	872	58	814
Brandenburg	545	50	495
Bremen	176	11	165
Hamburg	459	26	433
Hessen	1.631	79	1.552
Mecklenburg-Vorpommern	396	27	369
Niedersachsen	2.113	124	1.989

Bundesland	öffentliche Apotheken 2005	darunter Filial-apotheken	darunter Einzel-apotheken
Nordrhein	2.512	109	2.403
Westfalen-Lippe	2.246	146	2.100
Rheinland-Pfalz	1.138	43	1.095
Saarland	352	13	339
Sachsen	958	81	877
Sachsen-Anhalt	604	51	553
Schleswig-Holstein	721	22	699
Thüringen	560	42	518
Insgesamt	21.476	1.228	20.248
Angaben jeweils Jahresende			
Quelle: ABDA			

Im Gegenzug kann eine Stärkung des regionalen Apothekenmarkts, wie es die LKK HRS für sich in Anspruch genommen hat, daher auch die richtige Entscheidung sein (vgl. Partnerapothekenvertrag der LKK HRS in Zusammenarbeit mit den regionalen IKKs und BKKs). Letztendlich müssen sich beide Kooperationsformen aber nicht ausschließen. Vertragsinhalt des Partnerapothekenvertrags BKK-IKK-LKK ist die Festschreibung bestimmter Qualitätsstandards und besonderer Leistungen bei der Beratung und Therapiebegleitung des Versicherten vor und nach der eigentlichen Arzneimittelabgabe sowie Preisvereinbarungen zu Verbrauchshilfsmitteln und als besonderer Qualitätsstandard die Einhaltung eines vorgeschriebenen Prozesses bei der Datenlieferung zur Rezeptabrechnung, welcher die Kassen bei dem Versuch einer effektiven und nachhaltigen Arzneimittelkostensenkung unterstützt. In der BKK-IKK-LKK-Partnerapothekenvereinbarung wurden für nicht apothekenpflichtige freiverkäufliche Produkte, z.B. Teststreifen, Verbandstoffe und Medicalprodukte, bei denen die Apotheken mit Fremdanbietern seit langer Zeit im Wettbewerb stehen, Preisvereinbarungen getroffen, die es den Apotheken ermöglichen, diese Umsätze wieder in die Apotheke zurückzuführen. Die BKK-IKK-LKK-Partnerapotheke wird sowohl in der Regelversorgung als auch innerhalb besonderer Versorgungsformen an Erträgen aus Herstellerverträgen nach § 130 a Abs. 8 SGB V, die zwischenzeitlich von uns geschlossen worden sind, finanziell beteiligt. Die Vereinbarung ist ergänzend zu dem jeweiligen Arzneimittelliefervertrag geschlossen worden.

Auch bei anderen Kassenarten dürfte die Versorgung mit Arzneimitteln über die Versandapotheken bisher keine übergeordnete Rolle spielen. Es kann davon ausgegangen werden, dass nur rund 0,5 bis 1 % der Arzneimittelausgaben

Statistik Leistungsausgaben (KV 45) KG 43

56

LKK	Konto 4350 (Arznei-/Ver- bandm. aus Versandh. - nur v-ärztl. Vers.)	Kontengruppe 43 (Arznei-/Ver- band-, Hilfs- mittel v. Apothek./ Sonst.)	Kontengruppe 43 (Arznei-/Ver- band-, Hilfsmit- tel v. Apo- thek./Sonst.)	Konto 4350 (Arznei-/Ver- bandm. aus Versandh. - nur v-ärztl. Vers.)	Anteil 4350 an 43 Jahr 2005	Konto 4350	Anteil 4350 an 43 Jahr 2006
	Ergebnisse	4. Quartal 2005	4. Quartal 2006	4. Quartal 2005		4. Quartal 2006	Anteil an KG43
LKK Schleswig-Holstein und Hamburg	Volumen	19.824.946,00	19.331.580,00	31.950,00	0,16 %	48.463,00	0,25 %
LKK Schleswig-Holstein und Hamburg	je Versicherter	363,01	354,78	0,90	0,25 %	1,37	0,39 %
LKK Niedersachsen-Bremen	Volumen	66.029.343,00	65.035.140,00	100.376,00	0,15 %	122.792,00	0,19 %
LKK Niedersachsen-Bremen	je Versicherter	419,22	423,03	0,98	0,23 %	1,20	0,28 %
LKK Nordrhein-Westfalen	Volumen	51.892.011,00	51.506.542,00	169.979,00	0,33 %	206.012,00	0,40 %
LKK Nordrhein-Westfalen	je Versicherter	440,29	448,40	2,20	0,50 %	2,70	0,60 %
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland	Volumen	56.414.728,00	56.886.737,00	41.597,00	0,07 %	141.590,00	0,25 %
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland	je Versicherter	500,09	518,06	0,53	0,11 %	1,84	0,35 %
LKK Franken und Oberbayern	Volumen	59.841.233,00	61.923.817,00	35.111,00	0,06 %	96.031,00	0,16 %
LKK Franken und Oberbayern	je Versicherter	396,12	420,88	0,35	0,09 %	0,97	0,23 %
LKK Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben	Volumen	50.069.955,00	52.352.642,00	26.154,00	0,05 %	35.106,00	0,07 %
LKK Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben	je Versicherter	367,05	393,00	0,30	0,08 %	0,40	0,10 %

Marion Wille

2005	Konto 4350 (Arznei-/Ver- bandm. aus Versandh. - nur v-ärztl. Vers.)	Kontengruppe 43 (Arznei-/Ver- band-, Hilfs- mittel v. Apotheke./ Sonst.)	Kontengruppe 43 (Arznei-/Ver- band-, Hilfsmit- tel v. Apo- theke./Sonst.)	Konto 4350 (Arznei-/Ver- bandm. aus Versandh. - nur v-ärztl. Vers.)	Anteil 4350 an 43 Jahr 2005	Konto 4350	Anteil 4350 an 43 Jahr 2006
LKK Baden-Württemberg	Volumen	42.445.363,00	43.369.331,00	15.187,00	0,04 %	52.559,00	0,12 %
LKK Baden-Württemberg	je Versicherter	393,03	412,59	0,22	0,06 %	0,76	0,19 %
KK für den Gartenbau	Volumen	19.685.982,00	20.686.030,00	15.790,00	0,08 %	35.138,00	0,17 %
KK für den Gartenbau	je Versicherter	331,20	353,19	0,40	0,12 %	0,89	0,25 %
LKK Mittel- und Ostdeutschland	Volumen	7.035.576,00	7.384.732,00	19.747,00	0,28 %	25.928,00	0,35 %
LKK Mittel- und Ostdeutschland	je Versicherter	251,90	261,23	1,10	0,44 %	1,42	0,54 %
Insgesamt	Volumen	373.239.137,00	378.476.551,00	455.891,00	0,12 %	763.619,00	0,20 %
Insgesamt	je Versicherter	403,23	418,12	0,75	0,19 %	1,26	0,30 %

der Krankenkassen bisher über die Versandhandelsapotheken abgewickelt wird. Allerdings könnte sich dann ändern, wenn vermehrt chronisch kranke Personen – also die potentiell umsatzstärken Versicherten - an die Versandhandelsapotheken verwiesen werden.

Die Statistik auf den Seiten 56/57 zeigt, dass die Jahresgesamtausgaben in diesem Bereich von 455.891 Euro auf 763.619 Euro gestiegen sind. Im Jahre 2005 haben besonders Versicherte der LKK NB und der LKK MOD Arzneimittel über den Versandhandel bestellt. Im Jahre 2006 sind neben diesen beiden die LKK SHH und die LKK HRS durch vergleichsweise "hohe" Umsätze aufgefallen.

Insgesamt wurden im Jahr 2005 durchschnittlich für alle LKKen 0,19 % der Arzneimittelausgaben im Bereich des Arzneimittelversandes getätigt. Im Jahre 2006 war es eine durchschnittliche Jahrsausgabe von 0,30 %. Diese Ausgaben sind im Vergleich zur den Werten der GKV insgesamt eher unterdurchschnittlich. Im Bereich der Arzneimittelausgaben spielt daher die Versorgung der Versicherten mittels Arzneimitteln, die über die Versandhandelsapotheke bestellt wurden, keine entscheidende Rolle. Eine im Dezember vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichte Statistik (GKV KV 45) für das Jahr 2006 zeigt, dass der Anteil des Versandhandels an den Ausgaben der GKV für Arzneimittel stark rückläufig ist: Im ersten Quartal 2006 betrug der Anteil 0,8 Prozent, im zweiten 1,1 Prozent, im dritten Quartal fiel er ab auf 0,2 Prozent. Berücksichtigt werden insoweit aber nur die Ausgaben pro Mitglied. Dieser Abwärtstrend zeigt sich bei den LKKen wie oben dargestellt nicht.

F. Die traditionelle Arzneimittelversorgung durch den Apotheker gerät in das Wanken

Auch wenn der Versandhandel für Arzneimittel mittlerweile zugelassen ist, und damit sich der Gesetzgeber deutlich für den Arzneimittelversandhandel ausgesprochen hat, haben auch einige weitere Praktiken der Versandhandelsapotheke für rechtliche Auseinandersetzungen gesorgt: So wurde der DocMorris, einer niederländischen Kapitalgesellschaft, gegen massiven Widerstand der örtlichen Apotheker bzw. der Apothekervereinigungen eine Betriebserlaubnis für eine Apotheke in Saarbrücken erteilt und in über das Internet geordnete Arzneimittel über Drogerien an den Verbraucher abgegeben.

1. „Vor-Ort-Fremdbesitzapotheke“ von DocMorris in Saarbrücken

Eine ausdrückliche Entscheidung des EuGH zur Vereinbarkeit der nationalen Vorschriften des Apothekenrechts mit der Niederlassungsfreiheit gibt es nicht. Ob der EuGH das in Deutschland seit dem Jahr 2003 gelockerte Mehrbesitzverbot und das durch die vorliegende Erlaubnis zum

Betrieb einer Apotheke an eine Kapitalgesellschaft vor allem betroffene Fremdbesitzverbot des deutschen Apothekenrechts als eine aus Gründen des Gesundheitsschutzes erforderliche Beschränkung der Niederlassungsfreiheit ansehen würde, erscheint daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt durchaus offen.

Vorerst hatte das Verwaltungsgericht des Saarlandes⁴⁸ in einer Eilentscheidung vom 12.09.2006 angeordnet, dass die „Vor-Ort-Fremdbesitzapotheke“ von DocMorris in Saarbrücken geschlossen werden muss. Damit wurde den Anträgen einer Apothekenleiterin und zwei Apothekenleitern stattgegeben, die gegen die Erteilung der Betriebserlaubnis an die niederländische Kapitalgesellschaft geklagt hatten. § 7 ApoG verpflichtet nach Auffassung des Gerichts zur persönlichen Leitung der Apotheke in eigener Verantwortung. In § 8 ApoG sei die bereits erwähnte Rechtsformbeschränkung beim Betrieb einer Apotheke (Gesellschaft bürgerlichen Rechtes oder Offene Handelsgesellschaft) festgelegt. Die Antragsgegner hatten sich auf eine Unvereinbarkeit des deutschen Apothekenrechtes (hier §§ 2, 7, 8 ApoG) mit der aus Art. 43 ff. EGV hergeleiteten Niederlassungsfreiheit berufen.

Mit Beschlüssen vom 22.01.2007⁴⁹ hat demgegenüber das Oberverwaltungsgericht des Saarlandes den Beschwerden des Ministeriums für Justiz, Gesundheit und Soziales und der DocMorris stattgegeben und – unter Abänderung der Beschlüsse des Verwaltungsgerichts vom 12.09.2006 die Anträge von insgesamt vier Apotheker/innen auf vorläufige Aussetzung der Erlaubnis zum Betrieb einer DocMorris-Filialapotheke zurückgewiesen. In den Eilverfahren hat das Oberverwaltungsgericht die entscheidende Frage, ob die niederländische Kapitalgesellschaft, die in den Niederlanden legal Apotheken betreibt, auch eine Apotheke in Deutschland betreiben kann, bejaht. Das deutsche Recht – so die Begründung des Oberverwaltungsgerichts im Wesentlichen – verbiete dies, weil nach dem gesetzlichen Fremdbesitzverbot (§ 7 ApothekenG) eine Apotheke keiner Kapitalgesellschaft gehören darf. Demgegenüber seit abweichend im europäischen Recht bereits im EG-Vertrag (Artikel 48 EGV) geregelt, dass Kapitalgesellschaften der EG in dem gesamten Bereich der europäischen Gemeinschaft Niederlassungsfreiheit genießen; die Niederlassungsfreiheit ist untrennbar mit der europäischen Einheit verbunden. Nach dem vom EuGH und vom Bundesverfassungsgericht anerkannten Vorrang des Europarechts vor dem nationalen Recht setzt sich hier im konkreten Fall das liberalere Europarecht durch. Vergleichbare europäische Rechtsprechung liege dazu bereits vor, und zwar mit dem Optiker-Urteil des

48 Verwaltungsgericht des Saarlandes, Beschluss vom 12. September 2006, Az.: 3 F 38/06

49 Az.: 3 W 14/06 und Az.: 3 W 15/06.

EuGH⁵⁰. In diesem Urteil hat der EuGH für die Optikergeschäfte entschieden, dass sich die europäische Niederlassungsfreiheit von Kapitalgesellschaften gegen ein nationales gesetzliches Verbot als Fremdbesitzverbot durchsetze. Wegen des hohen Rangs der Niederlassungsfreiheit und der Gleichheit der Problemlage sei nach Auffassung des Gerichts das Optiker-Urteil auch auf Apotheken übertragbar. Verbote der Niederlassungsfreiheit seien nach der europäischen Rechtsprechung nur aus zwingenden Gründen möglich. Solche zwingenden Gründe für ein Niederlassungsverbot sah das Oberverwaltungsgericht aber nicht vorliegen.⁵¹ Der dargelegte Vorrang des Europarechts sei bereits im behördlichen Genehmigungsverfahren zu beachten. Ebenso sei der Vorrang des Gemeinschaftsrechts im hier vorliegenden gerichtlichen Verfahren zu beachten. Deshalb war unter Abweichung von der Entscheidung des Verwaltungsgerichts die Niederlassungserlaubnis im vorläufigen Verfahren zu bestätigen. Damit kann die DocMorris-Filialapotheke bis zur unanfechtbaren Entscheidung über die noch beim Verwaltungsgericht anhängigen Klagen (Hauptsacheverfahren) weiter betrieben werden.

Auch eine auf das Zivilrecht gestützte Klage scheiterte: Das Landgericht Saarbrücken hat am 09.08.2006, den Eilantrag einer Apothekerin auf Unterlassen abgewiesen. Begründet war dies damit, dass die Betriebserlaubnis lediglich rechtswidrig, nicht jedoch nichtig sei.⁵² Eine bloß rechtswidrige Betriebserlaubnis begründe keinen wettbewerbsrechtlichen Unterlassensanspruch. Auch das Oberlandesgericht Saarbrücken hat am 06.12.2006 im Streit um die Eröffnung einer DocMorris-Apotheke im Saarland bestätigt, dass die Betriebserlaubnis „nicht nichtig ist“ (Az.: 1 U 484/06). Die Richter konnten keinen zivilrechtlichen Grund erkennen, der zur Aufhebung der Betriebserlaubnis geführt hätte.

Im Hauptsacheverfahren hat nun das Verwaltungsgericht des Saarlandes den Rechtsstreit dem EuGH zur Entscheidung vorgelegt.⁵³ Das Hauptsacheverfahren bleibt bis zur Entscheidung über die Auslegung des Gemeinschaftsrechts durch den EuGH ausgesetzt.

50 EuGH, Urteil v. 21.4.2005 – RS.: C-140/03.

51 Bestehenden Gesundheitsgefahren bei der Abgabe von Medikamenten sei durch qualifiziertes Personal vorzubeugen. Ein Gesundheitsschutz allein vor der Rechtsform der Apotheke einzuführen, fand das Gericht ebenfalls nicht überzeugend. Bestehenden Kommerzialisierungsgefahren sei nach der anderweitig vorliegenden europäischen Rechtsprechung durch Kontrollen zu begegnen, nicht durch ein Niederlassungsverbot für Kapitalgesellschaften.

52 Az.: 31-32/1.

53 Vorlagebeschluss v. 20.03.2007 - Az.: 3K361/06.

2. Abgabe von Arzneimitteln, die über den Internetversandhandel bestellt wurden, über eine Drogeriekette

Das Verwaltungsgericht Düsseldorf⁵⁴ hatte im Januar diesen Jahres entschieden, dass ein Vertriebskonzept zwischen einer Versandapotheke und einer Drogeriemarktkette, bei dem vom Kunden apothekenpflichtige Arzneimittel in einer Drogeriefiliale bestellt und abgeholt werden, gegen arzneimittelrechtliche und apothekenrechtliche Vorschriften verstößt und deshalb unzulässig ist.⁵⁵ Die Stadt Düsseldorf hatte den in Kooperation mit einer niederländischen Versandapotheke angebotenen Abholservice verboten, weil sie darin einen Verstoß gegen das Arzneimittelrecht sah. Das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen folgte diesem Argument im Hauptsacheverfahren nicht.⁵⁶ Das Vertriebskonzept verstoße weder gegen Arzneimittelrecht noch gegen Apothekenrecht, begründeten die Richter ihr Urteil. Das Gericht ließ keine Revision zum Bundesverwaltungsgericht zu, so dass nur eine Beschwerde

54 Urteil vom 25. Januar 2006, Az.: 16 K 5720/04.

55 Im dem streitgegenständlichen Fall wurden in der Drogeriekette Stehtische aufgestellt mit einem Einwurfschacht in der Mitte, ähnlich denen, die für die Beauftragung von Fotoarbeiten in E-Märkten verwendet werden. An jedem Stand lag ein Produktkatalog mit zahlreichen apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus, außerdem Bestellscheine sowie Bestelltaschen. Zur Bestellung sowohl der verschreibungspflichtigen als auch der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sollte der Kunde einen Bestellschein ausfüllen, den er dann, nach Abtrennung des Abholscheines, gegebenenfalls zusammen mit dem Rezept in eine der Bestelltaschen stecken, diese zukleben und in die Bestellbox einwerfen konnte. Abends wurden die Bestellungen einem Kurierfahrer übergeben, der diese in die niederländische Apotheke brachte. Dort wurden die Arzneimittel zusammengestellt und verpackt. Anschließend wurden die Pakete durch ein Logistik-Unternehmen wieder zum Drogeriemarkt gebracht, wo sie getrennt von den sonstigen Waren im Lager zur Abholung bereitgestellt wurden. Der Kunde sollte die von ihm bestellten Arzneimittel spätestens nach 72 Stunden gegen Vorlage des Abholscheines und seines Personalausweises in der E-Filiale, in der die Bestellung aufgegeben wurde, abholen können. Alternativ konnte er sie sich bei der Bestellung durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens auf dem Bestellschein gegen Aufpreis für eine unmittelbare Lieferung an seine Hausanschrift entscheiden. Eine Beratung zu pharmazeutischen Fragen sollte in den E-Filialen nicht stattfinden. Der Kunde wurde jedoch auf eine Service-Telefonnummer hingewiesen, unter der er für 0,06 Euro pro Gespräch Beratung erhalten konnte. Diese Hotline sollte er von der Filiale aus kostenfrei anrufen können.

56 Urt. des OVG Münster v. 7.11.2005 Az.: 13 A 1314/06.

gegen die Nichtzulassung der Revision möglich ist. Denkbar ist, dass die Drogerie das bisher nur als Modellprojekt laufende Vorhaben nun auf alle Filialen ausdehnt.

Europas größter Pharmahändler Celesio AG hat rund 90 Prozent der niederländischen Onlineapotheke DocMorris erworben. Celesio AG erzielt nach eigenen Angaben 2006 mit 36.000 Mitarbeitern in 16 Ländern einen Umsatz von 21,6 Milliarden Euro. Die Celesio AG, die bislang mit ihrer Tochter Gehe Pharma Handel auf dem deutschen Arzneimittelmarkt nur einen Großhandel betreibt, steigt mit dieser Übernahme nun erstmalig in das Apothekengeschäft ein. Nur eine Woche zuvor hat die Celesio AG die Übernahme von 63 Apotheken in Großbritannien bekannt gegeben. Die Celesio AG hat schon längst Apothekenketten - insgesamt sind es 2100 Filialen in Ländern wie Norwegen, Italien und vor allem in Großbritannien. DocMorris war nicht nur Vorreiter beim Online-Versand von Medikamenten, sondern auch die erste Kapitalgesellschaft, die in Deutschland eine Apotheke eröffnete. Zudem startete DocMorris-Chef Ralf Däinghaus ein Franchisesystem. Dabei bleiben die Apotheker zwar rechtlich eigenständig, verwenden aber das DocMorris-Logo an die Apotheke. 20 solcher Partnerschaften gibt es schon, 500 sollen es in den kommenden fünf Jahren werden.⁵⁷ Der Konzernchef der Celesio AG, Fritz Oesterl, hatte in einem nach der Übernahme geführten Interview mit dem „Handelsblatt“ gesagt, er erwarte einen gnadenlosen Verdrängungswettbewerb auf dem deutschen Apothekenmarkt.⁵⁸ Die Apothekerverbände stehen dieser Übernahme dementsprechend verhalten gegenüber.⁵⁹

Mit dem Kauf von DocMorris steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Celesio AG mit dem Aufbau einer eigenen Apothekenkette in Deutschland beginnt. Das ist zwar in der Bundesrepublik noch verboten. Es könnte jedoch angesichts der bisherigen Rechtsprechung des EuGH viel dafür, dass dieser im nächsten Jahr die deutsche Sonderregelung, welche nur einer Privatperson erlaubt eine Apotheke zu führen, als unvereinbar mit dem Gemeinschaftsrecht einordnet. Entscheidungsrelevant ist insofern vor allem die Frage, inwieweit die Rechtsprechung zu den (griechischen) Optiker Geschäften auf den Arzneimittelmarkt übertragbar ist.⁶⁰ Das Verwaltungsgericht des Saarlandes hat jedoch am 20.03.2007 im Hauptsacheverfahren entschlossen, den Verwaltungsrechtsstreit zwischen der Apothekerkammer des Saarlandes, dem Deutschen Apothekerverband und drei Apothekeninhabern einer-

57 Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 29.04.2007, Nr. 17, S. 48.

58 Handelsblatt, 17.04.2007.

59 DAZ, 147. Jahrgang, Nr. 7/19, S. 22.

60 Urteil des EuGH v. 21.04.2005 RS. - C-140/03-, Slg. I-3177.

seits und dem Saarland und dessen Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales andererseits wegen Anfechtung der Apothekenbetriebserlaubnis der inzwischen Celesio gehörenden DocMorris-Filialapotheke auszusetzen und dem EuGH vorzulegen (siehe F.1.). Der EuGH hat nun zu klären, ob das Fremdbesitzverbot für Apotheken gegen die durch den EG-Vertrag garantierte Niederlassungsfreiheit für Kapitalgesellschaften verstößt. Das Verwaltungsgericht Saarland begründet die Entscheidungserheblichkeit der Frage ausdrücklich mit ihrem Zweifel, ob die Ausführungen des EuGH über den Zugang zu Optikergeschäften auf Apotheken übertragbar seien. Mit der Abgabe von Arzneimitteln in Apotheken könne ein deutlich höheres Gesundheitsrisiko verbunden sein als beim Betrieb eines Optikergeschäfts. Voraussichtlich wird der EuGH bereits vor der Entscheidung über die saarländische Vorlage Gelegenheit haben, sich zum apothekenrechtlichen Fremd- und Mehrbesitzverbot zu äußern, nämlich in den Verfahren der EU-Kommission gegen Italien, Österreich und Spanien. Mit ihrer am 22.12.2006 eingereichten Klage gegen Italien⁶¹ will die Kommission u. a. festgestellt wissen, dass die Italienische Republik gegen ihre Verpflichtungen aus Art. 43 EG und Art. 56 EG-Vertrag verstößt, weil sie das Betreiben von privaten Apotheken nur natürlichen Personen, die ein Pharmaziestudium absolviert haben, und Gesellschaften, deren Gesellschafter ausschließlich Pharmazeuten sind, erlaubt. In seiner Klageerwiderung wendet sich Italien gegen die Zuständigkeit der Gemeinschaft für die Frage der Arzneimittelversorgung durch Apotheken, und bestreitet, dass hier ausschließlich wirtschaftliche Fragen des Warenverkehrs und der Niederlassungsfreiheit für Kapitalgesellschaften betroffen sind und verweist auf die besondere „Mission“ der Apotheken, die eine Auftrennung in rein wirtschaftliche und rein pharmazeutische Sachverhalte ausschließe. Sollte das Fremdbesitzverbot fallen, dürfte auch das Verbot für Apothekenketten hinfällig sein. Derzeit darf kein Apotheker mehr als vier Geschäfte haben.

G. Einbettung von Verträgen mit Versandhandelsapotheken in andere Verträge sinnvoll

Nach § 129 Abs. 5 Satz 1 können die Krankenkassen mit Apotheken, deren Beteiligung an vertraglich vereinbarten Versorgungsformen wie der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) oder der integrierten Versorgung (§ 140a SGB V) vereinbaren. In der integrierten Versorgung können nach Abs. 5b Satz 2 dieser Regelung abweichend von den Vorschriften über die Regelversorgung Sonderregelungen zu Qualität und Struktur der Arzneimittelversorgung der teilnehmenden Versicherten vereinbart werden. Soweit also mittels einer Versandhandelsapotheke die Versicherten, die sich in eine besondere Versorgungsform eingeschrieben haben, versorgt werden, kann mittels eines Selektivvertrages auch abweichend von §§ 129 Abs.

61 Rs.: C-530/06.

1-5 SGB V die Arzneimittelversorgung sichergestellt werden. Dies kann für die Versandhandelsapotheke ein überaus interessantes Angebot sein, wenn Patienten mit einer teureren Dauermedikation, zumeist also chronisch kranke Menschen, betroffen sind. Darüber hinaus sind Verträge mit Versandhandelsapotheken oftmals an Rabattverträge gekoppelt. Schon seit langen können die Krankenkassen nach § 10a Abs. 8 SGB V Rabattverträge mit den pharmazeutischen Unternehmern schließen. Im Regelfall sind die Rabattvereinbarungen dieser Verträge umsatzbezogen, d.h. es wird bei steigendem Umsatz ein höherer Rabatt angeboten.

H. Bewerbung der Versandapotheke durch die Krankenkasse

Nach § 13 SGB I sind die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen zwar verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären. Hierzu gehört in jedem Falle auch der Hinweis, unter welchen Umständen Arzneimittel einer Versandapotheke im Wege des Sachleistungsprinzips bezogen werden können. Auch in der Gesetzesbegründung zu § 140e SGB V heißt es, dass es Aufgabe der Krankenkassen sei, ihre Versicherten darüber zu informieren, an welchen Orten und mit welchen Leistungserbringern Verträge geschlossen wurden.⁶² Die Werbemaßnahmen der anderen Kassenarten gingen jedoch weit über dies hinaus, in dem auch über Preisvorteile informiert wurde, ganz unabhängig davon, ob es sich um einen speziellen "Kassenrabatt" für nicht erstattungsfähige Arzneimittel oder den üblichen Kundenrabatt handelte.

1. Handeln der Krankenkassen ist dem Wettbewerbsrecht entzogen

Das Anlocken von Versicherten durch Versandhandelsapotheken mittels von Gutscheinen ist üblich, jedoch wettbewerbes- und heilmittelrechtlich nicht unbedenklich. So hat das Landgericht Hamburg⁶³ dem Otto-Versandhaus untersagt, über seine Internetseite und eine Katalogbeilage Werbung unter der Überschrift „Otto empfiehlt DocMorris“ zu veröffentlichen. In dieser versprach DocMorris Otto-Kunden eine 100-prozentige Zuzahlungersparnis bei der Erstbestellung rezeptpflichtiger Medikamente. Durch das streitgegenständliche Angebot von Bonuszahlungen und Ersparnissen bei dem Bezug von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln werde, so das Landgericht Hamburg, der einheitliche Apothekenabgabepreis unterlaufen. Die auf der Grundlage des

62 Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen zum Entwurf eines Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 08.09.2003, BT-Drucks. 15/1525, S. 132.

63 LG Hamburg, Urteil vom 17. 08.2006, Az.: 315 O 340/06.

§ 78 AMG erlassene AMPPreisV schreibt in §§ 1, 3 für die Abgabe verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel ein Preisbildungsverfahren vor, das zu einem bestimmten einheitlichen Preis für das betreffende Arzneimittel führt. Ein wesentlicher Zweck dieser Regelung besteht darin, bei der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel auf der letzten Handelsstufe, also im Verhältnis zwischen Apotheker und Verbraucher, einen Preiswettbewerb auszuschließen.⁶⁴ Der Unterlassungsanspruch wurde dementsprechend aus §§ 3, 4 Nr. 11, 8 Abs. 1 und 3 Nr. 2 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) i. V. m. §§ 78 Abs. 2 S. 2 AMG, 1, 3 AMPPreisV hergeleitet.

Die strengen Vorgaben des UWG verleiteten die Versandhandelsapotheken im Folgenden vermutlich dazu, in ihre Werbestrategien die Krankenkassen einzubinden. Ausdrücklich der Regelung des § 69 SGB V gilt für die Krankenkassen nämlich das Wettbewerbsrecht nicht. Vielmehr ist nach § 69 Satz 1 SGB V die Rechtsbeziehung der Krankenkasse und ihrer Verbände zu den Leistungserbringern abschließend im vierten Kapitel des SGB V und in den §§ 63 und 64 geregelt. Dies gilt auch soweit durch diese Rechtsbeziehung Rechte Dritter betroffen sind.⁶⁵ Dementsprechend urteilte auch das Landgericht Osnabrück⁶⁶, dass die Versandapotheke Sanicare auch künftig über die Krankenkassen an die Versicherten verteilte Zuzahlungsgutscheine einlösen darf. Die Wettbewerbszentrale hatte in diesem Rechtstreit unter Berufung auf das UWG beantragt, der Sanicare Versandapotheke ein solches Vorgehen im Wege der einstweiligen Verfügung zu untersagen. Zurückgreifend auf höchstrichterliche Rechtsprechung⁶⁷ führte das Landgericht Osnabrück aus, dass die Vorschrift des § 69 SGB V es ausschließe, Handlungen der

64 Ein wesentlicher Zweck dieser Regelung besteht darin, bei der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimitteln auf der letzten Handelsstufe, also im Verhältnis zwischen Apotheker und Verbraucher, einen Preiswettbewerb auszuschließen. Die Bestimmungen der AMPPreisV werden nach Auffassung der Kammer auch dann verletzt, wenn für das preisgebundene Arzneimittel zwar vorgeblich der korrekte Preis angesetzt wird, dem Kunden aber unmittelbar gekoppelt mit dem Erwerb des Arzneimittels Vorteile gewährt werden, die den Erwerb für ihn günstiger erscheinen lassen. Auch über ein Bonuspunkte- oder Gutschein-system kann ein für die Arzneimittelversorgung im Ergebnis bedenklicher Preiswettbewerb organisiert werden, vgl. OLG Frankfurt a. M., Urteil v. 20.10.2005 - Az. 6 U 201/04, S. 6 .

65 Urteil des BGH v. 23.02.2006 - Az. I ZR 164/03.

66 Landgericht Osnabrück, Urteil v. 26.09.2006 - Az.: 18 O 487/06.

67 Vgl. BSGE 89, 24, 30 ff.; BSG GesR 2005, 409, 411; BGH GRUR 2004, 247, 249 – Krankenkassenzulassung.

Krankenkassen und der von ihnen eingeschalteten Leistungserbringer, die der Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrags gegenüber den Versicherten dienen, nach dem Wettbewerbsrecht zu beurteilen. Die Kooperation zwischen dem Beklagten und den Krankenkassen, die seine Gutscheine an ihre Mitglieder weitergeben, ist danach ausschließlich nach öffentlichem Recht zu beurteilen. Es handelt sich dabei zweifelsfrei um eine Rechtsbeziehung zwischen Krankenkasse und Apotheke.

Die Rechtsfolge des § 69 SGB V gilt auch unabhängig davon, ob die betreffende Rechtsbeziehung sich letztlich im Rahmen des SGB V hält oder nicht.⁶⁸ Soweit die Krankenversicherung den Inhalt einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung bestimmt, wird sie nicht als Unternehmen, sondern als eine dem Wettbewerbsrecht grundsätzlich entzogene hoheitliche Einrichtung tätig. Wenn die Krankenkassen ihren Mitgliedern die Gutscheine einer Versandapotheke zur Verfügung stellen, nehmen sie ersichtlich für sich die Kompetenz in Anspruch, aus Gründen der Fürsorge für ihre Mitglieder diese auf günstige Angebote ihrer Leistungserbringerin, der Beklagten, hinweisen und sie in deren Wahrnehmung unterstützen zu dürfen. Auch insoweit handeln die Krankenkassen nicht als Unternehmer im Sinne des Privatrechts, sondern in Konkretisierung ihres öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrags aus § 2 SGB V. Eine Beschränkung des § 69 SGB V auf solche Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die sich im Rahmen der den Kassen nach dem SGB V obliegenden gesetzlichen oder der zulässigen freiwilligen Leistungen halten, hat auch das Gesetz nicht postuliert. Vielmehr stellt der BGH auf die Intention der Krankenkassen ab, in dem er § 69 SGB V auf „Handlungen der Krankenkassen und der von ihnen eingeschalteten Leistungserbringer, die der Erfüllung des öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrags gegenüber den Versicherten dienen sollen“ anwendet. Damit wird auch eine evtl. rechtswidrige Konkretisierung des Versorgungsauftrags durch die Krankenkassen der Anwendung des UWG entzogen.

Unterlassungsansprüche gegenüber Krankenkassen können nicht mehr auf diese Vorschriften des UWG gestützt werden, jedoch auf eine Verletzung des Artikel 3 Abs. 1 und 12 Abs. 1 GG, wenn Krankenkassen durch ihr hoheitliches Verhalten das Recht der freien Berufsausübung oder der Gleichbehandlung im Wettbewerb beeinträchtigen⁶⁹.

Anzumerken ist aber, dass nach den gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom

68 Vgl. OLG Düsseldorf GRUR 2003, 378; OLG Düsseldorf, Urteil vom 08.03.2005, DRsp Nr. 2005/21184.

69 Vgl. hierzu BSG Urteil v. 25.09.2001- Az. B 3 KR 3/01 R.

10.03.1998 die Krankenkassen bei Werbemaßnahmen die allgemeinen Werbungsmaßstäbe der §§ 1,3 zu beachten haben. Rechtlich fundiert ist diese Rechtsauffassung allerdings nicht.

2. Entgegenstehen von öffentlich-rechtlichen Vorschriften, insbesondere des Arzneimittellieferungsvertrages

Dennoch können auch der Bewerbung der Versandhandelsapotheken durch die Krankenkassen öffentlich-rechtliche Vorschriften entgegenstehen:

Das Hamburger Sozialgericht untersagte z. B. der City BKK, bei ihren Versicherten für eine bestimmte niederländische Versandapotheke zu werben, weil dies die vertraglich vereinbarte Loyalitätsklausel der Arzneilieferverträge des Landes Hamburgs (ALV-Hamburg) verletze.⁷⁰ Bei dem entscheidungsrelevanten ALV handelt es sich um den nach § 129 Abs. 5 SGB V geschlossenen ergänzenden Vertrag auf Landesebene zum Rahmenvertrag über Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V (sogenannter ad-on Vertrag). Hintergrund des Rechtsstreites war, dass die beklagte City BKK ihren Mitgliedern unter der Überschrift: „BKK Hamburg reagiert auf Kostenexplosion im Arzneimittelbereich“ u. a. Folgendes mitgeteilt hatte:

„Auch Sie können, wie es bereits schon heute viele Mitglieder tun, aktiv mithelfen, Ihre und unsere Kosten für Arzneimittel zu reduzieren. Wie das möglich ist? Durch den Bezug von Medikamenten durch Apotheken im benachbarten Ausland! Möglicherweise haben Sie schon einmal von „DocMorris“ gehört. Es handelt sich hierbei um eine niederländische Apotheke. Diese gibt bei exakt der gleichen Qualität viele Arzneimittel preiswerter ab. Auch der Service ist sehr interessant. Dazu geben wir Ihnen gerne einige Informationen: die Medikamente bei DocMorris sind im Durchschnitt 20 % in Einzelfällen sogar bis zu 60 % günstiger als in deutschen Apotheken. Hierbei handelt es sich um ganz normale, niederländische Preise. Sicherheit ist garantiert: ... Übrigens: die Zuzahlungen bei Arzneimitteln sind in den Niederlanden nicht üblich, weshalb sie für ihre rezeptpflichtigen Medikamente auch keine Zuzahlung zu leisten brauchen. Sie sparen also kräftig mit! Wir wollen Ihnen in ihrem eigenen Interesse die Leistungen so kostengünstig wie möglich anbieten. Deshalb weisen wir auf diese Alternative für den Bezug ihrer Medikamente hin. Selbstverständlich sind Sie in ihrem Recht auf freie Wahl ihrer Apotheke weiterhin völlig ungebunden“.

70 SG Hamburg, Urteil v. 10. 04. 2006 - Az.: S 28 KR 167/03.

Ähnliches haben einige Krankenkassen erklärt.⁷¹ Nach § 10 Abs. 1 ALV-Hamburg⁷² dürfen die Versicherten und die Vertragsärzte weder von den Apotheken hinsichtlich der Verordnung bestimmter Mittel noch von den Krankenkassen zugunsten bestimmter Apotheken oder andere Lieferanten mittelbar oder unmittelbar beeinflusst werden. Ähnlich lautende Vorschriften dürften in nahezu allen ALV enthalten sein. Der Rahmenvertrag hat ebenso wie der ALV gemäß § 129 Abs. 3 SGB V Rechtswirkung für Apotheken, wenn sie einem Mitgliedsverband der Spitzenorganisation angehören und die Satzung des Verbandes vorsieht, dass von der Spitzenorganisation abgeschlossene Verträge dieser Art Rechtswirkung für die dem Verband angehörenden Apotheken haben. Auch im Hinblick auf die für die Beklagte als gesetzliche Krankenkasse bestehenden Auskunfts- und Beratungspflichten nach den §§ 13 ff. SGB I sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V ergibt sich keine andere Beurteilung. Eine entsprechende Verpflichtung der Krankenkasse, ihre Versicherten über namentlich zu benennende Leistungserbringer zu informieren, sieht das Gesetz nicht vor. Der allgemeine Hinweis auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Versandhandelsapotheken seit dem 01.01.2004 bleibt davon nach der Auffassung der Kammer zunächst unberührt.

Auch das SG Frankfurt hat wegen einer Versicherteninformation einen Verstoß der AOK-Hessen gegen § 8 ALV-Hessen (Beeinflussungsverbot) bestätigt. Hinzukam hier aber auch eine umfangreiche Telefonaktion (ca. 3500 Anrufe am Tag), in welcher die Krankenkasse vermeidlich Wechselgefährdete Versicherte anrief, um diese auf ihr Leistungsangebot aufmerksam zu machen. In diesen Gesprächen wurden die Versicherten auch auf die Möglichkeit hingewiesen, Arzneimittel – auch im OTC-Bereich – preisgünstig über die Versandhandelsapotheken zu bestellen. Seit 01.01.2006 waren hier- dies stand nach der Beweisaufnahme für das Gericht fest - ca. 12000 bis 13000 Adressen von Versicherten, die ihr Interesse an Versandhandelsmedikamentenbezug geäußert haben, an Versandhändler weitergegeben

71 So hat die AOK Hessen in der März Ausgabe 2006 ihre Mitglieder im Rahmen des Informationsblattes „aktuell“ über die Möglichkeit des Bezugs von Arzneimitteln über den Versandhandel unter den Überschriften „Kostensenkung ohne Nebenwirkung: Versandapotheken – Konditionen, die sich lohnen“ und „Bei einer Versandapotheke zu bestellen ist bequem, aber sparen Sie so auch? Ein klares „Ja“ für die Kunden der AOK Hessen. Wir haben für Sie ein exklusives Angebot mit Versandapotheken vereinbart. Vorteil: Sie sparen bares Geld!“ informiert. Vgl. hierzu SG Frankfurt, Urteil v. 09.08.2006 - Az.: S 21 KR 429/06 ER.

72 Arznei-Liefervertrag Hamburg (ALV) v. 24.10.1997, in Kraft seit dem 01.01.1998, zuletzt geändert i. d. F. vom 01.05.2005.

worden. Dies dürfte jedoch datenschutzrechtlich auch nicht ganz unbedenklich bleiben.

Nach § 129 Absatz 5 Satz 5 SGB V in der Fassung des Entwurfs soll die einzelne Krankenkasse die Versorgung von Ärzten mit Sprechstundenbedarf einzelnen Apotheken zuweisen dürfen. Damit tritt die Krankenkasse als Nachfrager von Sprechstundenbedarf an die Stelle der einzelnen Ärzte. Mit der so gebündelten Nachfragemacht erhalten die Krankenkassen eine Position, die den Wettbewerb in diesem Bereich zerstören wird. Faktisch wird damit die Versorgung mit Sprechstundenbedarf auf einzelne Versandapotheken konzentriert. Es zu erwarten, dass die Akutversorgung und die qualifizierte Beratung der Ärzte beim Bezug von Arzneimitteln unter diesen Bedingungen nicht mehr gewährleistet werden kann.

3. Erweiterte Informationsmöglichkeiten der Krankenkasse nach dem GKV-WSG

Die vergleichenden Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen an die Vertragsärzte gemäß § 73 Abs. 8 SGB V über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen können zukünftig um Hinweise zu Bezugsquellen ergänzt werden. Mit der Information über "preisgünstige Bezugsquellen", die an Ärzte, aber auch an Versicherte (vgl. § 305 Abs. 3 SGB V), gegeben werden sollen, wird – so wird teilweise befürchtet – ein direktes Marketing von Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen für einzelne Leistungsanbieter ermöglicht. Relevant wird dies vor allem im Arzneimittel und Hilfsmittelbereich. Das Recht der freien Wahl des Anbieters durch Vertragsärzte und Versicherte wird hierdurch nicht beeinträchtigt.⁷³ Art. 3 Abs. 1 und Art. 12 Abs. 1 GG gebieten jedoch, dass alle Leistungsanbieter, die gleichgünstige Preise anbieten, gelistet werden und somit kein Anbieter unsachlich bevorzugt wird. Zudem dürfen die Krankenkassen ihre Versicherten nur nach vorherig geäußerten Verlangen informieren (vgl. § 305 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung dürfte die Krankenkasse demnach den Versicherten erst nach dessen Anfrage an eine Versandapotheke verweisen. Verweist sie an eine bestimmte Versandapotheke, müsste sie zuvor die Angebote aller auf den Markt befindlichen Versandapotheken verglichen haben. Dies wird wegen des Arbeits- und Zeitaufwandes im Regelfall nicht möglich sein. Verwiesen werden sollten demnach nur auf alle Versandapotheken bzw., soweit besonders preisgünstige Konditionen herausgehandelt wurden, auf den Vertragspartner. Die in den Arzneimittelieferverträgen auf Landesebene weitgehend enthaltenen Beeinflussungsverbote zu Gunsten einer Apotheke sind an diese gesetzlichen Neuerungen anzupassen.

⁷³ Vgl. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) v. 24.10.2006, BT-Drs. 16/3100, S.318, 504.

Direkte Werbung für einzelne Leistungserbringer ist demnach nach wie vor unzulässig. Insofern ist die oben geäußerte Sorge, die Krankenkassen könnten einzelne Leistungserbringer konkret bewerben, unbegründet. § 305 Abs. 3 SGB V spricht eindeutig von einer Information des Versicherten und nicht von einer Bewerbung von Leistungserbringern. Allerdings kann auch die Mitteilung von sachlichen, aber positiven Fakten über einen Leistungserbringer Marketingeffekte für diesen mit sich bringen. Fraglich ist, wie hier die Information zur Werbung abzugrenzen ist. Das SGB V kennt den Begriff der Werbung nicht. Auch die Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19.03.1998 in der Fassung vom 09.11.2006 beziehen sich nur auf Werbemaßnahmen für die Krankenkasse selber und nicht auf die Werbung für Dritte. Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen Information und Werbung wird mangels Begriffsbestimmung daher nur schwer möglich sein. Der mit dem GMG eingeführte § 305 Abs. 3 SGB V sollte allerdings bewirken, dass die Versicherten von ihrer Krankenkasse umfassende Auskunft über zugelassene Leistungserbringer, Preise und Qualität der verordnungsfähigen Leistungen, insbesondere von Arznei- und Hilfsmitteln, erhalten können.⁷⁴ Dem Aufklärungsbedürfnis folgend sollte die Information möglichst sachlich und informativ sein.

Verfasserin:

Dr. Marion Wille
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
Weißensteinstraße 70 - 72
34131 Kassel

74 Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v.08.09.2003, BT-Drs. 15/1525.

Verzeichnis der Beitragsstaffeln der LKKen für die monatlichen Beiträge der landw. Unternehmer (in EURO)										
Zuschläge für Pflegeversicherung: getrennt nach Eltern bzw. Kinderlos						Stand: 1/ Januar 2007				
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 Schleswig-Holstein u. Hamburg	73,00 €	74,00 €	89,00 €	102,00 €	116,00 €	129,00 €	141,00 €	154,00 €	175,00 €	195,00 €
Eltern	8,12 €	8,23 €	9,90 €	11,34 €	12,90 €	14,34 €	15,68 €	17,12 €	19,46 €	21,68 €
Kinderlos	9,31 €	9,44 €	11,36 €	13,02 €	14,80 €	16,46 €	17,99 €	19,65 €	22,33 €	24,88 €
(Arbeitsbedarf in Arbeitseinheiten)	(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
	215,00 €	235,00 €	255,00 €	282,00 €	308,00 €	335,00 €	362,00 €	388,00 €	415,00 €	446,00 €
Eltern	23,91 €	26,13 €	28,36 €	31,36 €	34,25 €	37,25 €	40,25 €	43,15 €	46,15 €	49,60 €
Kinderlos	27,43 €	29,99 €	32,54 €	35,98 €	39,30 €	42,75 €	46,19 €	49,51 €	52,95 €	56,91 €
	(bis 350)	(bis 400)	(bis 450)	(bis 525)	(bis 600)	(bis 750)	(bis 950)	(bis 1.150)	(bis 1.500)	(über 1.500)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Niedersachsen - Bremen (Gesamtbereich)	66,00 €	66,00 €	89,00 €	112,00 €	136,00 €	160,00 €	185,00 €	210,00 €	232,00 €	254,00 €
Eltern	7,39 €	7,39 €	9,97 €	12,54 €	15,23 €	17,92 €	20,72 €	23,52 €	25,98 €	28,45 €
Kinderlos	8,49 €	8,49 €	11,45 €	14,40 €	17,49 €	20,58 €	23,79 €	27,01 €	29,84 €	32,66 €
(Flächenwert in EURO) (modifiziert nach AELV)	(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)

DOKUMENTATION

LKK Niedersachsen - Bremen	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		275,00 €	295,00 €	315,00 €	335,00 €	355,00 €	370,00 €	385,00 €	400,00 €	415,00 €
Eltern	30,80 €	33,04 €	35,28 €	37,52 €	39,76 €	41,44 €	43,12 €	44,80 €	46,48 €	48,72 €
Kinderlos	35,37 €	37,94 €	40,21 €	43,08 €	45,65 €	47,58 €	49,51 €	51,44 €	53,37 €	55,94 €
	(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)	(> 71.300)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Nordrhein-Westfalen	65,00 €	68,00 €	122,00 €	152,00 €	182,00 €	202,00 €	222,00 €	232,00 €	242,00 €	252,00 €
(Gesamtbereich) Eltern	7,36 €	7,70 €	13,81 €	17,21 €	20,60 €	22,87 €	25,13 €	26,26 €	27,39 €	28,53 €
Kinderlos	8,45 €	8,84 €	15,86 €	19,76 €	23,66 €	26,26 €	28,86 €	30,16 €	31,46 €	32,76 €
(Flächenwert in EURO) (modifiziert nach AELV)	(landw. Kleinuntern.)	(bis 2.500)	(bis 5.000)	(bis 7.500)	(bis 10.000)	(bis 12.500)	(bis 15.000)	(bis 17.500)	(bis 20.000)	(bis 22.500)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	262,00 €	272,00 €	282,00 €	292,00 €	302,00 €	312,00 €	322,00 €	332,00 €	342,00 €	424,00 €
Eltern	29,66 €	30,79 €	31,92 €	33,05 €	34,19 €	35,32 €	36,45 €	37,58 €	38,71 €	48,00 €
Kinderlos	34,06 €	35,36 €	36,66 €	37,96 €	39,26 €	40,56 €	41,86 €	43,16 €	44,46 €	55,12 €
	(bis 25.000)	(bis 27.500)	(bis 30.000)	(bis 32.500)	(bis 35.000)	(bis 37.500)	(bis 42.500)	(bis 47.500)	(bis 52.500)	(> 52.500)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Darmstadt u. Speyer	83,00 €	84,00 €	189,00 €	194,00 €	206,00 €	227,00 €	255,00 €	276,00 €	304,00 €	326,00 €
Eltern	9,10 €	9,21 €	20,71 €	21,26 €	22,58 €	24,88 €	27,95 €	30,25 €	33,32 €	35,73 €
Kinderlos	10,43 €	10,56 €	23,76 €	24,39 €	25,89 €	28,53 €	32,05 €	34,69 €	38,21 €	40,98 €
(Flächenwert in EURO) (modifiziert nach AELV)	(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)

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Darmstadt u. Speyer	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	353,00 €	364,00 €	375,00 €	391,00 €	403,00 €	419,00 €	435,00 €	452,00 €	468,00 €	504,00 €	
	Eltern	38,69 €	39,89 €	41,10 €	42,85 €	44,17 €	45,92 €	47,68 €	49,54 €	51,29 €	55,24 €
	Kinderlos	44,37 €	45,75 €	47,14 €	49,15 €	50,66 €	52,67 €	54,68 €	56,82 €	58,83 €	63,35 €
	(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)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Saarbrücken Eltern	83,00 €	84,00 €	125,00 €	135,00 €	157,00 €	172,00 €	198,00 €	219,00 €	235,00 €	256,00 €	
	9,10 €	9,21 €	13,70 €	14,80 €	17,21 €	18,85 €	21,70 €	24,00 €	25,76 €	28,06 €	
	Kinderlos	10,43 €	10,56 €	15,71 €	16,97 €	19,73 €	21,62 €	24,89 €	27,53 €	29,54 €	32,18 €
	(Flächenwert in EURO) (modifiziert nach AELV)	(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
	282,00 €	309,00 €	345,00 €	362,00 €	403,00 €	419,00 €	435,00 €	452,00 €	468,00 €	504,00 €	
	Eltern	30,91 €	33,87 €	37,81 €	39,68 €	44,17 €	45,92 €	47,68 €	49,54 €	51,29 €	55,24 €
	Kinderlos	35,45 €	38,84 €	43,37 €	45,50 €	50,66 €	52,67 €	54,68 €	56,82 €	58,83 €	63,35 €
		(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)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Land- und forstw. KK Franken und Oberbayern	117,90 €	78,90 €	141,60 €	155,40 €	171,60 €	187,50 €	207,60 €	223,80 €	240,00 €	254,70 €	
Eltern	9,95 €	4,96 €	12,98 €	14,75 €	16,82 €	18,86 €	21,43 €	23,51 €	25,58 €	27,46 €	
Kinderlos	11,41 €	5,69 €	14,89 €	16,92 €	19,30 €	21,63 €	24,58 €	26,96 €	29,34 €	31,49 €	
(Berechnungswert auf der Basis des Flächenwertes und Grundbeitrag in EUR)	(landw. Kleinuntern.)	(ab 0,00)	(ab 501)	(ab 2.001)	(ab 3.001)	(ab 4.001)	(ab 5.001)	(ab 6.001)	(ab 7.001)	(ab 9.001)	

Land- und forstw. KK Franken und Oberbayern	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	268,50 €	280,80 €	295,80 €	308,40 €	321,90 €	337,20 €	355,20 €	386,70 €	418,20 €	473,70 €
Eltern	29,23 €	30,80 €	32,72 €	34,33 €	36,06 €	38,02 €	40,33 €	44,36 €	48,39 €	55,49 €
Kinderlos	33,52 €	35,33 €	37,53 €	39,38 €	41,36 €	43,61 €	46,25 €	50,87 €	55,50 €	63,64 €
	(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)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Niederbayern/ Oberpfalz und Schwaben, Landshut	82,00 €	83,00 €	150,00 €	171,00 €	191,00 €	211,00 €	231,00 €	251,00 €	269,00 €	287,00 €
Eltern	9,15 €	9,26 €	16,74 €	19,08 €	21,32 €	23,55 €	25,78 €	28,01 €	30,02 €	32,03 €
Kinderlos	10,50 €	10,62 €	19,20 €	21,89 €	24,45 €	27,01 €	29,57 €	32,13 €	34,43 €	36,74 €
(Flächenwert in DM)	(landw. Kleinuntern.)	(bis 6.000)	(bis 9.000)	(bis 12.000)	(bis 16.000)	(bis 19.000)	(bis 23.000)	(bis 27.000)	(bis 31.000)	(bis 35.000)
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	307,00 €	326,00 €	346,00 €	365,00 €	385,00 €	403,00 €	422,00 €	444,00 €	463,00 €	498,00 €
Eltern	34,26 €	36,38 €	38,61 €	40,73 €	42,97 €	44,97 €	47,10 €	49,55 €	51,67 €	55,58 €
Kinderlos	39,30 €	41,73 €	44,29 €	46,72 €	49,28 €	51,58 €	54,02 €	56,83 €	59,26 €	63,74 €
	(bis 40.000)	(bis 45.000)	(bis 55.000)	(bis 65.000)	(bis 75.000)	(bis 90.000)	(bis 110.000)	(bis 160.000)	(bis 220.000)	(über 220.000)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Baden-Württemberg	77,00 €	83,00 €	131,00 €	178,00 €	210,00 €	228,00 €	246,00 €	260,00 €	274,00 €	291,00 €
Eltern	8,62 €	9,30 €	14,67 €	19,94 €	23,52 €	25,54 €	27,55 €	29,12 €	30,69 €	32,59 €
Kinderlos	9,90 €	10,67 €	16,85 €	22,89 €	27,01 €	29,32 €	31,64 €	33,44 €	35,24 €	37,42 €
(Flächenwert in EURO)	(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)

LKK Baden-Württemberg	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	319,00 €	335,00 €	347,00 €	363,00 €	378,00 €	390,00 €	403,00 €	418,00 €	437,00 €	498,00 €
Eltern	35,73 €	37,52 €	38,86 €	40,66 €	42,34 €	43,68 €	45,14 €	46,82 €	48,94 €	55,78 €
Kinderlos	41,02 €	43,08 €	44,62 €	46,68 €	48,61 €	50,15 €	51,83 €	53,75 €	56,20 €	64,04 €
(modifiziert nach AELV)	(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)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KK für den	51,00 €	63,00 €	77,00 €	99,00 €	124,00 €	143,00 €	163,00 €	182,00 €	203,00 €	222,00 €
Gartenbau Eltern	5,61 €	6,93 €	8,47 €	10,89 €	13,64 €	15,73 €	17,93 €	20,02 €	22,33 €	24,42 €
Kinderlos	6,44 €	7,95 €	9,72 €	12,49 €	15,65 €	18,05 €	20,57 €	22,97 €	25,62 €	28,02 €
(Jahresarbeitswert in EURO)	(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 €
Eltern	25,96 €	27,28 €	28,38 €	29,59 €	30,80 €	33,33 €	35,75 €	38,28 €	41,80 €	47,85 €
Kinderlos	29,78 €	31,30 €	32,56 €	33,95 €	35,34 €	38,24 €	41,02 €	43,92 €	47,96 €	54,90 €
	(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)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LKK Mittel- und Ostdeutschland	50,00 €	76,00 €	98,00 €	119,00 €	141,00 €	162,00 €	184,00 €	205,00 €	227,00 €	248,00 €
Eltern	5,65 €	8,59 €	11,07 €	13,45 €	15,93 €	18,31 €	20,79 €	23,17 €	25,65 €	28,02 €
Kinderlos	6,48 €	9,85 €	12,70 €	15,42 €	18,27 €	21,00 €	23,85 €	26,57 €	29,42 €	32,14 €
(in einen Einstufungswert umgerechneter Flächenwert)	(landw. Kleinuntern.)	(bis 2.500)	(bis 5.000)	(bis 7.500)	(bis 10.000)	(bis 15.000)	(bis 20.000)	(bis 30.000)	(bis 40.000)	(bis 50.000)

LKK Mittel- und Ostdeutschland	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	269,00 €	291,00 €	312,00 €	334,00 €	356,00 €	377,00 €	398,00 €	419,00 €	441,00 €	463,00 €
Eltern	30,40 €	32,88 €	35,26 €	37,74 €	40,23 €	42,60 €	44,97 €	47,35 €	49,83 €	52,32 €
Kinderlos	34,86 €	37,71 €	40,44 €	43,29 €	46,14 €	48,86 €	51,58 €	54,30 €	57,15 €	60,00 €
	(bis 60.000)	(bis 70.000)	(bis 80.000)	(bis 90.000)	(bis 100.000)	(bis 125.000)	(bis 150.000)	(bis 200.000)	(bis 250.000)	(über 250.000)

PERSÖNLICHES

Landwirtschaftliche Sozialversicherung Schleswig-Holstein und Hamburg Hermann Brodersen im Dezember 2006 verstorben



Der ehemalige stellvertretende Geschäftsführer der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung Schleswig-Holstein und Hamburg, Hermann Brodersen, ist am 17. Dezember 2006 im Alter von 69 Jahren plötzlich und unerwartet verstorben.

Hermann Brodersen, Sohn eines Landwirts, wurde am 20. August 1937 in Stenderup bei Gelting in der Landschaft Angeln geboren. Seine berufliche Laufbahn begann 1957 beim Kreis Flensburg-Land als Verwaltungsangestellter im Bauamt. Seine Fortbildung zum gehobenen Dienst absolvierte er von 1959 bis 1962 beim Landesversorgungsamt in Kiel.

Den Dienst bei der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung trat Hermann Brodersen am 1. Oktober 1963 an. 1969 übernahm er die Leitung des Leistungsbereiches der Landwirtschaftlichen Alterskasse, seit 1980 im höheren Verwaltungsdienst. Seit 1983 leitete er das Dezernat für Gemeinsame Angelegenheiten mit den Bereichen Personal, allgemeine Verwaltung, Finanzen und EDV. Die Ernennung zum stellvertretenden Geschäftsführer folgte zum 1. Oktober 1999.

Hermann Brodersen hat sich in besonderer Weise mit der Agrarsozialversicherung, mit den versicherten bäuerlichen Familien und seinem Träger in Kiel identifiziert. Mit großem Engagement und Weitblick hat er zur Weiterentwicklung der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung zu einem versicherungsorientierten Dienstleistungsunternehmen beigetragen.

Hermann Brodersen ist viel zu verdanken. In Erinnerung bleiben seine großen Leistungen für die LSV in Schleswig-Holstein / Hamburg und bundesweit. In Erinnerung bleibt auch seine bisweilen strenge aber stets fürsorgliche Art.

Die LSV wird Hermann Brodersen ein ehrendes Andenken bewahren.