



# Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

2/2005

**Die landwirtschaftliche Krankenversicherung**

Herausgegeben vom  
Bundesverband der landw. Berufsgenossenschaften,  
Gesamtverband der landw. Alterskassen und  
Bundesverband der landw. Krankenkassen

Weißensteinstraße 70/72, 34131 Kassel  
Telefon: 0561/9359-240  
Telefax: 0561/9359-244

Gesamtschriftleitung: Dr. Harald Deisler

Redaktion  
Dr. jur. Hans-Jürgen Sauer - Unfallversicherung  
Eckhart Stüwe - Alterssicherung, Zusatzversorgung  
Hubert Lohaus - Gemeinsame Aufgabenerledigung  
Albert Münz - Redaktionelle Gestaltung

Druck: Hans Meister KG, Druck- und Verlagshaus,  
Werner-Heisenberg-Straße 7, 34123 Kassel

Verlagspostamt Kassel

Die mit Namen gekennzeichneten Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder. Der Nachdruck ist nur mit Einwilligung der Schriftleitung unter Quellenangabe gestattet. Für unverlangte Manuskripte und Besprechungsexemplare übernimmt die Schriftleitung keine Gewähr.

## Inhalt 2/2005

---

FACHBEITRÄGE
--------------

Willi Siebert

Stand der Diskussion über das eigenständige LKV-System  
- April 2005 - 73

Dr. Harald Jilke, Dr. Christina Perktold, Mag. Irene Seyringer-Rasch  
Die bäuerliche Krankenversicherung in Österreich 160

DOKUMENTATION
---------------

Volkmar Heinecker

Modernisierungsansätze im Datenschutzrecht  
- die Erweiterung der organisatorischen Vorkehrungen zum  
Sozialdatenschutz um den Grundsatz der Datenvermeidung  
und Datensparsamkeit (§ 78b SGB X) sowie um ein  
Datenschutzaudit (§ 78c SGB X) - Teil 2 180

Karl-Friedrich Köhler

Rechtsanwaltsvergütung und Kostenerstattung  
gem. § 63 Abs. 2 SGB X nach In-Kraft-Treten des  
Kostenrechtsmodernisierungsgesetzes – KostRMoG 204

BÜCHER
--------

Der Verwaltungsakt mit Dauerwirkung 227

Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens 228

FACHBEITRÄGE
--------------

Willi Siebert

**Stand der Diskussion über das eigenständige LKV-System  
- April 2005 -**

<b>1.</b>	<b>Hinführung</b>	<b>77</b>
<b>2.</b>	<b>Gründe für die Einführung eines eigenständigen LKV-Systems</b>	<b>78</b>
2.1	Konsens aller politischen Entscheidungsträger	78
2.2	Versicherung für selbstständige Unternehmer	78
2.3	Kein Generationenausgleich	78
2.4	Folgen des Strukturwandels: eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe	78
2.5	Einkommenspolitische Komponente	79
2.6	Leistungen zur Aufrechterhaltung des Betriebes	80
2.7	Synergieeffekte der Verwaltungsgemeinschaft mit LBG und LAK	80
2.8	Selbstverwaltung	80
<b>3.</b>	<b>Kritische Bewertung des derzeitigen Standes der LKV</b>	<b>81</b>
3.1	Aus Sicht des Verfassers	81
3.1.1	Entwicklung des Leistungsrechts	81
3.1.2	Finanzierung, Beitragsaufkommen	81
3.1.3	Organisation	83
3.1.4	Resümee	84
3.2	Aus Sicht der Ministerien (BMVEL, BMGS)	84
3.2.1	Positionspapier des BML, Januar 2000	84
3.2.2	Staatssekretär Thalheim, Mai 2002	85
3.2.3	Antwort der Bundesregierung auf eine Große Anfrage der CDU/CSU-Fraktion, Juni 2002	85
3.2.4	Ernährungs- und agrarpolitischer Bericht 2003	86
3.2.5	Stellungnahme von BMVEL und BMGS, April 2003	86
3.2.6	Schreiben des BMVEL, Dezember 2004	87
3.2.7	Ministerin Künast, April 2005	90
3.3	Aus Sicht des Bundesrechnungshofs, der Politik und der Wissenschaft	90
3.3.1	Bundesrechnungshof, November 2002	91
3.3.2	Bundestagsabgeordnete Waltraud Wolff (SPD), Mai 2004	92
3.3.3	SPD-Arbeitsgruppe, Oktober 2004	92
3.3.4	Peter Mehl, 1999 bis 2004	94
3.4	Aus Sicht der Spitzenverbände der GKV, Januar 2003	94
3.5	Aus Sicht des Berufsstandes	94

74	Willi Siebert	
<b>4.</b>	<b>Belastung der aktiv Versicherten durch das Haushaltsbegleitgesetz 2005 (HBeglG 2005)</b>	<b>95</b>
4.1	Inhalt von Art. 3 des HBeglG 2005	95
4.2	Anteil der LKKe an dem Solidarbeitrag, Auswirkungen auf den Beitrag	96
4.3	Abfederung der Auswirkungen durch Einsparungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und den Einsatz von Betriebsmitteln	97
4.3.1	Einsparungen durch das GMG	97
4.3.2	Einsatz von Betriebsmitteln	100
4.4	Auswirkungen auf die Beitragsfestsetzung der einzelnen LKKe	100
<b>5.</b>	<b>Auswirkungen der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems auf die LKV</b>	<b>102</b>
5.1	Weiterentwicklung des GKV-Systems	102
5.2	Einbeziehung der LKV-Versicherten in eine Bürgerversicherung	103
5.2.1	Grundzüge des SPD-Modells	103
5.2.2	Anmerkungen zu dem Modell der Bürgerversicherung	104
5.2.2.1	Verfassungsrechtliche Probleme	104
5.2.2.2	Unklare Begrifflichkeiten	105
5.2.2.3	Verstoß gegen das Solidaritäts- und das Äquivalenzprinzip	105
5.2.2.4	Anzahl der Krankenkassen	106
5.2.2.5	Weitere offene Fragen	106
5.2.3	Auswirkungen auf die LKV	106
5.3	Einbeziehung der LKV-Versicherten in ein Prämienmodell	107
5.3.1	Gesundheitspolitische Leitsätze	107
5.3.2	Grundzüge des CDU/CSU-Modells	107
5.3.3	Anmerkungen zu dem Prämienmodell von CDU/CSU	108
5.3.3.1	Hoher Verwaltungsaufwand	108
5.3.3.2	Berechnung der Gesundheitsprämie	109
5.3.3.3	RSA weiter erforderlich	109
5.3.4	Auswirkungen auf die Beiträge der LKV-Versicherten bei Einbeziehung in das Prämienmodell	110
5.4	Zwischenfazit	113
<b>6.</b>	<b>Entlastung des Bundes durch Einbeziehung der LKV in den RSA</b>	<b>113</b>
6.1	System des RSA	114
6.1.1	Gründe für die Einführung	114
6.1.2	Beitragsbedarf	114

	LKV-System	75
6.1.3	Finanzkraft	115
6.1.4	Ermittlung des Ausgleichsanspruchs	115
6.2	Rechtliche Möglichkeiten einer Einbeziehung der LKKen in den RSA	115
6.3	Mögliche Auswirkungen auf die LKKen und die GKV (Fiktive Einbeziehung in den RSA im Basisjahr 2001)	116
6.3.1	Grundlagen	116
6.3.2	Hoher Beitragsbedarf in der LKV	117
6.3.3	Krankengeldanspruch für landwirtschaftliche Unternehmer	117
6.3.4	Zuordnung zu Versichertengruppen	117
6.3.5	Hohe Erwerbsminderungsquote = Hoher (fiktiver) Beitragsbedarf	118
6.3.6	Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen und der Finanzkraft	118
6.3.7	Zwischenergebnis	119
6.4	Berichtigte Berechnungen des BVA	119
6.4.1	Grundlagen	119
6.4.2	Variante 1 - Einbeziehung nur der aktiven Mitglieder in den RSA - Neuberechnung	120
6.4.3	Korrektur der Variante 2 - Einbeziehung aller Mitglieder der LKKen in den RSA	120
6.4.4	Variante 3 - Einbeziehung der aktiven Mitglieder in den RSA	120
6.5	Bewertung der Berechnungen des BVA	121
6.5.1	Ausgleichsanspruch der LKKen nur bei Einbeziehung aller Mitglieder	121
6.5.2	Unzumutbare Belastungen bei Einbeziehung nur der aktiven Mitglieder	121
6.5.3	Hohe Belastung der LKV nach Einführung des Morbi-RSA	121
6.5.4	Schwachpunkte des gefundenen Ergebnisses	122
6.6	Fazit	123
<b>7.</b>	<b>Finanzielle Beteiligung der aktiv in der LKV Versicherten an Leistungsaufwendungen für Altenteiler</b>	<b>124</b>
7.1	Argumente für eine Beteiligung	124
7.1.1	Entwicklung der Staatsfinanzen	124
7.1.2	Nicht strukturwandelbedingte Mehrbelastungen	125
7.1.3	Annäherung an die Verhältnisse der AKV	125
7.1.4	„Abschöpfung“ von Einsparpotenzialen - Verwaltungskosten	125
7.2	Verfassungsrechtliche Beurteilung der Zulässigkeit	128
7.3	Art und Umfang einer Beteiligung	129
7.3.1	Keine Lösung in Anlehnung an den Entwurf des HBeglG 2004	130
7.3.2	Keine Lösung in Anlehnung an das HBeglG 2005	130

76	Willi Siebert	
7.3.3	Keine Teilnahme der aktiv Versicherten am RSA	131
7.3.4	Zuschlagsmodell	131
7.3.4.1	Zuschlag auf den Beitrag	131
7.3.4.2	Vorschlag von Mehl	132
7.3.4.3	Vorschlag von Schmidt	133
7.3.4.4	20 Prozent Zuschlag auf den „Nettobeitrag“	134
<b>8.</b>	<b>Ausgleich der Belastung innerhalb der LKV</b>	<b>135</b>
8.1	Gründe, die einen Finanzausgleich rechtfertigen könnten	135
8.1.1	Leistungsaufwendungen	136
8.1.2	Mitversicherte Familienangehörige (Familienkoeffizient)	136
8.1.3	Verwaltungskosten	137
8.1.4	Einfluss der Betriebsstrukturen bei den LKKen	138
8.1.5	Belastungen durch das HBegIG 2005	139
8.1.6	Durchschnittliche monatliche Belastung bei den einzelnen LKKen	140
8.2	Angleichung der Erhebungsmaßstäbe	141
8.2.1	Derzeitige Situation	141
8.2.2	Maßstab des Flächenwerts/korrigierten Flächenwerts	143
8.2.3	Steuerlicher Maßstab	144
8.2.3.1	Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft	144
8.2.3.2	Gesamteinkommen	147
8.2.4	Ergebnis	148
8.3	Rechtliche Möglichkeiten eines Finanzausgleichs	149
8.3.1	Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen nach § 265 SGB V	149
8.3.1.1	Aufwendige Leistungsfälle	149
8.3.1.2	Andere aufwendige Belastungen	150
8.3.2	Finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit nach § 265a SGB V	152
8.3.3	Risikostrukturausgleich innerhalb der LKKen in entsprechender Anwendung des § 266 SGB V	152
8.3.4	Ergebnis	153
<b>9.</b>	<b>Erweiterung der Beitragsbemessung</b>	<b>153</b>
<b>10.</b>	<b>Partielle Öffnung der LKV für weitere Personengruppen</b>	<b>155</b>
10.1	Nebenerwerbslandwirte	156
10.2	Versicherung von außerlandwirtschaftlichen Selbstständigen	157
<b>11.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>157</b>

## 1. Hinführung

Die landwirtschaftliche Krankenversicherung (LKV) ist Teil der gesetzlichen Sozialversicherung, zuständig für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gemeinsam mit den anderen Kassenarten.

Die LKV ergänzt und vervollständigt seit dem 01.10.1972 die beiden anderen Säulen der agrarsozialen Absicherung, die landwirtschaftliche Unfallversicherung (LUV) und die Alterssicherung der Landwirte (AdL). Alle drei Bereiche gemeinsam bilden das landwirtschaftliche Sozialversicherungssystem (LSV), zu welchem auch noch die an die LKV angebundene Pflegeversicherung zählt.

Der Verbund der verschiedenen Zweige der LSV wird besonders aus der engen organisatorischen Verknüpfung deutlich. Die LUV, als ältester Zweig besteht ab 1886. Zur Erfüllung der Aufgaben sind die regional gegliederten landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (LBG) zuständig. Bei jeder von ihnen wurde im Jahr 1957 je eine landwirtschaftliche Alterskasse (LAK) errichtet, die die Aufgaben der Alterssicherung der Landwirte wahrzunehmen haben. Ab 1972 sind bei den LBGen auch je eine landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts angesiedelt und ab 1995 zudem je eine Pflegekasse bei jeder LKK.

Sozialpolitik ist indessen nicht statisch, sondern ständigen Änderungen unterworfen. Dies gilt auch bezüglich des Sondersystems der LSV. Die Diskussion an sich über das LSV-System und innerhalb des Systems ist zu begrüßen und kann zur Innovation beitragen. Sobald die Diskussionsbeiträge allerdings politisch motiviert sind und die Fakten vernachlässigen, ist dies für die Lösung zukunftsweisender Fragen nicht förderlich.

In diesem Beitrag werden zunächst die Gründe für das eigenständige LSV-System in Erinnerung gerufen. Danach erfolgt eine kritische Bewertung des derzeitigen Standes und eine Analyse der Auswirkungen des HBegIG 2005 und einer Einbeziehung der LKV in den RSA, eine Bürgerversicherung oder ein Prämienmodell. Schließlich werden Anregungen für Lösungsansätze bezüglich der aktuell besonders kontrovers diskutierten Fragen einer Beteiligung der aktiv versicherten Landwirte sowie der freiwillig Versicherten an den Leistungsaufwendungen für Altenteiler, eines Finanzausgleichs innerhalb der LKV, verbunden mit einheitlichen Beitragsbemessungskriterien, einer Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen und einer Öffnung des LKV-Systems für weitere Personengruppen gegeben.



## **2. Gründe für die Einführung eines eigenständigen LKV-Systems**

### **2.1 Konsens aller politischen Entscheidungsträger**

Sowohl 1957, Einführung der AdL, zunächst in Form einer „Altershilfe für Landwirte“, als auch vor Errichtung der LKVen ist die Notwendigkeit und der Nutzen eines eigenständigen Versicherungssystems für Landwirte und ihre Familienangehörigen sorgfältig geprüft und bewertet worden. Als Alternative wäre an Stelle der LKV eine Öffnung der bestehenden gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere der allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) in Betracht gekommen. Im Ergebnis bestand indessen Konsens aller politischen Entscheidungsträger und des Berufsstandes, dass allein eine eigenständige Lösung den besonderen Verhältnissen in der Landwirtschaft vornehmlich aus folgenden Gründen gerecht wird:

### **2.2 Versicherung für selbstständige Unternehmer**

Im Gegensatz zu den allgemeinen Sozialversicherungssystemen sind in der LSV überwiegend Selbstständige (landwirtschaftliche Unternehmer und ehemalige landwirtschaftliche Unternehmer) und nicht Arbeitnehmer versichert. Es gibt keine anteilige Beitragszahlung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer und die Beitragsbemessungsgrundlagen unterscheiden sich entscheidend von denen in der allgemeinen Sozialversicherung.

### **2.3 Kein Generationenausgleich**

Es stand auch von vornherein fest, dass in Folge des Strukturwandels in der Landwirtschaft ein hoher Anteil an Altenteilern versichert sein würde, weit höher als der Rentneranteil in der allgemeinen Krankenversicherung (AKV). Die aktiven Landwirte würden nicht in der Lage sein, die durch eigene Beiträge nicht gedeckten Aufwendungen für Altenteiler mit zu finanzieren. Das Verhältnis zwischen den aktiv Versicherten und Altenteilern als Folge des Strukturwandels in der Landwirtschaft ließ einen Generationenausgleich wie in der AKV nicht zu.

### **2.4 Folgen des Strukturwandels: eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe**

Strukturpolitik in der Landwirtschaft ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine Einbeziehung der Krankenversicherung der Landwirte in das bestehende System hätte dieses mit versicherungsfremden Leistungen belastet. Heute wird dafür der Begriff des „Verschiebebahnhoofs“ verwendet. Das Tragen der Folgen des Strukturwandels in der Landwirtschaft wurde und wird auch heute noch zu Recht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen, sodass der Bund aus Steuermitteln die durch eigene Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen der Altenteiler in der LKV übernimmt. Insoweit ist auch die Position der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände im Rahmen der einer Einbeziehung der Landwirte und

ehemaligen Landwirte in eine Pflichtkrankenversicherung vorausgegangen Diskussion verständlich, die sich gegen eine Einbeziehung in das bestehende System ausgesprochen hatten. Nicht allein versicherte Arbeitnehmer und deren Arbeitgeber sollen an dem Finanzierungsdefizit beteiligt werden, sondern über das Steueraufkommen die Gesamtbevölkerung. Deshalb war die Errichtung eigener Krankenkassen für Landwirte und deren Anbindung an Versicherungsträger der für landwirtschaftliche Unternehmer schon bestehende Sozialversicherungszweige folgerichtig und konsequent.

### **2.5 Einkommenspolitische Komponente**

Selbst eine anteilige Mitfinanzierung der Leistungsaufwendungen für Altenteiler ist den aktiven Landwirten zu keiner Zeit übertragen worden, obwohl es bei Einführung der LKV im Jahr 1972 noch über 600.000 versicherte Landwirte gab, denen nur ca. 390.000 versicherte Altenteiler gegenüber standen.

Die Übernahme des gesamten Altenteilerdefizits durch den Bund führt zu einer Besserstellung der aktiven Mitglieder der LKV gegenüber den aktiven Mitgliedern der AKV, die für das Finanzdefizit der Rentner über ihre Beiträge einzustehen haben. Bei Errichtung der LKV im Jahr 1972 entfielen etwa 10% des Beitrags der aktiv Versicherten der AKV auf die Mitfinanzierung der durch eigene und Beiträge der Rentenversicherung nicht abgedeckten Aufwendungen für Rentner. Heute sind es etwa 30%. Dieser Generationenausgleich innerhalb der AKV wird zwar durch den Risikostrukturausgleich (RSA) abgedeckt, sodass auch Krankenkassen mit einem hohen Rentneranteil, wie z.B. die Bundesknappschaft (Bkn), nicht über Gebühr belastet werden (der sog. Rentnerfinanzausgleich ist im Jahr 1994 durch den RSA abgelöst worden). Die gesamten Aufwendungen der AKV sind aber durch Beitragszahlungen aufzubringen; Steuermittel fließen nicht in das System.

Die Vorzüglichkeit der LKV für die Aktiven war nicht nur bekannt, sondern auch gewollt. Der Gesetzgeber verfolgte bei Einführung der LKV verschiedene Ziele: Zunächst sollte die gesetzliche Absicherung bei Krankheit auf einen für schutzwürdig befundenen Personenkreis ausgedehnt werden. Dabei sollte eine Abmilderung des strukturwandelbedingten Defizits erreicht werden. Schließlich sollten die Beiträge der landwirtschaftlichen Unternehmer gering gehalten werden, was einer impliziten Erhöhung des Einkommens aus selbstständiger landwirtschaftlicher Tätigkeit gleichkommt. Dabei spielte auch die Überlegung eine Rolle, dass die Einkünfte der landwirtschaftlichen Unternehmer in Folge der Bindung der Erzeugerpreise durch die Europäischen Marktordnungen nicht weiter belastet werden können (BT-Drucks. VI/3012, S. 35). Den Entscheidungsträgern war bewusst, dass Einkommenspolitik in Zukunft in erheblichem Umfang über die Sozialbeiträge vonstatten gehen würde. Wie in der Alterssicherung der Landwirte erfolgte eine Verknüpfung

von Sozial- und Agrarpolitik. Auf den Aspekt, ob die einkommenspolitische Komponente heute noch eine Rolle spielt, wird später noch eingegangen.

### **2.6 Leistungen zur Aufrechterhaltung des Betriebes**

Neben den Besonderheiten bei der Finanzierung der LKV erfordern die betrieblichen Verhältnisse landwirtschaftlicher Unternehmen als besondere Leistungsarten für die Landwirte die Betriebs- und Haushaltshilfe. Diese treten an Stelle der Krankengeldzahlung und gewährleisten bei Ausfall des Unternehmers/der Unternehmerin die Weiterführung des Betriebes, insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass häufig keine Arbeitnehmer oder Familienangehörige zur Verfügung stehen, die den Ausfall des Betriebsleiters zumindest für eine gewisse Zeit überbrücken können.

### **2.7 Synergieeffekte der Verwaltungsgemeinschaft mit LBG und LAK**

Das Gesetz fasst in §18 KVLG 1989 die Pflicht zur Zusammenarbeit der LSV-Träger und ihrer Verbände wie folgt zusammen: Die LKKen, die LAKen und die LBGen (Träger der LSV) sowie der BLK, der GLA und der BLB (Spitzenverbände der LSV) sind verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Verwaltungsaufgaben und bei der Betreuung und Beratung der Versicherten eng zusammenzuarbeiten, soweit dies einer wirtschaftlichen und sparsamen Aufgabenerfüllung dient und gesetzliche Vorschriften nicht entgegenstehen. Neben der Unterhaltung eines gemeinsamen Verwaltungsgebäudes, einer gemeinsamen Geschäftsführung und weitgehend gemeinsamer Selbstverwaltung ergeben sich Synergieeffekte vorwiegend aus der Errichtung gemeinsamer Abteilungen, die für alle Bereiche der LSV tätig sind und anteilig finanziert werden. Zu nennen sind z.B. Allgemeine Verwaltung, Personalabteilung, EDV-Abteilung oder das beim BLK angesiedelte Verwaltungsseminar, an dem u.a. als Teil der Fachhochschule des Bundes im Fachbereich landwirtschaftliche Sozialversicherung das Studium für die Nachwuchskräfte des gehobenen Dienstes durchgeführt wird.

### **2.8 Selbstverwaltung**

Auch die Besetzung der Selbstverwaltungsorgane spiegelt die Abgrenzung der LKV zu den anderen gesetzlichen Krankenkassen wider. Sie sind nicht paritätisch mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern, sondern paritätisch mit Arbeitgebern einerseits und Selbstständigen ohne fremde Arbeitskräfte andererseits besetzt. Die Änderungen der Verfassung bei den meisten Trägern der AKV durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 verstärkt die Unterschiede weiter. Während es in der LKV nach wie vor zwei Selbstverwaltungsorgane, die Vertreterversammlung und den Vorstand gibt, ist es bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie den Ersatzkassen nur noch der Verwaltungsrat, der im Wesentlichen die Funktion der Vertreterversammlung wahrnimmt.

### **3. Kritische Bewertung des derzeitigen Standes der LKV**

#### **3.1 Aus Sicht des Verfassers**

Die an die Errichtung der LKV geknüpften Erwartungen haben sich voll erfüllt. Die LKKen als Leistungsträger haben ihre Aufgaben in enger Kooperation mit den übrigen gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere aber auch mit den beiden anderen Zweigen der LSV effektiv, zeitgemäß und kostengünstig erbracht.

##### **3.1.1 Entwicklung des Leistungsrechts**

Das Leistungsrecht ist eng an das der AKV angebunden. Besonderheiten gibt es eigentlich nur beim Krankengeld und bei der Betriebs- und Haushaltshilfe. Die Weiterentwicklung des Leistungsrechts in der GKV wirkt sich somit stets auch in der LKV aus und wird in Abstimmung mit den Krankenkassen der AKV zügig umgesetzt. Die LKV ist auf Verbandsebene in allen Gremien und Arbeitskreisen beteiligt. Dies gilt auch Verbände übergreifend für die Zusammenarbeit mit Ministerien und Leistungserbringern. Die LKKen haben z.B. auch an den Modellversuchen zum Nachweis der Wirksamkeit von Akupunktur teilgenommen und finanzieren ihren Versicherten Disease-Management-Programme (DMP), obwohl sie nach dem Gesetz nicht dazu verpflichtet sind. Die LKKen haben von den Satzungsermächtigungen der §§ 53 und 54 SGB V Gebrauch gemacht und räumen ihren Versicherten die Möglichkeit des Selbstbehalts und der Beitragsrückzahlung ein. Ebenso haben alle LKKen Bonusprogramme auf der Basis des § 65a SGB V eingeführt und sie bieten die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen auf Grundlage der jeweiligen Kooperationsvereinbarung an. Die LKKen werden auch künftig keine Defizite im Leistungsrecht gegenüber den Krankenkassen der AKV aufkommen lassen.

Der enge Leistungsverbund der LKV mit der übrigen GKV bewirkt, dass die fortdauernden Einsparbemühungen im Gesundheitsbereich auch in der LKV wirksam werden. Dies gilt sowohl für gesetzliche Regelungen (z.B. GMG) als auch das Ausschöpfen von Einsparpotenzialen als Folge der Zusammenarbeit mit den anderen Kassenarten.

##### **3.1.2 Finanzierung, Beitragsaufkommen**

Die LKV war stets finanziell stabil und keine einzige LKK hat sich im Gegensatz zu vielen Kassen der AKV in den vergangenen Jahren verschuldet. Die Selbstverwaltung hat ihre Aufgaben verantwortungsbewusst wahrgenommen und insbesondere die Beiträge entsprechend der gesetzlichen Vorgabe (§ 38 KVLG 1989) so festgesetzt, dass die Ausgaben gedeckt und die notwendigen Betriebsmittel und Rücklagen vorgehalten werden konnten.

Der Strukturwandel in der Landwirtschaft schreitet weiter voran. Der Bund steht deshalb nach wie vor in der Verpflichtung, die Leistungsaufwendungen der Altenteiler zu finanzieren, soweit eigene Beiträge der Altenteiler nicht ausreichen. An dieser Grundposition ändert auch die durch das Haushaltsbegleitgesetz 2005 (HBeglG 2005) eingeführte Verpflichtung der aktiven LKV-Mitglieder, einen Teil der Leistungsaufwendungen für die Altenteiler zu übernehmen, nichts. Es handelt sich insoweit nicht um einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel, sondern um eine kurzfristige, durch die defizitäre Lage des Bundeshaushalts erzwungene Maßnahme, die zudem auf die Jahre 2005 bis 2008 zeitlich befristet ist.

Die aktiv in der LKV versicherten Landwirte sind auch weiterhin in der Lage, die Kosten für eigene Leistungen und die ihrer Familienangehörigen und zusätzlich die Verwaltungskosten für alle Mitglieder aufzubringen. Sollte an eine Beteiligung an den Leistungsaufwendungen für Altenteiler gedacht werden, muss dies mit Augenmaß geschehen und es muss über einen LKV-internen Finanzausgleich nachgedacht werden, s. hierzu unter 7. und 8. Die Kritik an Beitragsunterschieden in der LKV, zu hohen Verwaltungskosten oder gar einer Finanzkrise der LKKen soll nur von dem eigentlichen Problem, dem Haushaltsdefizit des Bundes ablenken. In diesem Zusammenhang passt auch die Sorge der Politik wegen der Beitragsunterschiede vergleichbarer Betriebe. Diese strukturell bedingten Unterschiede waren immer vorhanden, wurden aber 30 Jahre lang hingenommen. Ohne der Selbstverwaltung der LKKen überhaupt Zeit zu lassen, die Möglichkeiten eines gesetzlichen, nur bei weitestgehender Auslegung möglichen Finanzausgleichs zu prüfen, wird von einigen das Ende der LKV beschworen. Mehr Gelassenheit stünde Manchem gut zu Gesicht.

Zu erinnern ist daran, dass nicht nur bei Einführung der LKV, sondern auch in den Jahrzehnten danach die Finanzierung der Leistungsaufwendungen für die Altenteiler nie in Frage gestellt war. Selbst im Haushaltsjahr 2000, als der Bund die LKKen mit 250 Mio. DM zur Mitfinanzierung der Altenteilerleistungen herangezogen hat, wurde dies als einmaliger Solidarbeitrag der LKV bezeichnet, der darüber hinaus nicht über zusätzliche Beiträge, sondern aus den vorhandenen Betriebsmitteln gezahlt wurde. Bezeichnend ist die Aussage in einem Positionspapier des BMVEL (damals noch BML) vom 26.01.2000, in dem es heißt: „Die Übernahme der nicht durch Beiträge gedeckten Leistungsausgaben für die Krankenversicherung der Altenteiler durch den Bund ist weiterhin begründet, zumal auch die aktiven Landwirte sich an der Finanzierung der Altenteiler-Krankenversicherung beteiligen, indem sie die Verwaltungskosten (120 Mio. DM/Jahr) tragen“ (siehe unter 3.2.1).

Der Berufsstand und die Repräsentanten der LSV-Träger berufen sich daher auf die eingegangenen Verpflichtungen des Staates, die sie als nicht verän-

derbare Geschäftsgrundlage betrachten. Selbst eine anteilige Mitfinanzierung der Leistungsaufwendungen für Altenteiler in der derzeitigen Form wird, weil willkürlich und zu hoch, überwiegend abgelehnt. An späterer Stelle wird die Frage einer Mitfinanzierung an den durch eigene Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen durch die Aktiven einer kritischen Bewertung unterzogen. Dabei wird abzuwägen sein, wie weit dem Druck der Haushaltspolitiker einerseits, die die Vorzüglichkeit des LKV-Systems gegenüber der AKV eineben wollen und dem Druck des Berufsstandes andererseits, der bei weiter steigenden Beiträgen auf sinkende Akzeptanz bei den versicherten Landwirten verweist, argumentativ begegnet werden kann.

Wegen seiner Tragweite und unterschiedlichen aktuellen Auswirkung auf die Beiträge bei den einzelnen LKKen wird auf die Verpflichtung der LKKen zur Übernahme eines Teils der Leistungsaufwendungen für Altenteiler nach dem HBegIG 2005 gesondert unter 4. eingegangen.

### **3.1.3 Organisation**

Dem weiteren Strukturwandel in der Landwirtschaft wurde auch durch eine Organisationsreform in der LSV Rechnung getragen. Die Anzahl der LSV-Gemeinschaften wurde den Vorgaben des Gesetzes zur Organisationsreform der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVOrgG) entsprechend auf 9 reduziert. In dem Gesetzgebungsverfahren wurde hervorgehoben, dass die Ziele „schlanke, zukunftssichere Strukturen“, „Versichertenorientierung“ und „Sozialverträglichkeit der personellen Maßnahmen“ durch Reduzierung auf 9 LSV-Träger in einer auf längere Zeit vertretbaren Weise verwirklicht werden können (BR-Drs. 133/01, S. 24).

Zurzeit findet eine Überprüfung durch den Bundesrechnungshof statt, ob diese Ziele, besonders Kostenreduzierungen, erreicht wurden oder zumindest in absehbarer Zeit erreicht werden können.

Der Verfasser sieht das Ziel indessen nicht primär darin, Personalminderungen oder die Einsparung von Verwaltungskosten im nennenswerten Umfang zu erreichen. Vielmehr ist zu fragen, ob die gestiegenen Anforderungen an die Krankenkassen im Rahmen des SGB V und anderer Gesetze von den LKKen bewältigt werden können und damit einhergehend, wie zügig der gesetzliche Auftrag gemäß § 58b Abs. 4 ALG umgesetzt wird. Eine Bereitschaft zur konsequenten Zusammenarbeit der LSV-Träger untereinander und mit den anderen Bereichen der Sozialversicherung ist lebensnotwendig. Im Bereich der LKV wird dies sowohl auf Kassenebene als auch Verbandsebene praktiziert. Dies schließt selbstverständlich die enge Abstimmung und Zusammenarbeit der LKKen mit dem Bundesverband der LKKen mit ein.

### **3.1.4 Resümee**

Zusammenfassend lässt sich aus Sicht des Verfassers feststellen, dass sich dieses berufsständische Sondersystem in den zurückliegenden Jahrzehnten bei unterschiedlichsten Belastungen bewährt hat. Es wurde ständig weiterentwickelt, ist finanziell stabil und wurde den strukturellen Veränderungen entsprechend organisatorisch verschlankt.

Die Zukunft der LSV und auch der LKV kann indessen nicht allein im unbeeirrten Festhalten am status quo liegen. Auch die LKV muss den veränderten Rahmenbedingungen, insbesondere den demografischen Veränderungen Rechnung tragen. Dies gilt auch bezüglich der Finanzierungsregelungen. Vorschläge für eine Weiterentwicklung des LKV-Systems finden sich unter 7. bis 10.

### **3.2 Aus Sicht der Ministerien (BMVEL, BMGS)**

Die Bewertung der LSV und der LKV durch die Ministerien, besonders durch das federführende BMVEL, hat sich in wenigen Jahren, nahezu ausschließlich durch die Haushaltslage des Bundes bedingt, spürbar verändert. Ein Abrücken von dem Sondersystem aus sachfremden Erwägungen ist unverkennbar.

#### **3.2.1 Positionspapier des BML, Januar 2000**

Das damalige Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (BML) stellt in dem „Positionspapier Weiterentwicklung des agrarsozialen Sicherungssystems“ vom 26.01.2000 unter II. „Anpassungsbedarf“ fest:

- „Eine Aufgabe des eigenständigen agrarsozialen Sicherungssystems und damit eine Integration der Landwirte in die allgemeine Sozialversicherung kommt nicht in Betracht. Die Lasten aus dem Strukturwandel in der Landwirtschaft, die die Landwirte nicht allein tragen können, würden von der Solidargemeinschaft der Steuerzahler auf die Solidargemeinschaft der Beitragszahler in der Sozialversicherung verlagert. Dies wäre aus folgenden Gründen nicht sachgerecht:
- Die Übernahme der Lasten aus dem Strukturwandel in der Landwirtschaft ist eine Angelegenheit der gesamten Gesellschaft;
- die aus der Landwirtschaft abgewanderten Arbeitskräfte gehören nicht unbedingt der dann belasteten Solidargemeinschaft an;
- Folge einer Verlagerung wäre ein Anstieg der Lohnnebenkosten, ein politisch unerwünschtes Ergebnis;
- die Übernahme der nicht durch Beiträge gedeckten Leistungsausgaben für die Krankenversicherung der Altenteiler durch den Bund ist weiter begründet, zumal auch die aktiven Landwirte sich an der Finanzierung der

Altenteiler-Krankenversicherung beteiligen, indem sie die Verwaltungskosten (120 Mio. DM/Jahr) tragen.“

### **3.2.2 Staatssekretär Thalheim, Mai 2002**

Auf eine schriftliche Anfrage der Bundestagsabgeordneten Gerda Hasselfeldt vom 22.03.2002, ob es Planungen oder Untersuchungen der Bundesregierung gäbe, die LKV in die GKV einzugliedern, und wenn ja in welchem Zeitraum, beantwortete der Parlamentarische Staatssekretär Dr. Thalheim wie folgt:

„Die Bundesregierung spricht sich nach wie vor dafür aus, die Landwirtschaftliche Krankenversicherung (LKV) als wesentlichen Bestandteil des Sondersystems der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zu erhalten und weiterzuentwickeln. Die LKV hat sich seit ihrer Gründung 1972 als wichtiger Baustein des agrarsozialen Sicherungssystems für landwirtschaftliche Unternehmer, deren Ehegatten und mitarbeitende Familienangehörige bewährt. In den parlamentarischen Beratungen einer Reihe größerer Reformvorhaben - z.B. der Reformen im Gesundheitswesen, der Agrarsozialreform 1995 und der Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung im Jahr 2001 - stand der Fortbestand des eigenständigen agrarsozialen Sicherungssystems (einschließlich der LKV) nie zur Diskussion.

Derzeit wird vom Bundesrechnungshof die Verwendung von Bundeszuschüssen in der LKV geprüft. Im Rahmen dieser Prüfung werden vom Bundesrechnungshof auch Überlegungen zur künftigen Ausgestaltung des Systems der LKV angestellt. Ob und welche Konsequenzen aus den Untersuchungen zu ziehen sind, kann erst nach Vorlage des abschließenden Berichts entschieden werden. Mit der Vorlage des Berichts des Bundesrechnungshofs nach § 88 Bundeshaushaltsordnung an den Deutschen Bundestag ist erst zu Beginn der nächsten Legislaturperiode zu rechnen.“

### **3.2.3 Antwort der Bundesregierung auf eine Große Anfrage der CDU/CSU - Fraktion, Juni 2002**

Die Bundesregierung hat auf die Große Anfrage der CDU/CSU-Fraktion (BT-Drs. 14/9461 vom 12.06.2002 - Antwort auf Frage 23) wie folgt geantwortet: Die Bundesregierung tritt wegen der besonderen Sicherheitsbedürfnisse landwirtschaftlicher Unternehmer und ihrer Familienangehörigen nach wie vor dafür ein, das eigenständige agrarsoziale Sicherungssystem beizubehalten. Eine Auflösung und Integration der Versicherten in die allgemeine Sozialversicherung stellt nach Auffassung der Bundesregierung keine ernsthaft in Erwägung zu ziehende Alternative dar. Sie würde einerseits lediglich eine Lastenverschiebung bedeuten: Die Folgen des Strukturwandels



in der Landwirtschaft würden nämlich von der Solidargemeinschaft der Steuerzahler (als Nutznießer dieses Wandels) auf die Solidargemeinschaft der Sozialversicherung verlagert. Andererseits wäre damit ein Anstieg der Lohnnebenkosten verbunden, eine Folge, die für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung in Deutschland schädlich wäre.

#### **3.2.4 Ernährungs- und agrarpolitischer Bericht 2003**

Im Ernährungs- und agrarpolitischen Bericht 2003 der Bundesregierung (BT-Drs. 15/405) wird auf die unverändert geltenden Grundsätze für das eigenständige Sicherungssystem bei erforderlichen Anpassungen und Reformen wie folgt hingewiesen: „Generationengerechtigkeit und Verlässlichkeit prägen auch das eigenständige agrarsoziale Sicherungssystem. Dieses Sicherungssystem, das auf die besonderen Verhältnisse der Landwirte als Unternehmer ausgerichtet ist, bedarf infolge des weiter fortschreitenden Strukturwandels auch zukünftig der solidarischen Mitfinanzierung durch Bundesmittel. Es wird ebenso wie alle sozialen Sicherungssysteme im Lichte geänderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen ständig auf seine Zielgerichtetheit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit hin überprüft und fortentwickelt.“

#### **3.2.5 Stellungnahme von BMVEL und BMGS, April 2003**

Dass sich die Konzeption einer eigenständigen LKV bewährt hat, stellen auch die beiden federführenden Ministerien, das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), in einer gemeinsamen Stellungnahme vom April 2003 zur Mitteilung des Bundesrechnungshofes (BRH) über die Prüfung und Verwendung von Bundeszuschüssen in der LKV (05.11.2002) ohne Einschränkung fest. Die Stellungnahme ist als Anlage beigelegt. Dabei weisen die Ministerien zur Stützung ihrer Aussage auf folgende Aspekte hin:

- Mit dem Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988 (GRG) wurde das Recht der GKV grundlegend umgestaltet und in das Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeordnet. Die vorstehend unter 2. in Erinnerung gerufenen Gründe für eine eigenständige LKV wurden hierbei bekräftigt, insbesondere durch die erneute Schaffung eines eigenständigen Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989), welches den bewährten Prinzipien des Gesetzes von 1972 folgte.
- Mit dem Agrarsozialreformgesetz 1995 (ASRG 1995) sollte das agrarsoziale Sicherungssystem gerechter ausgestaltet und finanziell stabilisiert werden. Die in diesem Gesetz enthaltenen Regelungen für die LKV untermauern deren Selbstständigkeit, indem der versicherte Personenkreis stärker gegenüber der AKV abgegrenzt wurde. Das System wurde auf die

Personen begrenzt, für die die Landwirtschaft den Mittelpunkt der beruflichen Tätigkeit darstellt. Außerdem wurde der Grundsatz der solidarischen Finanzierung durch engere Rahmenvorgaben für die Beitragsgestaltung gestärkt.

- Auch in der Folgezeit sei von politischen Entscheidungsträgern immer wieder bekräftigt worden, an dem eigenständigen agrarsozialen Sicherungssystem festhalten zu wollen. Beispielhaft wird in der Stellungnahme angeführt:
  - Die Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der CDU/CSU-Fraktion, BT-Drucks. 14/9461 vom 12.06.2002 - Antwort auf Frage 23). Siehe hierzu unter 3.2.3.
  - Die Ausführungen im Ernährungs- und agrarpolitischen Bericht 2003 der Bundesregierung (BT-Drucks. 15/405). Auf den Text vorstehend unter 3.2.4 wird hingewiesen.
- Letztlich zeige auch die Organisationsreform in der LSV positive Wirkungen. Selbstverwaltung und Verwaltung sei hierfür auch im politischen Raum Anerkennung ausgesprochen worden. Kontinuität und Verlässlichkeit geböten es daher, dieses System nicht mitten in dieser schwierigen Umsetzungsphase erneut in Frage zu stellen.

Die beiden Ministerien ziehen das Zwischenfazit: „Errichtung und Erhaltung eines eigenständigen agrarsozialen Sicherungssystems mit dem Bestandteil LKV entsprechen dem wiederholt geäußerten Willen der politischen Entscheidungsträger. Deshalb besteht für die Bundesressorts keine Veranlassung, dieses System aufzugeben.“

### **3.2.6 Schreiben des BMVEL, Dezember 2004**

In einer Resolution der Vertreterversammlung des BLK vom 25.11.2004 werden die im Haushaltsgesetz 2005 und im Haushaltsbegleitgesetz 2005 vorgesehenen Kürzungen im Bereich der LSV als „ungerecht und unsozial“ bezeichnet. In einem Schreiben vom 13.12.2004 begründet Herr MinDir Prof. Dr. Schlagheck, Abteilungsleiter im BMVEL, die Notwendigkeit der Bundesmittelkürzung ausdrücklich mit der Haushaltslage des Bundes und trifft weitergehend in bezug auf die LKV nachstehende Aussagen, verbunden mit Forderungen an die Adresse der Selbstverwaltung und Verwaltung, die den Versuch einer sachlichen Rechtfertigung der Bundesmittelkürzungen darstellen. Die Aussagen sind so allgemein formuliert, dass ihnen auch über das HBeglG 2005 hinaus Bedeutung zukommen könnte. Deshalb wird relativ ausführlich darauf eingegangen und die einzelnen Aussagen sind jeweils mit Anmerkungen des Verfassers versehen. Ergänzend wird auf die unter 4. ausführlich behandelten Auswirkungen des HBeglG 2005 verwiesen.

- Der Solidarbeitrag der aktiven Landwirte für die Altenteiler sei angemessen zu erhöhen. Im Vergleich mit der Belastung der aktiven Mitglieder in der AKV sei diese Mehrbelastung allerdings sozialpolitisch vertretbar.

Anmerkung:

Zunächst wird anerkannt, dass die aktiven Landwirte bereits heute über die Verwaltungskosten einen Solidarbeitrag zur Krankenversicherung der Altenteiler aufbringen. Die Bezeichnung „angemessene Erhöhung“ ist allerdings irreführend, weil es sich bei der Beteiligung an den Leistungsaufwendungen für Altenteiler um einen Paradigmenwechsel handelt.

- Die Mehrbelastung werde durch Einsparungen infolge des GMG abgedeckt.

Anmerkung:

Harte Zahlen, die diese Aussage belegen, fehlen zurzeit noch. Festzustellen ist allerdings, dass die prognostizierten Einsparpotenziale bei weitem nicht erreicht werden können. Zu den Einsparpotenzialen werden regelmäßig auch die Einsparungen beim Krankengeld und Zahnersatz hinzugerechnet. Diese „Einsparungen“ wirken sich indessen, wie bereits mehrfach nachgewiesen, im Bereich der LKV nicht aus. Durch die Verlagerung der Kosten für die vorbezeichneten Maßnahmen auf die Versicherten werden die Arbeitgeber, aber nicht die Versicherten entlastet. Im Bereich der LKV zahlen die Unternehmer für sich selbst, sie sind die Versicherten, sodass sie auch künftig die Aufwendungen für Zahnersatz und Krankengeld zu zahlen haben. Siehe ergänzend hierzu unter 4.3.1.

- Die Selbstverwaltungsorgane der LKKen sollen Spielräume nutzen, um durch eine Verringerung der Betriebsmittel unzumutbare Beitragsmehrbelastungen aufzufangen.

Anmerkung:

Nachdem seit Jahren seitens des BMVEL der Vorwurf erhoben wurde, die LKKen verfügten über zu hohe Betriebsmittel, sind diese in den vergangenen Jahren und besonders auch im Jahr 2004 bereits abgeschmolzen worden. Dieser Trend setzt sich im Jahr 2005 fort. Nur von wenigen LKKen können daher noch Betriebsmittel zur Abfederung der Beitragsmehrbelastung eingesetzt werden. Siehe ergänzend hierzu unter 4.3.2.

- Ein weiterer Beitrag zur Verringerung der Mehrbelastungen könnte darin bestehen, die im Vergleich mit anderen Kassenarten höheren Verwaltungskosten der LKKen soweit wie möglich und so zügig wie möglich abzubauen.

Anmerkung:

Siehe hierzu die Ausführungen unter 7.1.4

- Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass nicht alle Leistungsaufwendungen für Altenteiler, die die von ihnen aufgebrauchten Beitragseinnahmen überschreiten, eine durch den Bund zu tragende Folge des Strukturwandels in der Landwirtschaft sind.

Anmerkung:

Diese Aussage ist richtig. Dies galt aber auch bereits bei Einführung der LKV im Jahre 1972. Es war eine von allen politischen Parteien sowie den gesellschaftlich relevanten Gruppen, wie Gewerkschaften und Arbeitgeberorganisationen, gemeinsam getragene Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers, dass Leistungsaufwendungen für Altenteiler in voller Höhe vom Bund zu übernehmen sind. Ein Abweichen von dieser Grundsatzentscheidung sollte indessen nicht mit einer aktuellen Haushaltslage begründet werden. Die Verlässlichkeit politischer Grundsatzentscheidungen und das Vertrauen der Bürger in die Sozialgesetzgebung, auf die die Bundesregierung selbst in dem unter 3.2.4 zitierten Bericht hingewiesen hat, darf nicht von veränderbaren kurzfristigen Haushaltslagen abhängig sein. Notwendige Veränderungen, sofern solche erforderlich sind, sollten im Konsens mit den Betroffenen in der gebotenen Sorgfalt vorbereitet werden.

- Zur Lösung des Problems könnte nach Auffassung des BMVEL auch ein anderer Zuschnitt der Beitragsklassen beitragen. Die Belastung größerer und leistungsfähigerer landwirtschaftlicher Betriebe nehme in der LKV zwar absolut zu, sinke aber relativ.

Anmerkung:

Zur Frage, ob größere Betriebe leistungsfähiger sind, besteht keine einheitliche Auffassung. Seitens des Deutschen Bauernverbandes (DBV) und des Berufsstandes wird vielmehr argumentiert, dass die größeren Betriebe im Allgemeinen Vollerwerbsbetriebe sind, von denen zumindest eine Generation ihren Lebensunterhalt bestreiten muss. Die kleineren Betriebe, d.h. die Betriebe, die in den Beitragsklassen 1 bis etwa 10 eingeordnet sind, werden dagegen weit überwiegend im Nebenerwerb bewirtschaftet, sodass die Unternehmer dieser Betriebe über weitere Einnahmen verfügen, die indessen nach geltendem Recht nicht zur Beitragszahlung herangezogen werden. Die LKK Franken und Oberbayern hat diesem Gedanken bereits Rechnung getragen und durch entsprechende Satzungsänderungen in die Praxis umgesetzt (siehe hierzu unter 4.4). Weiterhin dürfte zumindest bei den LKKen in den alten Bundesländern eine Mehrbelastung größerer Betriebe nur zu einer marginalen Entlastung kleinerer Betriebe füh-

ren, weil eine Mehrbelastung der größeren Betriebe im Hinblick auf deren geringen Zahl sich kaum auf das Beitragsaufkommen der kleineren Betriebe auswirken dürfte. Dessen ungeachtet prüfen die LKKe und der Verband zurzeit, ob durch einen andersartigen Zuschnitt der Beitragsklassen und durch eine modifizierte Eingruppierung der Betriebe mehr Beitragsgerechtigkeit herbeigeführt werden kann. Das Ergebnis der Prüfung bleibt abzuwarten.

Unabhängig von den vorstehenden Aktivitäten lässt sich jedoch feststellen, dass durch eine andere Verteilung des Beitragsaufkommens innerhalb der LKV nicht mehr Geld in das System fließt. Die zusätzliche Belastung durch das Haushaltsbegleitgesetz in den nächsten Jahren bleibt in jedem Fall bestehen.

### **3.2.7 Ministerin Künast, April 2005**

Die Bundesministerin für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, Frau Renate Künast, hat in einem Interview in der Versichertenzeitschrift der landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger „Sicher Leben“ 2/2005 u.a. klargestellt, dass es ihrer Meinung nach bei einem eigenständigen agrarsozialen Sicherungssystem bleiben sollte. Die Ministerin wörtlich: „Die Bundesregierung tritt wegen der besonderen Sicherungsbedürfnisse landwirtschaftlicher Unternehmer und ihrer Familienangehörigen nach wie vor dafür ein, das eigenständige agrarsoziale Sicherungssystem beizubehalten. Eine Auflösung des Sondersystems und eine Integration der Versicherten in die allgemeine Sozialversicherung würde einerseits eine Lastenverschiebung bedeuten: Die finanziellen Folgen des Strukturwandels in der Landwirtschaft würden von der Solidargemeinschaft der Steuerzahler (als Nutznießer dieses Wandels) auf die Solidargemeinschaft der Sozialversicherung verlagert. Das eigenständige agrarsoziale Sicherungssystem muss weiterentwickelt werden.“ Die Ministerin weist aber auch darauf hin, dass die Belastungsunterschiede für identische Betriebe mit Beiträgen zur Kranken- und Unfallversicherung zwischen den einzelnen Träger der LSV erheblich seien und dass sie bei den LKKe das Solidaritätsprinzip für nur unvollkommen verwirklicht halte. Angesichts des finanziellen Engagements der Allgemeinheit müsse das agrarsoziale Sicherungssystem auch alle Möglichkeiten einer innerlandwirtschaftlichen Solidarität ausschöpfen.

### **3.3 Aus Sicht des Bundesrechnungshofs, der Politik und der Wissenschaft**

Die nachstehenden Zitate beschränken sich auf aktuelle Meinungsäußerungen von Personen und Institutionen, die sich seit Jahren mit der LSV beschäftigen und die auch aktiv den Dialog mit Repräsentanten der LSV suchen. Es wird

dabei nur auf jene Aussagen eingegangen, die sich speziell mit der LKV befassen.

### **3.3.1 Bundesrechnungshof, November 2002**

Der Bundesrechnungshof (BRH) hat in einer „Mitteilung“ an das BMVEL über die Prüfung der Verwendung von Bundeszuschüssen in der LKV geprüft, auf welche Art und Weise und in welchem Umfang die Bundeszuschüsse für die Leistungsaufwendungen der Altenteiler in der LKV eingespart werden können. In dem Bericht vom 05.11.2002 schlägt der BRH im Wesentlichen vor:

- Das nur für Landwirte bestehende Sondersystem der LKV zu öffnen und den versicherten Personenkreis der LKV auf alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten der GKV auszudehnen. Damit stünden die LKVen auch für Berufs- und Personengruppen außerhalb der Landwirtschaft offen.
- Der Personenkreis der landwirtschaftlichen Unternehmer bleibt innerhalb der GKV pflichtversichert.
- Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden auf der Grundlage der Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit erhoben.
- Zur Sicherstellung einer vorausschauenden Finanzplanung der Krankenkassen ist die Einführung eines Mindestbeitrags für LKV Versicherte erforderlich. Den heutigen Mitgliedern sollte ein Kassenwechsel entsprechend den Kündigungsfristen der GKV grundsätzlich erst nach Ablauf von 18 Monaten eingeräumt werden.
- Durch die Öffnung der LKVen entstünden den Mitgliedern der GKV keine spürbaren Beitragsbelastungen.
- Der Bund übernimmt - wenn auch zeitlich befristet - weiterhin die nicht durch Beiträge gedeckten Leistungsausgaben für den zum Zeitpunkt der Umsetzung vorhandenen Altenteilerbestand.

Aktuell diskutiert wird zurzeit weiterhin die Frage der Einbeziehung der LKV in den RSA einerseits und die Erhebung von Beiträgen auf der Basis des Einkommens andererseits. Auf beide Aspekte wird daher später noch eingegangen werden.

Die Ministerien BMVEL und BMGS haben sich in der unter 3.2.5 zitierten gemeinsamen Stellungnahme vom April 2003 mit den Vorschlägen des BRH auseinandergesetzt und sie allesamt abgelehnt.

### **3.3.2 Bundestagsabgeordnete Waltraud Wolff (SPD), Mai 2004**

In einem Papier der SPD-Bundestagsabgeordneten Wolff vom 07.05.2004 ist nachzulesen, dass es sich beim Agrarsektor um einen schrumpfenden Sektor handele und dass dieses eigenständige soziale Sicherungssystem nicht - wie zum Beispiel bei der Seekasse oder den Knappschaften - durch eine finanzkräftige Gemeinschaft gestützt werde.

#### Anmerkung:

Dies ist zumindest missverständlich formuliert, es sei denn, der Bund wollte sich der übernommenen Verantwortung entledigen. Die starke Versicherten-gemeinschaft, die hinter der Bundesknappschaft und der Seekasse steht, ist die gesamte AKV, die die beiden genannten Sondersysteme über den RSA finanziell unterstützt. Die gleichen Gründe, die zu dem Sondersystem LKV geführt haben, schließen eine Teilnahme der LKKen am RSA aus; § 266 Abs. 9 SGB V enthält deshalb im Grunde nur eine Klarstellung. An Stelle der AKV-Gemeinschaft unterstützt die LKKen der Bund. Auch angesichts der aktuellen Haushaltsprobleme, der Bund ist ebenfalls eine starke Gemeinschaft! Frau Wolff stellt weiterhin fest, dass die Organisationsreform der LSV nicht im erwarteten Maße zu spürbaren Einsparungen oder befriedigenden organisatorischen Erleichterungen geführt habe. Es sei unwahrscheinlich, dass das jetzige System, bestehend aus 9 Versicherungsträgern auch zukünftig seinen Aufgaben gewachsen sei. Durch die sich ändernden Rahmenbedingungen im gesamten sozialen Sicherungssystem stiegen die Anforderungen an die Träger weiter.

### **3.3.3 SPD-Arbeitsgruppe, Oktober 2004**

Die Arbeitsgruppe Agrarsoziale Sicherung der Kommission Verbraucher, Ernährung und Landwirtschaft beim Parteivorstand der SPD unter Leitung des ehemaligen Staatssekretärs Dr. Wille hat mit Datum vom 04.10.2004 ein Papier „Die landwirtschaftliche Sozialversicherung in Deutschland - Die soziale Sicherung der Menschen in der Landwirtschaft dauerhaft sicherstellen“ vorgelegt.

Die Kommission setzt sich zunächst mit den bisherigen Anpassungsschritten zur Stabilisierung des eigenständigen Systems der LSV auseinander und stellt sodann fest, dass im Hinblick auf die wachsende Last der Steuerzahler die Zukunftsfähigkeit des Sondersystems der LSV in Frage gestellt werde. Es seien folgende Entscheidungsalternativen abzuwägen:

- „Eine Modernisierungsstrategie, mit dem das System stabilisiert und damit erhalten werden kann, sodass die Beiträge für die Versicherten bezahlbar bleiben. Ziel dieser Strategie ist, die Bereiche AdL, LKV und LUV zu modernisieren und einen fairen und verlässlichen Ausgleich zwischen Beitragszahlern in der LSV und den Steuerzahlern herzustellen.“

- Eine Strategie der Integration in die allgemeinen Sozialversicherungssystem; in diese Strategie sind Überlegungen, die gegenwärtig zum grundlegenden Umbau des allgemeinen Systems der sozialen Sicherung angestellt werden, einzubeziehen. Die Eckpunkte einer Bürgerversicherung liegen vor. Es muss geprüft werden, inwieweit mittelfristig eine Integration möglich ist. Dadurch könnte die „Geschäftsgrundlage für das eigenständige System der LKV entfallen.“

Die Kommission spricht sich für folgendes Vorgehen aus:

- Die notwendigen Reformschritte im System an Bedingungen auszurichten, die mit denen im allgemeinen System vergleichbar sind;
- die Reformmöglichkeiten zunächst in den drei Bereichen der LSV getrennt auszuloten und
- zu prüfen, ob und in welcher Form eine Einbeziehung der Landwirtschaft in eine Bürgerversicherung möglich ist.

Strategisches Ziel der Arbeitsgruppe ist es, die Vorzüglichkeit der LKV gegenüber der AKV abzuschaffen und eine „Gleichbehandlung der Versicherten im landwirtschaftlichen Sondersystem mit den Versicherten im allgemeinen System“ herbeizuführen. Dabei seien folgende Maßstäbe anzulegen:

- Die Beiträge zur sozialen Sicherung der Landwirte sollten sich an der Beitrags-/Leistungsrelation in den allgemeinen gesetzlichen Sicherungssystemen orientieren.
- Innerhalb der Landwirtschaft bestehende (teilweise eklatante) Beitragsunterschiede sollten in Anwendung des Prinzips innerlandwirtschaftlicher Solidarität abgebaut werden.
- Die Verwaltungskosten sollten sich an der Entwicklung in der allgemeinen Sozialversicherung orientieren.

Für den Bereich der LKV wird ergänzend ausgeführt, dass die relative Vorzüglichkeit der LKV seit dem Gründungsjahr 1972 zugenommen habe, weil sich die Defizite für die Krankenversicherung der Rentner bzw. Altenteiler stetig vergrößert haben. Im Jahr 1973 seien lediglich ca. 10 % der Beiträge der aktiven Mitglieder der AKV zur Deckung eines Defizits der Krankenversicherung der Rentner eingesetzt worden, heute betrage dieser Anteil ca. 30 %. Mit einer Kürzung des Bundeszuschusses zur LKV sollten deshalb die bestehenden Unterschiede in der Finanzierungsstruktur zur AKV angenähert werden. Das HBegIG 2005 wird insoweit als richtiger Schritt angesehen.

Im Ergebnis schlägt die Arbeitsgruppe für eine Modernisierungsstrategie im Bereich der LKV als Grundlage die Einführung eines einheitlichen Beitrags-



maßstabs vor, der durch einen Finanzausgleich zwischen den Kassen zu begleiten ist. Hinweise, wie dies geschehen könnte, fehlen.

#### **3.3.4 Peter Mehl, 1999 bis 2004**

Dr. Peter Mehl, Institut für Betriebswirtschaft, Agrarstruktur und ländliche Räume der Bundesforschungsanstalt für Landwirtschaft (FAL) setzt sich seit Jahren mit dem agrarsozialen Sicherungssystem auseinander, zuletzt 2004 unter dem Titel „Eigenständiges agrarsoziales Sicherungssystem: Probleme und Perspektiven“. Er sieht in einer „Reformverweigerung“ der LSV und einer Fokussierung auf die Bundesmittel die eigentliche Bedrohung für das Sondersystem der agrarsozialen Sicherung. Er warnt aber zugleich vor Illusionen im Zusammenhang mit einer möglichen Überführung der LSV in die Allgemeinen Systeme. Eine Integrationslösung verspreche allein für den Bundesfinanzminister Vorteile. Im Ergebnis sieht er keine vernünftigen Alternativen zu dem Sondersystem der LSV. Er ist gegen einen grundsätzlichen Systemwechsel und kann auch in der Politik keine Unterstützung für einen solchen erkennen. Deshalb gibt es nach seiner Auffassung zu einer Weiterentwicklung im LSV-System keine realistische Alternative. Für die LKV fordert er insoweit eine Beteiligung der aktiven Landwirte an der Finanzierung der Defizite der Krankenversicherung der Altenteiler. Der Hinweis der Wille-Kommission (der Mehl angehört), dass die Beiträge der Aktiven der AKV nunmehr zu 30 % zur Finanzierung des Rentnerdefizits benötigt werden und dass dies auf die LKV zu übertragen sei, folgt der Argumentation von Mehl.

#### **3.4 Aus Sicht der Spitzenverbände der GKV, Januar 2003**

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben in einer gemeinsamen Stellungnahme vom 09.01.2003 dem Vorschlag des BRH, das berufsständische Sondersystem der LKV für alle GKV-Mitglieder zu öffnen und auf die bei den LKVen Versicherten die Regelungen über die Krankenkassenwahlrechte zu erstrecken, ebenfalls eine eindeutige Absage erteilt. Der Vorschlag des BRH wird als Versuch gewertet, die strukturwandelbedingten Lasten der LKV vom Bund auf die Gemeinschaft der GKV-Versicherten zu übertragen.

#### **3.5 Aus Sicht des Berufsstandes**

Eine einheitliche Auffassung des Berufsstandes ist zurzeit nicht erkennbar. Während die Mehrzahl der betroffenen Bauernverbände und wohl auch der DBV an dem bewährten Sondersystem der LSV festhalten wollen, spricht sich der Bayerische Bauernverband in einem Beschluss vom 21.03.2005 für eine leistungs- und beitragsrechtliche Integration der LKV in ein allgemeines Krankenversicherungssystem aus. Die Beiträge sollen auf der Grundlage des Gesamteinkommens erhoben werden; dieser Grundsatz soll auch für

die allgemeine KV gelten. Die Behandlung des Vorschlags des Bayerischen Bauernverbandes im Ausschuss „Sozialpolitik“ des DBV steht noch aus. Bei vorsichtiger Bewertung lässt sich feststellen, dass bei Vertretern des Berufsstandes keine einheitliche Meinung zum LSV-System besteht, die Mehrzahl jedoch an diesem System und damit auch an einer eigenständigen LKV festhalten möchte.

#### **4. Belastung der aktiv Versicherten durch das Haushaltsbegleitgesetz 2005 (HBeglG 2005)**

Das HBeglG 2005 statuiert zumindest für die nächsten vier Jahre eine Beteiligung der Aktiven an den durch eigene Beitragszahlungen nicht gedeckten Leistungsaufwendungen der Altenteiler. Das Gesetz will ausdrücklich keine dauerhaften Regelungen im Sinne der Forderung von z.B. Mehl konstituieren, sondern für einen begrenzten Zeitraum den Bundeshaushalt entlasten. Das ergibt sich bereits aus der (missglückten) Bezeichnung des Gesetzes. Ob und ggf. in welchem Umfang sich die aktiv Versicherten an den Altenteileraufwendungen in Zukunft auf Dauer beteiligen, sollte deshalb damit nicht präjudiziert sein. Andererseits werden die Auswirkungen einer möglichen Mitfinanzierung des Altenteilerdefizits durch die Landwirte erkennbar und sind damit leichter einer Bewertung zugänglich.

##### **4.1 Inhalt von Art. 3 des HBeglG 2005**

Nach Art. 3 des HBeglG 2005 soll u.a. die Defizithaftung durch den Bund bei den Leistungsaufwendungen für die Altenteiler in der LKV reduziert werden. Danach werden in den Jahren 2005 bis 2008 die aktiv Versicherten der LKVen an den Leistungsaufwendungen für Altenteiler mit 82, 84, 87 und 91 Mio. Euro im Jahr beteiligt. Das sind insgesamt 344 Mio. Euro.

Nach dem Gesetz handelt es sich um eine zeitlich begrenzte Mitfinanzierung der Leistungsaufwendungen. Dies ergibt sich neben dem Wortlaut von Art. 3 § 66 Abs. 1 KVLG 1989 auch aus der Begründung des Gesetzes. Es wird daher im Gegensatz zu dem Vorhaben des HBeglG 2004 (Art. 11 HBeglG 2004) vermieden, die Grundvorschrift des § 37 Abs. 2 KVLG 1989 zu ändern und damit dauerhaft in die Finanzierungsregelungen der LKV einzugreifen. Noch weniger als bei dem Gesetzesvorhaben im Jahr 2004 geht es beim HBeglG 2005 um eine Weiterentwicklung der LKV.

Die Höhe des „Solidarbeitrags“ der aktiven Landwirte orientiert sich an den im Rahmen des HBeglG 2004 errechneten Größenordnungen, die sich ergeben hätten, wenn der Bund nur noch 93 % der Leistungsaufwendungen für Altenteiler getragen hätte. Die die Bundesregierung tragenden Parteien konterkarieren folglich das Ergebnis der Beratungen im Vermittlungsausschuss zum HBeglG 2004. Die Belastung der Landwirte war zurückgenommen wor-

den, weil sie am Votum des Bundesrates gescheitert wäre. (Am Rande sei angemerkt, dass sich an diesem Beispiel auch die „Feinheiten“ unseres demokratischen Gesetzgebungsverfahrens ablesen lassen. Aus einem zustimmungspflichtigen Gesetz wird ein zustimmungsfreies gemacht und damit kann es mit „Kanzlermehrheit“ auch gegen den Willen des Bundesrates beschlossen werden.)

Die Mittel zur Finanzierung des Solidarbeitrags werden im Umlageverfahren aufgebracht. Der BLK erhebt bei den LKKen eine Umlage nach den Anteilen der Beitragseinnahmen der Kontenklasse 2 einer jeden LKK an der Summe der Beitragseinnahmen aller LKKen im jeweiligen Vorjahr. Durch den gesetzlich vorgegebenen Verteilungsmodus werden diejenigen LKKen mit einem hohen Rentneranteil bzw. Rentnern mit hohen Beiträgen (wie bei der KK für den Gartenbau) höherbelastet als LKKen mit geringem Altenteileranteil. Die Aussage in der Begründung zu dem Gesetzentwurf, wonach die Leistungsfähigkeit einer LKK in der Höhe und in dem Anteil ihrer Beitragseinnahmen an der Summe aller Beitragseinnahmen der LKKen ihren Ausdruck finde, ist daher nicht haltbar. Ebenso wenig werden regionale Unterschiede in der Belastung durch die Absenkung der Bundesmittel vermieden.

#### **4.2 Anteil der LKKen an dem Solidarbeitrag, Auswirkungen auf den Beitrag**

Nach Berechnungen des BLK auf Grundlage der vorläufigen Ergebnisse der Quartalsstatistik KV 45 zum 31.12.2004 erzielten die LKKen zusammen 906.916.402 Euro Beitragseinnahmen im Jahr 2004. Auf die Mitglieder ohne Altenteiler entfielen davon 664.648.401 Euro. Sind von ihnen zusätzlich 82 Mio. aufzubringen, betrüge die durchschnittliche Beitragssteigerung bei landwirtschaftlichen Unternehmern und freiwillig Versicherten durchschnittlich 12,88 % im Jahr 2005, wenn der Betrag von 82 Mio. Euro allein durch höhere Beiträge aufgebracht und auf aktive Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte gleichmäßig verteilt würde (siehe hierzu unter 8.1.5). Die Spanne reicht von 10,15 % bei der LKK Mittel- und Ostdeutschland (MOD) und 14,88 % bei der LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (HRS). Blieben die freiwillig Versicherten unberücksichtigt, betrüge die Spanne 9,64 % bei der LKK MOD und 16,00 % bei der LKK HRS. Die LKKen haben zwischen ca. 3,3 und 13,5 Mio. Euro zu übernehmen. Der Anteil der LKKen ist der nachstehenden Übersicht zu entnehmen.

<b>L K K</b>	<b>Mitglieder</b>	<b>Altenteiler</b>	<b>Mitglieder und Altenteiler</b>	<b>Anteil an Einnah- men</b>	<b>Anteil an 82.000.000 €</b>
	1	2	3	4	5
LKK Schl. Holst. u. Hamburg	36.139.486	16.290.734	52.430.220	5,78 %	4.740.545,03
LKK Niedersachsen-Bremen	101.669.775	43.904.026	145.573.801	16,05 %	13.162.240,37
LKK Nordrhein-Westfalen	84.743.504	31.896.210	116.639.714	12,86 %	10.546.128,10
LKK Hessen, Rheinl.-Pfalz u. Saarland	72.657.314	36.251.572	108.908.886	12,01 %	9.847.135,45
LKK Franken und Oberbayern	111.687.956	37.777.834	149.465.790	16,48 %	13.514.139,51
LKK Niederbayern/Oberpfalz u. Schwaben	91.518.807	31.355.608	122.874.415	13,55 %	11.109.846,52
LKK Baden-Württemberg	72.111.189	29.943.101	102.054.290	11,25 %	9.227.368,43
KK Gartenbau	58.412.475	13.704.215	72.116.690	7,95 %	6.520.522,25
LKK Mittel- u. Ostdeutschland	35.707.895	1.144.701	36.852.596	4,06 %	3.332.074,34
insgesamt	<b>664.648.401</b>	<b>242.268.001</b>	<b>906.916.402</b>	100,00 %	<b>82.000.000,00</b>

### **4.3 Abfederung der Auswirkungen durch Einsparungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und den Einsatz von Betriebsmitteln**

Die Bundesregierung wollte die aktiven Beitragszahler der LKKen nicht mit Beitragssteigerungen von durchschnittlich 12,88 % (ansteigend) belasten. Sie ging vielmehr davon aus, die Belastungen ließen sich größtenteils durch Einsparungen als Folge des GMG und dem Einsatz von Betriebsmitteln „abfedern“ (zuletzt nachzulesen im Agrarbericht der Bundesregierung 2005 Teil C 4.2).

#### **4.3.1 Einsparungen durch das GMG**

Die durch das GMG erwarteten Einsparungen im Haushaltsjahr 2004 sind nicht eingetreten. Einige LKKen haben in Erwartung von Einsparungen, die das BMVEL mit 40 Mio. Euro bei den aktiv Versicherten angenommen hatte, die Beiträge gesenkt, nachdem das HBegIG 2004 vom Tisch war. Es fragt sich, wie weit Einsparungen im Jahr 2005 entlastend wirken können. Die vom BMVEL prognostizierten Einsparungen bei den aktiv Versicherten im Jahr

2005 in Höhe von 75 Mio. Euro werden nicht annähernd erreicht werden; soviel scheint festzustehen. Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen der KV 45 nach Abschluss des 4. Quartals 2004 sind nur ca. 6,8 Mio. Euro Einsparungen im Jahr 2004 gegenüber dem Jahr 2003 (25,95 Euro pro Mitglied) realisiert, die auf die Auswirkungen des GMG zurückgeführt werden können. Die übrigen Minderausgaben ergeben sich durch den Rückgang der Mitgliederzahlen. Für das Jahr 2004 waren ca. 40 Mio. Euro Einsparungen durch das GMG bei den aktiv Versicherten vom BMVEL errechnet. Genaue Prognosen, wie hoch die Einsparungen durch das GMG im Jahr 2005 und in den folgenden Jahren bei den aktiv Versicherten der LKKe sein werden, lassen sich mangels valider Zahlen zurzeit nicht treffen. Den Einsparungen durch das GMG sind darüber hinaus die allgemeinen Kostensteigerungen gegen zu rechnen. Angefügt sei an dieser Stelle allerdings, dass die Einsparungen bei den Altenteilern, die unmittelbar dem Bund zugute kommen, mit ca. 81,13 Mio. Euro beachtlich sind (231,12 Euro pro Altenteiler). Berechnung der Einsparungen:

Einsparungen durch GMG							
Bundesergebnis = Bundesergebnis							
Bundesgebiet = Bund							
Kontenklasse = Leistungsausgaben (KK 4 / 5)							
Quartal	Versicherte	Volumen	je Mitglied	Volumen (Abw. zum Basiszeitpunkt absolut)	Volumen (Abw. zum Basiszeit- punkt in v.H.)	je Mitglied (Abw. zum Basiszeit- punkt absolut)	je Mitglied (Abw. zum Basiszeit- punkt in v.H.)
4. Quartal 2003	Aktive	588.327.248,00	<b>2.199,31</b>				
4. Quartal 2003	Altenteiler	1.440.692.726,00	4.142,49				
4. Quartal 2003	Insgesamt	2.029.019.974,00	3.297,67				
4. Quartal 2004	Aktive	565.904.040,00	<b>2.173,36</b>	<b>-22.423.208,00</b>	-3,81	<b>-25,95</b>	-1,18
4. Quartal 2004	Altenteiler	1.372.901.846,00	3.911,37	-67.790.880,00	-4,71	<b>-231,12</b>	-5,58
4. Quartal 2004	Insgesamt	1.938.805.886,00	3.171,17	-90.214.088,00	-4,45	-126,50	-3,84
Mitglieder im Jahresdurchschnitt			Mitgliederveränderung				
	2003	2004					
Aktive	267.505	260.382	-7.123	-2,66 %			
Altenteiler	347.784	351.003	3.219	0,93 %			
Insgesamt	617.292	613.389	-3.903	-0,63 %			
<b>Einsparungen durch GMG in 2004 bereinigt um Mitgliederrückgang</b>							
Aktive 260.382 X 25,95 € =		<b>-6.756.912,90</b>	Rückgang je Mitglied X durchschnittliche Mitgliederzahl				
Altenteiler 351.003 X 231,12 € =		-81.123.813,36					

LKV-System

#### **4.3.2 Einsatz von Betriebsmitteln**

Mehrfach wird u.a. in der Begründung zu dem Gesetzentwurf (siehe auch vorstehend unter 3.2.6) darauf hingewiesen, dass durch Verringerung des Betriebsmittelbestandes für die Selbstverwaltungsorgane der LKKen Spielräume bestünden, unzumutbare Beitragsmehrbelastungen zu vermeiden. Soweit Betriebsmittel über der als Reserve benötigten Höhe vorhanden sind, werden sie im Jahr 2005 und den folgenden Jahren beitragsenkend eingesetzt. Der Bestand an Betriebsmitteln aller LKKen ist indessen stark rückläufig. Er betrug zum 31.12.2003 nach den Rechnungsergebnissen insgesamt ca. 224 Mio. Euro (verfügbar: ca. 167 Mio. Euro) gegenüber ca. 281 Mio. Euro Ende 2002 (verfügbar: knapp 270 Mio. Euro), obwohl der Bestand durch Zuführungen aus der Rücklage in 2003 zuvor aufgefüllt worden war. Auch die Rücklagen wurden nämlich durch die Satzungen der LKKen auf das Einfache einer Monatsausgabe (ohne Leistungsaufwendungen für Altenteiler) reduziert. Die Betriebsmittel wurden im Jahr 2004, den Forderungen der Politik und des federführenden Ministeriums entsprechend, weiter abgebaut. Einige LKKen haben im Jahr 2004 zum Abbau von Betriebsmitteln die Beiträge massiv gesenkt, wohl wissend, dass sie bereits ein Jahr später wieder angehoben werden müssen. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass in den Betriebsmitteln auch die Außenstände der LKKen enthalten sind, die trotz ständiger Einzugsbemühungen nicht realisiert werden können. Die Summe der Außenstände ist als Folge der wirtschaftlichen Lage dramatisch angewachsen. Ende April 2005 waren daher nur ca. 104 Mio. Euro an Betriebsmitteln verfügbar. Diese Summe unterschreitet erstmalig die satzungsmäßig festgelegte Reserve von ca. 120 Mio. Euro. Die meisten LKKen können daher keine Betriebsmittel zur Stützung der Beiträge einsetzen, wie aus den nachstehenden Beschlüssen (unter 4.4) deutlich wird.

#### **4.4 Auswirkungen auf die Beitragsfestsetzung der einzelnen LKKen**

Die Millionenbeträge, die von den LKKen jeweils aufgebracht werden müssen, sind aus der Übersicht vorstehend unter 4.2 ersichtlich. Unter Ausnutzung der Möglichkeit eines Einsatzes von Betriebsmitteln und unter Berücksichtigung der Beitragsgestaltung im Jahr 2004 haben die LKKen für das Jahr 2005, zum Teil weitergehend auch für das nächste oder übernächste Jahr folgende Beitragsveränderungen beschlossen:

##### *LKK Schleswig-Holstein und Hamburg*

Im letzten Jahr wurden die Beiträge linear um 9,95 % gesenkt.

Ab 01.01.2005 sind sie auf der Basis des abgesenkten Beitrags um 16,5 % erhöht worden.

##### *LKK Niedersachsen-Bremen*

Die Beiträge wurden im Jahr 2004 um 9,95 % gesenkt.

Im Jahr 2005 ist keine Beitragserhöhung vorgesehen.

Ab 01.01.2006 wird die Erhöhung voraussichtlich linear 20 % betragen.

*LKK Nordrhein-Westfalen*

Ab 01.07.2005 wird der Beitrag linear um 10 bis 14 % erhöht werden. Die LKK erhofft damit Beitragsstabilität bis Ende des Jahres 2006.

*LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland*

Lineare Erhöhung um 7% ab 15.04.2005. Daneben ist ein Grundbeitrag von 25 Euro monatlich einheitlich für alle Beitragsklassen festgelegt. Durch diese Ausgestaltung steigen die Beiträge in den unteren Beitragsklassen prozentual stärker als in den oberen.

*LKK Franken und Oberbayern*

Die Umlage des Solidarbeitrags würde bei jedem Versicherten einen Festbetrag von 34,80 Euro im Monat betragen. Die Vertreterversammlung hat ein neues Beitragssystem in der Weise festgesetzt, dass der Flächenbeitrag unterschiedlich in den einzelnen Beitragsklassen abgesenkt wurde und ein einheitlicher Grundbeitrag in Höhe von 20,70 Euro erhoben wird. Zusätzlich wird als weiterer Festbetrag von jedem Versicherten 34,80 Euro auf Grund der Sonderumlage nach dem HBegIG 2005 eingezogen. Der kumulierte Grundbeitrag beträgt folglich 55,50 Euro monatlich. Durch dieses System ergeben sich sehr unterschiedliche Beitragssteigerungen in den einzelnen Beitragsklassen, wobei die unteren Beitragsklassen deutlich mehr als die oberen Beitragsklassen belastet werden.

*LKK Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben*

Der Beitrag wurde zum 01.07.2004 linear um 10 % gesenkt. Er müsste im Jahr 2005 linear um 17 % angehoben werden. Der Beschluss sieht vor, den Beitrag ab 01.02.2005 linear um 8,5 % anzuheben und die weiteren 8,5 % in Form einer Pauschale von einheitlich 18,50 Euro monatlich pro Beitragspflichtigen einzuziehen.

*LKK Baden-Württemberg*

Im Jahr 2004 wurden die Beiträge linear um 15 % gesenkt. Diese Absenkung war aber von vornherein zeitlich begrenzt und diente lediglich dem Abbau von Betriebsmitteln. Diese Absenkung wurde ab Januar 2005 wieder rückgängig gemacht. Zur Finanzierung des Solidarbeitrags ist eine lineare Erhöhung des Beitrags um weitere 15 % ab Mai 2005 erforderlich. Allerdings wurde die Zusatzbelastung auf maximal 40 Euro monatlich begrenzt, sodass sich die prozentuale Erhöhung in den 20 Beitragsklassen unterschiedlich auswirkt.



*KK für den Gartenbau*

Im letzten Jahr konnten die Beiträge im Rahmen von 10 bis 15 % gesenkt werden. Dessen ungeachtet ist voraussichtlich in den nächsten drei bis vier Jahren keine Beitragserhöhung erforderlich.

*LKK Mittel- und Ostdeutschland*

Im Jahr 2005 können die Beiträge stabil gehalten werden. Ab dem 01.01.2006 ist eine lineare Erhöhung von ca. 10 % erforderlich.

## **5. Auswirkungen der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems auf die LKV**

### **5.1 Weiterentwicklung des GKV-Systems**

Alle politisch und gesellschaftlich relevanten Kräfte beteiligen sich zurzeit an der Diskussion um eine Weiterentwicklung der GKV, wobei vor allen Dingen die Nachhaltigkeit der Finanzierung durch Ausweitung des versicherten Personenkreises sowie eine Qualitätssteigerung der Leistungen im Vordergrund steht. Auch die Vertragsfreiheit und der Wettbewerb sollen gestärkt werden.

Auf alle Modelle, insbesondere die verschiedenen Ausprägungen der Grundmodelle „Bürgerversicherung“ und „Prämienmodell“ kann und muss hier nicht eingegangen werden. Wagner (Prof. Dr. Gert G. Wagner, SdL 4/2004, S. 461) z.B. spricht sich für eine Bürgerversicherung mit Kopfbeiträgen aus. Anders als bei dem CDU/CSU Modell soll im Sinne eines Wettbewerbs jede „Krankenversicherung“ den Kopfbeitrag individuell festlegen. Die Untersuchung beschränkt sich daher auf das Bürgerversicherungsmodell der SPD einerseits und das Prämienmodell von CDU/CSU andererseits.

Bei einer Einbeziehung des Sondersystems LKV in eine Bürgerversicherung nach dem SPD-Modell oder in ein Prämienmodell nach Vorstellungen von CDU/CSU könnten sich weitere Überlegungen zur Fortentwicklung des Sondersystems LKV erübrigen, wenn das Sondersystem damit seine Berechtigung verlieren würde. In diese Richtung denkt u.a. die SPD-Arbeitsgruppe in ihrer als Integrationsmodell bezeichneten Alternative zu der Weiterentwicklung der LKV (siehe vorn unter 3.3.4). Möller (Burkhard Möller, Sozialreferent des DBV, SdL 4/2004, S. 465) will zudem erkannt haben, dass es eine zunehmende Zahl von Landwirten als Nachteil ansehen, nicht wie andere Pflichtversicherte ihre Krankenkasse frei wählen zu können. Nachstehend soll daher zunächst überprüft werden, ob und nach welchen Maßgaben eine Einbeziehung der LKV in die beiden vorgenannten Modelle unter Berücksichtigung des derzeitigen Kenntnisstandes (wie die Modelle aussehen könnten) sinnvoll wäre.

## **5.2 Einbeziehung der LKV-Versicherten in eine Bürgerversicherung**

### **5.2.1 Grundzüge des SPD-Modells**

Der Bundesparteitag der SPD hat im November 2003 in Bochum einen Grundsatzbeschluss gefasst, das KV-System stufenweise in eine Bürgerversicherung umzuwandeln. Der SPD-Parteivorstand hat dem gemäß im August 2004 Eckpunkte für eine Bürgerversicherung verabschiedet. Nach Auffassung des „Chefberaters“ von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, Karl W. Lauterbach, würden damit die größten Probleme im deutschen Gesundheitswesen überwunden.

Die Beiträge werden nicht nur auf Lohn und Gehalt aus nichtselbstständiger Arbeit, aus Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieben und selbstständiger Arbeit erhoben, sondern auch aus Kapitaleinkünften. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung bleiben nach dem Modell der SPD außen vor (Lauterbach und andere empfehlen die Einbeziehung). Es soll verhindert werden, dass die Einnahmen der Krankenversicherung weiter unterproportional wachsen, wie es bei der Lohnabhängigkeit der Sozialversicherungsbeiträge der Fall ist. Der Beitragssatz zur GKV soll damit deutlich auf zunächst einheitlich ca. 12,3 % abgesenkt werden.

Einer wachsenden Entsolidarisierung wird entgegen gewirkt, indem die Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Versicherung aufgehoben wird. Die private Krankenversicherung müsste sich im Wettbewerb mit der GKV behaupten (nach anderer Auffassung soll die PKV abgeschafft werden). Damit soll erreicht werden, dass gute und schlechte Risiken sowie Gut- und Geringverdiener gemischt werden und Solidarität nicht länger nur unter Schwachen und ganz Schwachen herrscht. Dies bedeutet, dem Namen der Versicherung als Bürgerversicherung entsprechend, dass auch Selbstständige, Beamte und höher verdienende Angestellte in die Pflichtversicherung einbezogen werden.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) und Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) sollen der Vergangenheit angehören. Stattdessen sollte eine Liste mit fixen Preisen für ärztliche Leistungen eingeführt werden. Damit soll erreicht werden, dass die Behandlung für betuchtere Patienten nicht lukrativer ist als die Behandlung von Patienten mit niedrigerem Einkommen. Auch die regionalen Versorgungsunterschiede sollen auf diese Weise gelöst werden. Eine sog. „Zwei-Klassen-Medizin“ gehöre damit der Vergangenheit an.

Bestehende Qualitätsdefizite sollen durch eine Preisliste mit Zuschlägen für besonders schwierige Eingriffe und hohe Qualitätsanforderungen gelöst werden. Damit soll ein Anreiz für eine bessere Qualität geschaffen werden.

### **5.2.2 Anmerkungen zu dem Modell der Bürgerversicherung**

So einleuchtend und einfach das Modell der Bürgerversicherung auf den ersten Blick aussieht, wirft es doch eine Reihe von Fragen auf.

#### *5.2.2.1 Verfassungsrechtliche Probleme*

Zunächst wird die Zulässigkeit des Zugriffs auf alle Einkommensbezieher bezweifelt (z.B. Prof. Dr. Ferdinand Kirchhoff, PKV Publik 9/2004 S. 100 ff.). Ein zusätzlicher Sicherungseffekt würde dadurch nämlich nicht entstehen, weil auch zurzeit bereits ca. 99,8 % der Einwohner von einem Vorsorgesystem vor dem Krankheitsrisiko gesichert sind. Erreicht werde lediglich eine Verschiebung innerhalb des bestehenden Systems von privaten auf das gesetzliche Versicherungssystem. Die Überführung von bisher bereits abgesicherten Personen in eine Zwangsmitgliedschaft bei einem anderen Sicherungssystem wirft verfassungsrechtliche Fragen auf. Die Zwangsmitgliedschaft (in einer Sozialversicherung) ist ein Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG). Die Abführung des Zwangsbeitrags als zusätzliche Sonderlast könnte gegen Art. 3 Abs. 1 GG, den allgemeinen Gleichheitssatz, verstoßen. Ein Verstoß liegt dann nicht vor, wenn sich der Eingriff innerhalb der verfassungsmäßigen Ordnung hält. Fiskalische Motive, wie niedrigere Beitragssätze oder die Vermeidung von Bundeszuschüssen in der GKV können indessen keine Verstöße gegen die genannten Grundrechte legitimieren. Ein Zugriff durch Zwangsmitgliedschaft und -beitrag verlangt Sachgründe. Die Finanzierbarkeit der Sozialversicherung ist zwar ein hohes Gut, sie berechtigt aber nicht zum Zugriff auf neue Personenkreise, die keine soziale Schutzbedürftigkeit aufweisen.

Bedenken bestehen auch gegen eine Beitragsveranlagung auf der Grundlage des gesamten Einkommens. Der Sozialversicherungsbeitrag verliert dadurch den Charakter einer Risikoprämie mit sozialem Ausgleich. Er wird vielmehr - wie die Einkommenssteuer - nach der steuerlichen Leistungsfähigkeit des Beitragszahlers bemessen. Insoweit stellt sich die Frage nach dem Verhältnis zwischen Sozialversicherungsbeitrag und Steuer. Von dieser unterscheidet er sich lediglich durch die Gegenleistung der Risikoabdeckung, die der versicherte Bürger erhält. Es stellt sich indessen die Frage, ob es sinnvoll ist, zwei Abgaben auf identischer Bemessungsgrundlage im gesonderten Verfahren von unterschiedlichen Verwaltungsträgern (Finanzämter und Krankenkassen) zu erheben.

Die paritätische Finanzierung der KV-Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gerät im Rahmen der Bürgerversicherung ebenfalls unter Legitimationsdruck. Wird der Sozialversicherungsbeitrag vom Lohn gelöst, kann der Arbeitgeber hinsichtlich der anderen Einkommensanteile des Arbeitnehmers selbstverständlich nicht mehr belastet werden. Da aber weder die Bank in

ihrem Verhältnis zum versicherten Bankkunden noch der Vermieter in seinem Verhältnis zum Mieter als Beitragszahler herangezogen werden können, stellt sich die Frage, ob der Arbeitgeber seinerseits nicht dann darauf verweisen wird, ihn ebenfalls aus seiner paritätischen Mitfinanzierung zu entlassen.

#### *5.2.2.2 Unklare Begrifflichkeiten*

Im Modell der SPD wird der Begriff „Einkünfte“ aus Land- und Forstwirtschaft, aus nichtselbstständiger und selbstständiger Beschäftigung und aus Gewerbebetrieb verwendet. Diese Einkünfte werden in einer ersten Säule erfasst; in die zweite Säule gehören nur Einkünfte aus Kapitalvermögen und sonstige in § 22 EStG genannte Einkünfte.

Sofern der Begriff Einkünfte im steuerrechtlichen Sinn korrekt gebraucht wird, sind damit die „Einnahmen“, d.h. alle zufließenden Bruttobeträge abzüglich Werbungskosten und Betriebsausgaben gemeint. Der Begriff Einkünfte umfasst alle sieben steuerrelevanten Einkunftsarten, auch z.B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, obwohl letztere nach dem Konzept der SPD außen vor bleiben. Ob das so bleibt, erscheint zweifelhaft. Die Begründung liegt darin, dass Miet- und Pachteinnahmen im Saldo negativ seien. Damit will die SPD eine Finanzquelle ausgrenzen, die sich unergiebig zeigt. Damit könnte ein Verstoß gegen die eigenen Grundsätze vorliegen. Denn die finanzielle Leistungsfähigkeit einer Person, die nach dem Modell der Bürgerversicherung beitragsrelevant sein soll, richtet sich nach dem Gesamteinkommen. Dieses wird unter Saldierung der positiven und negativen Einkünfte festgestellt. Nach dem Ansatz der SPD würden nur die positiven Einkünfte belastet, ohne dass die negativen - wie in der Steuer Betriebsausgaben oder Werbungskosten - abgezogen werden könnten. Belastet würde damit über die tatsächliche Leistungsfähigkeit einer Person hinaus. Andere, die tatsächlich positive Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung erzielen - dies dürfte häufig gerade bei den Versicherten der LKKen sein -, werden geschont.

#### *5.2.2.3 Verstoß gegen das Solidaritäts- und das Äquivalenzprinzip*

Eine weitere wichtige Frage, ob, in welcher Höhe und ggf. wie viele Beitragsbemessungsgrenzen eingeführt werden sollen, ist nicht geklärt. Nach Auffassung der SPD soll die Beitragsbemessungsgrenze für das Arbeitsentgelt in bisheriger Höhe zwar unverändert bleiben, daneben soll jedoch für die Kapitaleinkünfte eine zweite Beitragsbemessungsgrenze eingeführt werden. Für beide Säulen gibt es getrennte Beitragsbemessungsgrenzen, allerdings in gleicher, an die bisherige Beitragsbemessungsgrenze angelehnter Höhe. Im Extremfall verdoppelt sich damit für einige Versicherte der Beitrag auf der Basis des derzeitigen Höchstbeitrags. Dies dürfte selbst bei weitest gehender Auslegung des Begriffs der Solidarität nicht zu rechtfertigen sein. Zumindest

das Äquivalenzprinzip wäre damit erheblich verletzt und ein solches Ergebnis dürfte einer verfassungsmäßigen Überprüfung nicht standhalten.

Kirchhoff, a.a.O. S. 103/104, meint sogar, der Begriff der Solidarität sei von einem Rechtsbegriff des sozialen Ausgleichs in einer Versichertengemeinschaft zu einem politischen Kampfbegriff verkommen, der ohne inhaltliche Substanz auf fremde Geldquellen zugreifen will. Zumindest dürfte in Fällen, in denen der Beitrag unter Berücksichtigung einer doppelten Belastungshöchstgrenze festgelegt wird, das Äquivalenzprinzip zwischen Leistung und Gegenleistung gestört sein.

#### *5.2.2.4 Anzahl der Krankenkassen*

Im Rahmen einer Bürgerversicherung stellt sich auch die Frage nach der erforderlichen Anzahl von Krankenkassen. Das Modell der Bürgerversicherung beschwört zwar selbst weiterhin den Wettbewerb, doch ist die Kassenvielfalt in der heutigen Ausprägung sicherlich nicht mehr erforderlich, weil das Hauptkriterium für eine Kassenwahl, der niedrige Beitrag, entfällt. Lauterbach sieht z.B. eine optimale Kassengröße von 1 bis 2 Mio. Versicherten als wünschenswert an. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt meint, 50 Krankenkassen seien genug.

#### *5.2.2.5 Weitere offene Fragen*

Das SPD-Modell lässt schließlich u.a. Aussagen darüber vermissen, ob und in welcher Weise der Risikostrukturausgleich künftig durchgeführt werden soll. Auch bei einem einheitlichen Beitragssatz aller Krankenkassen und einer deutlichen Reduzierung der Anzahl der Krankenkassen wird es im Hinblick auf die unterschiedliche Versichertenstruktur zu Unterschieden in der Höhe der Ausgaben pro Versicherten ebenso wie zu Unterschieden in der Höhe der Einnahmen pro Versicherten kommen.

#### **5.2.3 Auswirkungen auf die LKV**

Anknüpfend an das vorstehend Gesagte bliebe bei einer Reduzierung auf 50 bis 80 Krankenkassen rein rechnerisch allenfalls eine einzige LKK übrig. Sollte diese in den Wettbewerb einbezogen werden, bräuchte sie zwingend einen Beitragssatz. Eine Veranlagung der zurzeit in der LKV Versicherten müsste ohnehin wie bei allen anderen selbstständigen Unternehmern oder Rentnern nach dem Einkünften vorgenommen werden. Damit wäre eine Aufgabe des bisherigen Beitragsbemessungssystems verbunden. Auf die bekannten Probleme bei der Einkommensermittlung bei Landwirten wird später unter 8.2.3 eingegangen.

Denkbar wäre deshalb auch, die Beitragsermittlung für land- und forstwirtschaftliche Flächen in der bisherigen Weise beizubehalten und auch auf Nebenerwerbslandwirte auszudehnen, die konsequenterweise dann bei den LKKen

zu versichern wären. Für diesen Personenkreis gäbe es kein Kassenwahlrecht. Leistungsrechtliche Nachteile müssen insoweit ausgeschlossen werden.

Bei einer Einbeziehung der LKV in eine Bürgerversicherung stellt sich auch die Frage nach der weiteren Berechtigung der Übernahme von Leistungsaufwendungen der Altenteiler durch den Bund. Die Begründung hierfür ist, dass der Strukturwandel in der Landwirtschaft nicht nur den Pflichtversicherten der GKV aufgebürdet werden sollte, sondern über das Steueraufkommen der gesamten Bevölkerung (siehe vorstehend 2.4).

Sofern die gesamte Bevölkerung, d.h. auch die höherverdienenden Angestellten, Beamten und Selbstständige in die Bürgerversicherung einbezogen würden, wäre ein Finanzausgleich innerhalb des GKV-Systems unter Einbeziehung der LKVen sachgerecht; auf Bundesmittel könnte verzichtet werden. Die gesamte Bevölkerung wäre bei einer Pflichtversicherung für alle an der Finanzierung der Folgen des Strukturwandels beteiligt, zumal sich der KV-Beitrag für alle nach steuerlichen Kriterien bemessen würde. Einer Einbeziehung der LKVen in den Risikostrukturausgleich, den es auch bei einer Bürgerversicherung geben müsste, stünden dann keine ernsthaften Gründe mehr entgegen.

Die SPD-Arbeitsgruppe, die als eine Option einer Weiterentwicklung der LKV die Einbindung in die AKV prüfen will (siehe vorn unter 3.3.4), hat bisher auch nicht ansatzweise erkennen lassen, wie sie sich das vorstellt.

### **5.3 Einbeziehung der LKV-Versicherten in ein Prämienmodell**

#### **5.3.1 Gesundheitspolitische Leitsätze**

Im Gegensatz zu der Bürgerversicherung sieht das Prämienmodell von CDU/CSU keine Einbeziehung der derzeit nicht pflichtversicherten selbstständigen Unternehmer, höherverdienenden Angestellten oder Beamten vor. Es beschränkt sich folglich auf die zurzeit Pflichtversicherten.

Auf gesundheitspolitische Leitsätze, wie Spitzenmedizin für alle, unabhängig vom Einkommen und Alter, mehr Transparenz der Gesundheitskosten, mehr Wettbewerb zwischen den Kassen u.a. (ähnlich wie bei dem SPD-Modell) und vor allem weitgehende Abkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnkosten wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen. Entscheidend sind die finanziellen Auswirkungen auf die Versicherten.

#### **5.3.2 Grundzüge des CDU/CSU-Modells**

Zur Umsetzung der gesundheitspolitischen Leitsätze wollen CDU/CSU ein solidarisches Gesundheitsprämien-Modell einführen, bestehend aus einer persönlichen Gesundheitsprämie und einer Arbeitgeberprämie, die zusammen eine Gesamt-Gesundheitsprämie ergeben.

Die persönliche Gesundheitsprämie beträgt für jeden Erwachsenen, berechnet auf Basis der heutigen Ausgaben monatlich 109 Euro. Für Kinder, d.h. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, wird keine eigene Gesundheitsprämie erhoben. Für sie zahlt der Staat aus dem Steueraufkommen 78 Euro monatlich an die Krankenkassen. Die Gesamtaufwendungen werden pro Jahr auf etwa 16 Mrd. Euro geschätzt.

Die persönliche Gesundheitsprämie Erwachsener beträgt zwar einheitlich 109 Euro monatlich, maximal jedoch 7 % des Einkommens. Eine Überforderung Geringverdienender soll vermieden werden. Wer somit z.B. lediglich 1.000 Euro monatlich verdient, zahlt nur 70 Euro persönliche Gesundheitsprämie. Bei Ehepartnern ohne eigenes Haushaltseinkommen wird das gemeinsame Haushaltseinkommen zur Feststellung der Belastungsgrenze herangezogen.

Die Arbeitgeberprämie wird auf grundsätzlich 6,5 % des beitragspflichtigen Einkommens festgeschrieben. Sie bleibt damit fester Lohnbestandteil, wird aber von der künftigen Ausgabendynamik aus demographie- und medizinisch-technischem Fortschritt abgekoppelt.

Die Arbeitgeberanteile und die Beiträge der Versicherten fließen künftig in ein Sondervermögen. Aus diesem erhält jede Krankenkasse für jeden erwachsenen Versicherten 169 Euro als eine Gesamt-Gesundheitsprämie. Diesen einheitlichen Betrag erhält jede Kasse für jeden Versicherten unabhängig von dessen Einkommen, Alter, Gesundheit, Geschlecht oder Familienstand. Diese Prämie entspricht nach den Berechnungen von Experten der CDU/CSU den durchschnittlichen Ausgaben aller Kassen pro Versicherten ohne Ausgaben für Zahnersatz und Krankengeld.

Nach Auffassung von CDU/CSU ist damit in Zukunft ein Versicherter mit 1.000 Euro Monatseinkommen für die Versicherungen ein gleich guter Kunde wie ein Versicherter mit 3.500 Euro Monatseinkommen. Dies sei die Voraussetzung für mehr Wettbewerb der Versicherungen um die Versicherten. Darüber hinaus könne dadurch die aufwendige Bürokratie des Risikostrukturausgleichs für unterschiedliche Einkommensstrukturen bei den Versicherten entfallen.

### **5.3.3 Anmerkungen zu dem Prämienmodell von CDU/CSU**

#### **5.3.3.1 Hoher Verwaltungsaufwand**

Der Verwaltungsaufwand für den sozialen Ausgleich bei Personen, die wegen ihres geringen Einkommens die persönliche Gesundheitsprämie in Höhe von 109 Euro monatlich nicht aufbringen können, dürfte enorm sein. Die Einkommensgrenze liegt bei 1.557,14 Euro monatlich. Sie gilt auch für Rentner, Arbeitslose und bisher prämiensfrei mitversicherte Ehegatten. Sämtliche Einkünfte wären offen zu legen. Die zu erwartenden Fehlbeträge lassen sich aus der Arbeitgeberprämie nicht finanzieren. Das System wäre in hohem Maße auf Steuerzuschüsse angewiesen.

Neu ist gegenüber dem derzeitigen Rechtszustand eine Mischfinanzierung aus Beiträgen der Versicherten (persönliche Gesundheitsprämie), Arbeitgeberanteil (Arbeitgeberprämie) und Steueraufkommen. Letzteres nicht in Form einer Defizithaftung sondern begrenzt auf Aufwendungen für Kinder. Es bleibt abzuwarten, ob die Rechnung aufgeht.

#### *5.3.3.2 Berechnung der Gesundheitsprämie*

Das Papier von CDU/CSU erläutert nicht, wie die Gesamtprämie von 169 Euro monatlich, die von vielen Experten als nicht kostendeckend angesehen wird, ermittelt wurde. Zur besseren Transparenz deshalb diese Erläuterung: Nach den Rechnungsergebnissen des Jahres 2003 betrugen die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung ca. 142 Mrd. Euro. Ab Juli 2005 sind die Aufwendungen für Zahnersatz und Krankengeld nicht mehr in den Beiträgen enthalten. Zahnersatz und Krankengeld machen zusammen ca. 9 Mrd. Euro aus, sodass 133 Mrd. Euro übrig bleiben. In diesem Betrag sind auch die Aufwendungen für Kinder enthalten. Ausgehend davon, dass für Kinder monatlich 78 Euro aufzubringen sind, sind das bei 12 Mio. Kindern im Jahr 11,232 Mrd. Euro. Damit blieben 121,77 Mrd. Euro zu finanzieren. Bei ca. 60 Mio. pflichtversicherten Erwachsenen und 169 Euro Monatsprämie ergibt das einen Gesamtbetrag von jährlich ca. 121,7 Mrd. Euro, die Aufwendungen wären damit gedeckt.

Mit vorstehender Erläuterung soll allerdings nicht der Nachweis geführt werden, dass 169 Euro monatlich an Gesamtgesundheitsprämie und 78 Euro pro Kind monatlich kostendeckende Beiträge sind. Es sollte lediglich dargestellt werden, wie der Betrag von 169 Euro monatlich zu Stande gekommen ist. Die von Kritikern, aber auch Befürwortern des Prämienmodells häufig genannten höheren Beiträge sind auch nicht falsch, wenn man die von den Versicherten zu zahlenden Aufwendungen für Krankengeld und Zahnersatz (9 Mrd. Euro) hinzurechnet. Das sind 150 Euro im Jahr oder 12,50 Euro im Monat. Dieser Betrag wird von den Krankenkassen mit eingezogen, sodass für den Versicherten 181,50 Euro monatlich zu zahlen wären.

#### *5.3.3.3 RSA weiter erforderlich*

Nicht plausibel erscheint auch die Aussage in dem CDU/CSU-Papier, dass künftig auf einen Risikostrukturausgleich verzichtet werden kann. Richtig ist zwar, dass für jeden erwachsenen Versicherten und jedes Kind grundsätzlich der gleiche Betrag zur Verfügung steht. Es wird aber auch in Zukunft mit Sicherheit bei den einzelnen Krankenkassen zu unterschiedlichen Altersstrukturen und damit auch Krankheitsanfälligkeiten und Krankheitshäufigkeit kommen. Eine Krankenkasse mit vielen Alten, multimorbiden Versicherten wird mit 169 Euro pro Kopf nicht auskommen, während eine andere Kasse mit einem relativ



jungen Versichertenstamm Geld übrig behalten wird. Wie dieses Problem zu lösen ist, darüber schweigt sich das CDU/CSU-Papier aus.

#### **5.3.4 Auswirkungen auf die Beiträge der LKV-Versicherten bei Einbeziehung in das Prämienmodell**

Überträgt man das CDU/CSU-Modell 1 : 1 auf die LKV, ergibt sich folgende Rechnung:

Landwirtschaftliche Unternehmer haben im Jahr 2003 durchschnittlich 239,82 Euro monatlich für sich und die mitversicherten Familienangehörigen bezahlt. Künftig wären bei Gleichbehandlung mit Versicherten der AKV für sie selbst 169 Euro monatlich, für die mitarbeitenden Familienangehörigen 169 Euro monatlich und für die bisher beitragsfrei mitversicherten erwachsenen Familienangehörigen ebenfalls 169 Euro monatlich zu zahlen. Das wären im Jahr 2003 knapp 798 Mio. Euro gewesen gegenüber knapp 595 Mio. Euro, die tatsächlich im Jahr 2003 von landwirtschaftlichen Unternehmern aufgebracht wurden. Die Differenz beträgt 203 Mio. Euro. Die Altenteiler der LKVen hätten anstelle eines durchschnittlichen Beitrags von zurzeit 54,67 Euro ebenfalls 169 Euro, d.h. ca. 3 x so viel, monatlich zu zahlen. Das wäre ein Mehrbetrag von insgesamt ca. 476,5 Mio. Euro im Jahr 2003 gewesen. Zusätzlich müsste auch von ihnen für die derzeit kostenlos mitversicherten Familienangehörigen über 18 Jahre der monatliche Pauschbetrag von 169 Euro gezahlt werden. Das sind zusätzlich rd. 82,89 Mio. Euro.

Bei den erwachsenen Versicherten der LKV wird die Gesamtprämie mit der persönlichen Prämie gleichgesetzt, weil für sie kein Arbeitgeber vorhanden ist, der einen Anteil übernehmen könnte. Der monatlich aufzubringende Beitrag betrüge deshalb 169 Euro monatlich.

Es ist nicht bekannt, wie nach dem Prämienmodell Wehr- und Zivildienstleistende behandelt werden sollen.

Die Auswirkungen sind in der nachstehenden Tabelle nochmals zusammengefasst.

Personenkreis in der LKV“	Anzahl	„Beiträge lt. KJ 1 für 2003 EURO“	pro Kopf monatlich	insgesamt	vorgesehene Prämien im CDU-Modell	pro Kopf monatlich	insgesamt	Differenz in EURO“
		pro Kopf jährlich			pro Kopf jährlich			
<b>Landw. Unternehmer</b>	<b>206.667</b>	2.877,83	239,82	594.752.270,21	2.028,00	169,00	<b>419.120.676</b>	<b>-128.452.202</b>
<b>und mitarb. Fam.Ang.</b>	<b>23.264</b>	-	-	-	2.028,00	169,00	<b>47.179.392</b>	
<b>Altenteiler</b>	<b>347.345</b>	656,09	54,67	227.889.394,24	2.028,00	169,00	<b>704.415.660</b>	+ 476.526.266
<b>Versicherte Leistungs- bezieher der Bundes- agentur für Arbeit“</b>	<b>1.658</b>	1.860,84	155,07	3.085.269,09	2.028,00	169,00	<b>3.362.424</b>	+ 277.155
<b>Wehr- und Zivildienstleistende</b>	195	442,26	36,86	86.241,45	?	?	?	?
<b>Studenten u. Praktikanten</b>	<b>3.387</b>	547,89	45,66	1.855.707,68	2.028,00	169,00	<b>6.868.836</b>	+ 5.013.128
<b>Freiwillig Versicherte</b>	<b>34.232</b>	2.530,80	210,90	86.634.443,72	2.028,00	169,00	<b>69.422.496</b>	-17.211.948
<b>Familienversichert</b>	<b>349.420</b>							
- bis 18 Jahre	<b>145.064</b>	-		-	936,00	78,00	<b>135.779.904</b>	+ 135.779.904
- über 18 Jahre *)	<b>204.356</b>	-		-	2.028,00	169,00	<b>414.433.968</b>	+ 414.433.968
Σ Beitragseinnahmen Kontenklasse 2				914.303.326,39			1.800.583.356	+ 886.280.030

Σ Mitglieder **616.553**

Σ beitragsfrei mitvers. Fam.Ang. **349.420**

Σ Versicherte insgesamt 965.973

\*) Von den über 18 jährigen Familienversicherten entfallen rd. 80 % auf die Aktiven.

Der neue Beitrag der Landwirte würde sich wie folgt zusammensetzen:

Unternehmer	419.120.676	
mitarbeitende Familienangehörige	47.179.392	
Familienversicherte	331.547.174	
Σ für die Landwirte =	797.847.242	+ 203.094.972

LKV-System

111

Zur Erläuterung wird noch auf Folgendes hingewiesen:

Von den 414.433.968 Mio. Euro Beiträge für Familienversicherte über 18 Jahre entfallen 80 % auf die Aktiven, das sind 331.547.174 Euro. Dieser Betrag ist in der vorstehenden Aufstellung angesetzt.

Die Beiträge der Landw. summieren sich somit auf	797.847.242 Euro
Mehrbetrag gegenüber den tats. Zahlungen in 2003	203.094.972 Euro
Die Gesamtaufwendungen im Jahr 2003 betragen	2.175.760.748 Euro
davon Beiträge	914.303.326 Euro
davon Bundesmittel	1.261.457.422 Euro
Nach dem Prämienmodell wären bei monatlich 169 Euro für Erwachsene und 78 Euro für Kinder	1.800.583.356 Euro

Einnahmen erzielt worden.

Unklar ist, wer für die Deckungslücke von 375.177.392 Euro aufgekommen wäre, wenn keine Bundesmittel mehr gezahlt würden.

Zu prüfen ist weiterhin, ob auch für landwirtschaftliche Unternehmer, ihre Familienversicherten und die Altenteiler bei Teilhabe an dem Prämienmodell die persönliche Gesundheitsprämie auf monatlich 109 Euro zu begrenzen wäre, um eine finanzielle Überforderung zu vermeiden. Dies könnte nur dann der Fall sein, wenn auch für sie jeweils 60 Euro monatlich aus dem durch die Arbeitgeberprämie oder dem Bund gespeisten Sondervermögen an die Krankenkassen gezahlt würde. Weiterhin müsste aus diesem Sondervermögen insbesondere in erheblichem Maße die persönliche Gesundheitsprämie der LKV-Versicherten aufgefüllt werden. Die Altenteiler haben z.B. im Jahr 2003 im Durchschnitt nur etwa die Hälfte von 109 Euro monatlich tatsächlich gezahlt.

Unterstellt, die LKVen erhielten für jeden erwachsenen Versicherten 169 Euro monatlich und für jedes Kind 78 Euro monatlich, hätten sie z.B. im Jahr 2003 nach vorstehender Berechnung insgesamt ca. 1,8 Mrd. Euro an Einnahmen erzielt. In dem Jahr sind indessen nach den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen ca. 2,176 Mrd. Euro ausgegeben worden, sodass eine Deckungslücke von rd. 376 Mio. Euro entstanden wäre. In diesem Betrag sind allerdings die Aufwendungen für Zahnersatz und Krankengeld enthalten, die künftig von den Versicherten der GKV gesondert zu zahlen sind. Im Bereich der LKV ist indessen zu berücksichtigen, dass das Krankengeld nur eine untergeordnete Rolle spielt, und dass selbst bei dem Abzug der Aufwendungen für Zahnersatz noch eine erhebliche Deckungslücke übrig bleiben würde. Auf die Notwendigkeit eines RSA innerhalb des Prämienmodells wurde bereits hingewiesen.

Das CDU-Modell trifft bezüglich einer Einbeziehung des Sondersystems LKV in das Prämienmodell keine Aussage und lässt deshalb auch nicht erkennen, wie Deckungslücken geschlossen werden könnten. Nach Berechnungen der Experten von CDU/CSU reichen die persönliche Gesundheitsprämie und die Arbeitgeberprämie gemeinsam als Gesamtgesundheitsprämie aus, um die Aufwendungen für die erwachsenen Versicherten zu finanzieren. Die Berechnungen erfolgten allerdings ohne Berücksichtigung von Sondersystemen wie der LKV. Bei einer Einbeziehung in das allgemeine Prämienmodell müsste zur Finanzierung der durch eigene Beiträge der landwirtschaftlichen Unternehmer und Altenteiler nicht abgedeckten Aufwendungen ggf. die persönliche Gesundheitsprämie oder die Arbeitgeberprämie oder beides erhöht werden. Im Ergebnis liefe das darauf hinaus, dass die Versichertengemeinschaft der zurzeit GKV-Versicherten die strukturwandelbedingten Defizite der LKV zu tragen hätte.

Soll dieses Ergebnis vermieden werden, müsste der Bund weiterhin Bundesmittel zur Verfügung stellen, die ggf. in den Topf des Sondervermögens fließen würden. Über deren Höhe lassen sich zurzeit keine seriösen Angaben machen. Eine gesicherte Aussage darüber, ob damit die Bundesmittel in nennenswertem Umfang abgesenkt werden können, lässt sich folglich ebenfalls nicht treffen. Dies hängt in erster Linie davon ab, ob die Altenteiler in größerem Umfang neben der Rente über beitragsbelastbares Einkommen verfügen und andererseits wie viel aktiv Versicherte wegen ihres geringen Einkommens die monatliche Gesundheitsprämie von 109 Euro bzw. 169 Euro nicht aufzubringen hätten, weil sie 7 % ihres Einkommens übersteigt.

Sollten die Beiträge für Pflichtversicherte der LKV nach gleichen Kriterien erhoben werden, wie die Beiträge für Pflichtversicherte der AKV, würde das bedeuten, dass zur Ermittlung der Belastungsgrenze das Gesamteinkommen heranzuziehen wäre.

#### **5.4 Zwischenfazit**

Die - zugegeben - erste und damit relativ wenig vertiefende Prüfung einer Einbeziehung der LKV in ein weiter entwickeltes System der Gesundheitsvorsorge scheint mit erheblichen Risiken behaftet. Alternativ ist es daher geboten, die Möglichkeiten einer Entlastung des Bundes im Rahmen des bestehenden Systems zu prüfen. Hierzu gehört auch, wie unter 3.3.1 bereits angedeutet, die mögliche Einbeziehung der LKV in den RSA der GKV.

### **6. Entlastung des Bundes durch Einbeziehung der LKV in den RSA**

Trotz der wiederholt auch in diesem Papier bereits angeführten Gründe, warum die LKV am RSA der GKV nicht teilnimmt, wird diese Möglichkeit immer wieder

ins Spiel gebracht, wenn es darum geht, den Bund von den hohen Zuschüssen zur LKV zu entlasten. Deshalb soll diese Variante nachstehend eingehender geprüft werden. Richtig ist nämlich: Ist eine spürbare Entlastung des Bundes gewollt, gibt es zur Einbeziehung der LKV in den RSA keine Alternative, sofern die LKV als eigenständiges Versicherungssystem selbstständiger landwirtschaftlicher Unternehmer bestehen bleibt. Zusätzliche Beitragsbelastungen durch eine teilweise Übernahme der Leistungsaufwendungen für Altenteiler können von den aktiven Landwirten nur in sehr eingeschränktem Umfang getragen werden. Größenordnungen, wie sie im HBegIG 2005 vorgesehen sind, übersteigen sehr schnell die Finanzkraft des immer kleiner werdenden Kreises der aktiv Versicherten bei den LKVen. Die Entlastung des Bundes dagegen läge im einstelligen Prozentbereich.

Nachdem die LKVen nicht am RSA teilnehmen und demgemäß keine Erfahrungen über die Auswirkungen einer Teilnahme vorliegen, soll unter Auswertung von Berechnungen des BVA der Versuch unternommen werden, die finanziellen Folgen einer Einbeziehung der LKV in den RSA aufzuzeigen. Hierzu ist es unerlässlich, das System des RSA in seinen Grundzügen darzustellen.

## **6.1 System des RSA**

### **6.1.1 Gründe für die Einführung**

Das „gewachsene System“ der GKV war durch die Zuweisung der Mehrzahl der Pflichtversicherten zu bestimmten Kassen und Kassenarten gekennzeichnet. Individuelle Kassenwahlrechte hatten im Wesentlichen nur Angestellte bei den Angestellten-Ersatzkassen. Vor Einführung der Wahlfreiheit im Jahr 1996 sah der Gesetzgeber die Notwendigkeit, die aus der historischen Entwicklung resultierenden ungleichen Ausgangsbedingungen der Krankenkassen im Wettbewerb zu beheben. Dazu wurde zum 01.01.1994 der bundesweite kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Der RSA hat insbesondere die Aufgabe, Risikoselektion zu vermeiden, Anreize bei den Kassen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu setzen bzw. zu verstärken und zu Beitragssatzgerechtigkeit beizutragen. Strukturelle Unterschiede der einzelnen Kassen, insbesondere nach dem Alter und Einkommen der Versicherten sollen durch den RSA weitgehend neutralisiert werden. Für den Ausgleich sind insbesondere maßgeblich der **Beitragsbedarf** und die **Finanzkraft** der Krankenkassen.

### **6.1.2 Beitragsbedarf**

Der Beitragsbedarf spiegelt nicht die Höhe der tatsächlichen Leistungsausgaben wider, sondern wird fiktiv unter Zugrundelegung der spezifischen Versichertenstruktur im GKV-Durchschnitt ermittelt. Zu diesem Zweck werden jeweils differenziert nach Alter und Geschlecht insgesamt 670 unterschiedliche

Versichertengruppen (RSA-Risikogruppen bzw. „RSA-Zellen“) gebildet, denen jeder Versicherte einer Kasse zugeordnet wird. Für diese Gruppe werden die durchschnittlichen Leistungsaufwendungen aller Krankenkassen in der GKV ermittelt. Dieser fiktive Wert wird der betreffenden Krankenkasse für das Gruppenmitglied zugeschrieben, gleichgültig, ob der betreffende Versicherte in Wirklichkeit wesentlich höhere Ausgaben oder überhaupt keine verursacht hat. Auf diese Weise wird der fiktive Bedarf für jeden einzelnen Versicherten ermittelt, die Summe ergibt den Beitragsbedarf der Krankenkasse.

### **6.1.3 Finanzkraft**

Auf der Einnahmeseite wird die Finanzkraft der Krankenkasse ermittelt. Aus der Summe des Beitragsbedarfs aller Krankenkassen und den beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen wird ein Ausgleichsbedarfssatz (ABS) errechnet. Dieser entspricht im Prinzip dem durchschnittlichen Beitragssatz aller Krankenkassen. Er berücksichtigt allerdings die Verwaltungskosten sowie bestimmte Leistungsausgaben nicht, sodass er etwas niedriger als der durchschnittliche Beitragssatz ist. Mit diesem ABS, z.B. 12,8 %, werden die **beitragspflichtigen Einnahmen** einer konkreten Krankenkassen in Beziehung gesetzt. Aus der Multiplikation der beitragspflichtigen Einnahmen mit dem ABS ergibt sich die **Finanzkraft** der Krankenkasse.

### **6.1.4 Ermittlung des Ausgleichsanspruchs**

Liegt die Finanzkraft niedriger als der Beitragsbedarf, besteht ein Ausgleichsanspruch, übersteigt die Finanzkraft den Beitragsbedarf, ist die Krankenkassen ausgleichspflichtig. Die sonstigen im Rahmen des RSA zu berücksichtigenden Parameter, wie Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen oder die solidarische Finanzierung aufwendiger Leistungsfälle (§ 269 SGB V) oder auch die ab 01.01.2007 einzuführenden morbiditätsbezogenen Parameter sollen bei dieser vereinfachten Betrachtungsweise außer Betracht bleiben.

## **6.2 Rechtliche Möglichkeiten einer Einbeziehung der LKKen in den RSA**

Die Möglichkeit einer Teilnahme der LKKen am RSA müsste durch Rechtsänderung geschaffen werden. Die Einbeziehung von geschlossenen Sondersystemen in den RSA ist dem Recht der GKV nicht fremd, die Bundesknappschaft als geschlossenes KV-System der Bergleute ist in den RSA mit einbezogen und erhält jährlich Ausgleichszahlungen von über 2 Mrd. Euro. Die Tatsache, dass die LKV ein in sich geschlossenes „Zwangssystem“ ist, stünde daher einer Einbeziehung in den RSA nicht von vornherein entgegen.

Andererseits besteht die Besonderheit, dass in der LKV - im Gegensatz zur Bkn - überwiegend selbstständige Unternehmer versichert sind. Bei Einführung der

LKV war dies gerade ein entscheidendes Kriterium für die Schaffung eines eigenständigen Systems. Der ausdrückliche Ausschluss des RSA für die LKKen in § 266 Abs. 9 SGB V ist deshalb folgerichtig und die Begründung nachvollziehbar: „Wegen der Besonderheiten im Leistungs- und Beitragsrecht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der Beteiligung des Bundes an der Finanzierung ihrer Ausgaben werden landwirtschaftliche Krankenkassen ausgenommen.“

Überlegungen, die LKKen in den RSA einzubeziehen, resultieren folglich nicht aus einer sozialpolitischen Notwendigkeit, sondern ausschließlich aus der defizitären Haushaltslage des Bundes. Auch der Bundesrechnungshof stellte im Rahmen der unter 3.3.1 zitierten Prüfung der Verwendung von Bundesmitteln in der LKV Überlegungen an, die Lasten der ungedeckten Leistungsaufwendungen der Altenteiler in der LKV auf andere zu übertragen. Insoweit bietet sich nach seiner Auffassung mittelfristig eine Einbeziehung in den RSA an mit der Folge, dass die nicht gedeckten Leistungsaufwendungen in der LKV im RSA und damit weit überwiegend von den Beitragspflichtigen anderer gesetzlicher Krankenkassen und zu einem kleinen Teil auch von aktiv Versicherten der LKKen ausgeglichen werden könnten. Dabei werden **zwei Varianten** untersucht. Erstens nur die Einbeziehung der aktiv Versicherten und der künftigen Rentner und zweitens die Einbeziehung aller Versicherten der LKKen in den RSA mit teilweise oder völligem Wegfall der Bundesmittel. Unabhängig davon, dass eine Teilnahme der LKV am RSA in den zuständigen parlamentarischen Gremien kaum eine Mehrheit finden würde, werden die möglichen Auswirkungen auf die aktiv Versicherten der LKKen untersucht.

### **6.3 Mögliche Auswirkungen auf die LKKen und die GKV (Fiktive Einbeziehung in den RSA im Basisjahr 2001)**

#### **6.3.1 Grundlagen**

Mangels eigener Berechnungen wird bei der Darstellung möglicher Auswirkungen auf die LKV und damit die GKV auf Berechnungen des BVA in einer Stellungnahme gegenüber dem BMGS vom 10.02.2003 und später vom Oktober 2003 zurückgegriffen. Die dortigen Berechnungen beziehen sich auf eine fiktive Einbeziehung in den RSA des Jahres 2001; aus diesem Grunde sind DM-Beträge angegeben. In den nachfolgenden Ausführungen sind die entsprechenden Beträge auf Euro umgerechnet. Die ersten Berechnungen vom Februar 2003 sind auf Anregung des BRH überprüft und berichtigt worden. Die Neuberechnung wurde dem BMVEL mit Schreiben des BVA vom 20.10.2003 übermittelt.

Das Ergebnis des BVA in dem Schreiben vom 10.02.2003 wird nur deshalb „nachrichtlich“ wiedergegeben, weil es unter anderem auch Eingang in die Stellungnahme von BMVEL und BMGS gefunden hat (dort unter 2.3.2.2) und

bis heute in der Diskussion weiterhin lebendig bleibt. Merkwürdigerweise hat kaum jemand die Berichtigungen des BVA vom Oktober 2003 zur Kenntnis genommen.

### **6.3.2 Hoher Beitragsbedarf in der LKV**

Es liegt auf der Hand, dass Krankenkassen - wie die LKVen - (sollten sie in den RSA einbezogen sein) mit einem relativ hohen Durchschnittsalter der Versicherten, einem hohen Familienkoeffizienten und einem hohen Rentneranteil einen hohen Beitragsbedarf haben werden, weil diese RSA-Risikogruppen „teurer“ sind als die Risikogruppen junger Versicherter. Die Leistungsaufwendungen für Rentner liegen etwa doppelt so hoch wie diejenigen für die aktiven Mitglieder. Dem erhöhten Bedarf stehen aber nicht in jedem Fall erhöhte Einnahmen gegenüber. Die Beitragseinnahmen aus Renten sind erheblich niedriger als die Beitragseinnahmen aus Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, wobei aus den niedrigen Renten nach dem ALG besonders geringe Beitragseinnahmen resultieren. Ein solidarischer Ausgleich innerhalb einer Krankenkasse oder des LKV-Systems kann diese Defizite nicht ausgleichen. Deshalb könnte der RSA der GKV Abhilfe schaffen.

### **6.3.3 Krankengeldanspruch für landwirtschaftliche Unternehmer**

Die Unterschiede im Leistungskatalog der LKV, insbesondere die Gewährung von Betriebs- und Haushaltshilfe nach §§ 9 bis 11 KVLG 1989, müssten im Rahmen des RSA nach Auffassung des BVA unbeachtet bleiben. Eine Berücksichtigung der Betriebs- und Haushaltshilfe würde z.B. bedeuten, dass für Landwirte mit Anspruch auf Betriebs- und Haushaltshilfe getrennte Versichertengruppen gebildet werden müssten. Diese müssten wiederum nach dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente und der Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm differenziert werden, sodass nach Berechnungen des BVA zusätzlich 366 neue RSA-Zellen gebildet werden müssten. Bei den knapp 200.000 landw. Unternehmern wird daher davon ausgegangen, dass alle landw. Unternehmer einen Krankengeldanspruch erhalten.

### **6.3.4 Zuordnung zu Versichertengruppen**

Auch bei der Berechnung des Beitragsbedarfs muss mit Annahmen gearbeitet werden. Altersrentenbezieher und Familienversicherte werden pauschal einer Versichertengruppe zugerechnet, die im RSA mit 03 bezeichnet wird, Pflichtversicherte der Versichertengruppe 01, d.h. mit Krankengeldanspruch. Die Versichertengruppe 02 (erhöhter Krankengeldanspruch) bliebe unbesetzt.



### **6.3.5 Hohe Erwerbsminderungsquote = Hoher (fiktiver) Beitragsbedarf**

Bei der Berechnung des Beitragsbedarfs zeigt sich bereits eine erhebliche Schwäche des RSA als Folge des fiktiv errechneten Beitragsbedarfs. Unter 6.1.2 ist dargestellt, dass der Beitragsbedarf nach durchschnittlichen Ausgaben pro Risikogruppe gebildet wird. Personen, deren Erwerbsfähigkeit gemindert ist, bilden eine gesonderte Mitgliedergruppe (§ 267 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Das BVA ging zunächst davon aus, dass die Erwerbsminderungsquote bei den Versicherten der LKKn mit nahezu 10 % fast 4 x so hoch ist, wie im GKV-Durchschnitt (s. aber 6.4). Obwohl die tatsächlichen Ausgaben je Versicherten bei den LKKn in etwa auf GKV-Niveau liegen, bei aktiv Versicherten sogar darunter, wurde fiktiv wegen der hohen Erwerbsminderungsquote ein wesentlich höherer Beitragsbedarf zur Finanzierung des für diese Gruppe angenommenen Leistungsbedarfs errechnet (ca. 1,24 Mrd. Euro) als tatsächlich an Leistungsausgaben (0,57 Mrd. Euro) angefallen sind. Für das Jahr 2001 betrüge die Überkompensation ca. 0,67 Mrd. Euro. Zu der Höhe der Differenz zwischen fiktivem und tatsächlichem Beitragsbedarf hat sicherlich auch beigetragen, dass die Summe der jährlichen Leistungsaufwendungen bei den aktiv in der LKV Versicherten ca. 20% niedriger liegt, als bei den aktiv Versicherten der AKV. Auf diesen Aspekt geht das BVA nicht ein. Das Ergebnis wurde vom BVA später korrigiert (s. 6.4.2), zeigt aber exemplarisch die Probleme bei Zugrundelegung fiktiver Berechnungsgrundlagen.

Bei Einbeziehung auch der Altersrentner läge der Beitragsbedarf von Aktiven und Altenteilern zusammen bei ca. 2,50 Mrd. Euro, während die berücksichtigungsfähigen Leistungen der LKKn 1,96 Mrd. Euro betragen. Die LKKn würden deshalb erheblich von der Einbindung in den RSA profitieren.

Allerdings zeigt schon der Vergleich von Beitragsbedarf der Aktiven zu dem der Altenteiler, dass die ersten Berechnungen nicht richtig sein konnten. Die Leistungsaufwendungen für Altenteiler sind etwa doppelt so hoch wie für Landwirte und in der LKV sind mehr Altenteiler als Aktive versichert.

### **6.3.6 Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen und der Finanzkraft**

Die Beitragserhebung bei den Altenteilern, Arbeitslosen usw. richtet sich nach den entsprechenden Vorschriften des SGB V. Nicht mitarbeitende Familienangehörige sind beitragsfrei. Von den ca. 1,02 Mio. Versicherten der LKKn (im Jahr 2001) war nach Auffassung des BVA nur die Beitragsgestaltung bei ca. 280.800 Mitgliedern problematisch. Das BVA legt entsprechend dem Vorschlag des BRH für die Festlegung des Mindestbeitrags die Hälfte des Mindestbeitragssatzes der GKV zu Grunde. Diese Mindestbemessungsgrenze lag 2001 bei 10.308 Euro pro Jahr. Anhand der Statistik über die beitragszuschussberechtigten Personen in der AdL lagen ca. 79.300 Landwirte unter dieser Grenze, sodass für sie ein Jahreseinkommen von 10.308 Euro angesetzt wird.

In der Einkommensstatistik sind die Bezieher von Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft ausgewiesen, allerdings nicht differenziert nach Voll- und Nebenerwerbslandwirten. Das BVA geht davon aus, dass Personen, die solche Einkünfte beziehen und über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen, immer Vollerwerbslandwirte sind. Ca. 116.100 Mitglieder müssten damit den Höchstbeitrag bezahlen. (Auch hier behilft sich das BVA mit nicht validen Hilfsgrößen).

Die restlichen ca. 85.400 Mitglieder liegen zwischen dem Höchst- und Mindestbeitrag. Hier wird angenommen, dass sie in diesem Zwischenbereich gleichmäßig verteilt sind. Damit hätte die LKV beitragspflichtige Einnahmen in Höhe von ca. 7,84 Mrd. Euro.

Im Ergebnis wird für die LKKen eine Finanzkraft in Höhe von 1,0098 Mrd. Euro ohne Altenteiler (Berechnung:  $7,84 \times 12,88 \% = 1,0098$ ) und von 1,0118 Mrd. Euro mit Altenteilern angerechnet. Auf die Abbildung der Berechnung des BVA zur Berechnung des Ausgleichsanspruchs wird verzichtet, weil sie auf falschen Annahmen basierte.

### **6.3.7 Zwischenergebnis**

Nach den ersten Berechnungen des BVA hätten die LKKen bei Einbeziehung der aktiv Versicherten einen Ausgleichsanspruch in Höhe von 211,42 Mio. Euro bei einem Beitragssatz von 8,6 %. Bei Teilnahme aller Versicherter am RSA, d.h. auch der Altenteiler, wären es 276 Mio. Euro, bei einem Beitragssatz von 7,8 %. Dieses auf den ersten Blick bereits unplausible Ergebnis wird später auf den Kopf gestellt, soweit es die Einbeziehung der aktiv Versicherten in den RSA betrifft und relativiert bezüglich aller Mitglieder der LKKen. Die korrigierten Berechnungen sind nachstehend unter 6.4 wiedergegeben.

## **6.4 Berichtigte Berechnungen des BVA**

### **6.4.1 Grundlagen**

Mit Schreiben vom 20.10.2003 gegenüber dem BMGS modifiziert das BVA seine Berechnungen und fügt den unter 6.3 zu Grunde gelegten Berechnungen, die als Varianten 1 und 2 bezeichnet werden, eine Variante 3 hinzu. Ergänzend zur Begründung wird in dem Schreiben des BVA ausgeführt, dass im Rahmen der vom 22. bis 24.09.2003 vom BRH durchgeführten Prüfung der Verwendung der Bundeszuschüsse in der LKV eine Erörterung zu den Möglichkeiten einer Einbindung der LKKen in den RSA im BVA stattgefunden habe. Bei diesem Gespräch seien die vom BVA im Schreiben vom 10.02.2003 an das BMGS dargestellten Auswirkungen (vorstehend unter 6.3 wiedergegeben) diskutiert worden. „Dabei wurden die Annahmen für die im genannten Schreiben dargestellten Varianten 1 (Einbeziehung nur der aktiv Versicherten) und 2 (Einbeziehung auch der Altenteiler) präzisiert und eine neue Variante

3 vom Bundesrechnungshof vorgeschlagen.“ Möglicherweise hat diese, den Tatsachen nicht gerecht werdende Formulierung, wonach die Berechnungen vom Februar lediglich „präzisiert“ wurden, dazu beigetragen, dass sie so wenig zur Kenntnis genommen wurden.

#### **6.4.2 Variante 1 - Einbeziehung nur der aktiven Mitglieder in den RSA - Neuberechnung**

Nunmehr wird zu dieser Variante ausgeführt, dass die im Schreiben vom Februar 2003 dargestellte Problematik „des hohen Erwerbsminderungsrentneranteils der LKKen“ in dieser Variante irrelevant sei. *Anmerkung:* Wenn die Rentner nicht in den RSA einbezogen werden, so wie es die Variante 1 vorsieht, ist diese Aussage richtig! Im Februar 2003 hatte das BVA den Beitragsbedarf der aktiven Mitglieder mit 1,236 Mrd. Euro angenommen. Nunmehr sind es nur noch 0,748 Mrd. Euro. Die Finanzkraft wird geringfügig von 1,0098 Mrd. Euro auf 0,988 Mrd. Euro reduziert. Aus diesen Daten errechnet das BVA nunmehr eine **Ausgleichsverpflichtung der LKKen in Höhe von 254,62 Mio. Euro**. Der ausgabendeckende Beitragssatz der LKKen betrüge 12,0 %.

#### **6.4.3 Korrektur der Variante 2 - Einbeziehung aller Mitglieder der LKKen in den RSA**

Die Finanzkraft der LKKen wird von 1,0118 Mrd. Euro auf ca. 1,2 Mrd. Euro erhöht, während der Beitragsbedarf bei 2,5 Mrd. Euro bleibt. Im RSA entstünde eine Ausgleichsforderung in Höhe von ca. 1,29 Mrd. Euro. Hierfür entfielen aber der Bundeszuschuss in Höhe von 1,2 Mrd. Euro, sodass ein **Nettoanspruch in Höhe von ca. 90 Mio. Euro verbliebe**. Der ausgabendeckende Beitragssatz der LKKen betrüge 8,5 %.

#### **6.4.4 Variante 3 - Einbeziehung der aktiven Mitglieder in den RSA**

Variante 3 lautet: „Die Beitragserhebung der LKKen bleibt gegenüber dem Status quo unverändert; allerdings werden die Beitragseinnahmen mit einem ‚fiktiven Beitragssatz‘ auf die beitragspflichtigen Einnahmen hochgerechnet. Mit diesem lässt sich dann die Finanzkraft berechnen, mit der die LKKen am RSA teilnehmen. Die LKKen bleiben ansonsten ein geschlossenes Sondersystem.“ Die Berechnung des BVA sieht wie folgt aus: „Der fiktive Beitragssatz zur Hochrechnung der beitragspflichtigen Einnahmen betrüge 11,9 %. Die LKKen wiesen so eine Finanzkraft von 1,864 Mrd. DM (0,953 Mrd. Euro) auf und einen Beitragsbedarf von 1,462 Mrd. DM (0,748 Mrd. Euro). Im RSA entstünde eine **Ausgleichsverpflichtung** in Höhe von 431 Mio. DM“ (ca. 220 Mrd. Euro). Das Ergebnis entspricht in etwa dem Ergebnis der Berechnung unter 6.4.2.

## **6.5 Bewertung der Berechnungen des BVA**

### **6.5.1 Ausgleichsanspruch der LKKen nur bei Einbeziehung aller Mitglieder**

Eine Einbeziehung aller Versicherten der LKV und damit eine komplette Übertragung der durch eigene Beiträge nicht abgedeckten Aufwendungen für Leistungen von Altenteilern in den RSA würde zu einer erheblichen Belastung der anderen Krankenkassen und zu finanziellen Verschiebungen innerhalb des RSA führen, die in ihren Folgen zurzeit nicht vollständig abzusehen sind. Selbst nach den für die LKKen ungünstigeren Berechnungen von Oktober 2003 betrüge der Ausgleichsanspruch ca. 1,29 Mrd. Euro (s. 6.4.3). Das sind 90 Mio. Euro mehr, als die LKKen für den gleichen Zeitraum an Bundesmitteln erhalten haben und auch mehr als die Aktiven der LKKen an Verwaltungskosten für die Altenteilerversicherung aufgebracht haben. Der Wegfall von Bundesmitteln bei Einbeziehung auch der Altenteiler der LKKen in den kassenartenübergreifenden RSA wäre damit mehr als kompensiert; Zweifel an der Richtigkeit der Berechnung erscheinen auch hier angebracht. Im Ergebnis hieße dies aber auch: Die allgemeine KV übernehme die Verpflichtungen des Bundes aus dem Strukturwandel in der Landwirtschaft.

Die Überkompensation könnte auf das Zugrundelegen durchschnittlicher Leistungsaufwendungen in den RSA Risikogruppen zurückzuführen sein. Die Inanspruchnahme von Leistungen auf dem Lande ist geringer als in Ballungszentren. Dies lässt sich aus den Rechnungsergebnissen ablesen. Im Jahr 2003 betragen die Leistungsausgaben für die aktiven Versicherten der AKV durchschnittlich 1.341,22 Euro. In der LKV waren es nur 1.070,80 Euro, das sind 20,16% weniger, hierauf wurde unter 6.3.5 bereits hingewiesen. Auch die Leistungsaufwendungen für Altenteiler der LKKen lagen mit 3.526,74 Euro knapp 110 Euro oder gut 3% unter denen der Rentnern der AKV.

### **6.5.2 Unzumutbare Belastungen bei Einbeziehung nur der aktiven Mitglieder**

Würden nur die aktiv Versicherten in den RSA einbezogen, wären diese Versicherten der LKKen nach Berechnungen des BVA mit jährlich ca. 255 Mio. Euro (Variante 1) bzw. 220 Mio. Euro (Variante 3) zusätzlich belastet. Dies wäre ein Vielfaches der Zusatzaufwendungen, die den aktiv Versicherten durch das HBeglG 2005 zugemutet werden. Beitragssteigerungen von durchschnittlich 50% wären die Folge. Ein solches Ergebnis dürfte wohl niemand ernsthaft befürworten.

### **6.5.3 Hohe Belastung der LKV nach Einführung des Morbi-RSA**

Die Zahlen des BVA spiegeln nach Auffassung des Verfassers nicht die tatsächliche Differenz zwischen Beitragsbedarf und Finanzkraft insbesondere der aktiv Versicherten der LKV wider. Sie errechnet sich auf Grund eines angenommenen (auf Durchschnittswerten beruhenden) Beitragsbedarfs und ist

die Differenz zwischen der fiktiv ermittelten Finanzkraft und dem fiktiv ermittelten Beitragsbedarf. Der tatsächliche Beitragsbedarf der aktiv in der LKV Versicherten liegt aber erheblich niedriger als der vom BVA ermittelte Betrag von 0,748 Mrd. Euro (s. 6.4.2). Die Einzahlung in den RSA von „nur“ 220 bzw. 255 Mio. Euro beruht auf der fiktiven Berechnung. Sollte ab dem Jahr 2007 der morbiditätsbezogene RSA eingeführt werden und Ausgleichsansprüche bzw. Ausgleichsverpflichtungen nach der tatsächlichen Inanspruchnahme von Leistungen der Versicherten und damit der tatsächlichen Belastung der Krankenkassen auf der Grundlage des § 268 SGB V eingeführt werden, müssten die Landwirte voraussichtlich noch mehr in den RSA einzahlen und auch bei Einbeziehung aller in der LKV Versicherter dürfte kein Ausgleichsanspruch mehr bestehen, sondern eine nicht unerhebliche Zahlungsverpflichtung.

#### **6.5.4 Schwachpunkte des gefundenen Ergebnisses**

Von den finanziellen Auswirkungen auf die Versicherten der LKV abgesehen wird auch das Verfahren des RSA bei Einbindung der LKV insgesamt in Frage gestellt:

- Dies betrifft zum einen die Behandlung von Krankengeld (im Vergleich zur Betriebs- und Haushaltshilfe und zum anderen die Behandlung von Erwerbsminderungsrentnern, die sich bei einer Einbindung der LKV als nicht mehr sachgemäß erweisen könnte. Dies zeigt der ermittelte Beitragsbedarf im Verhältnis zu den tatsächlichen Aufwendungen und als Folge der errechnete ausgabendeckende Beitragssatz der LKKen in Höhe von 8,5 % (s. 6.4.3).
- In Übereinstimmung mit den Überlegungen des Bundessozialgerichts ist darauf hinzuweisen, dass die Akzeptanz des RSA bei einer Einbeziehung der LKKen weiter Schaden nehmen würde. Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 24.01.2003 (B 12 KR 16/01 R) zu Recht darauf hingewiesen, dass „die Akzeptanz des RSA leidet, wenn Zahlerkassen große Teile ihres Beitragsaufkommens in den RSA einzahlen müssen und sie dadurch vereinzelt ihre Beitragssätze sogar höher festsetzen müssen als manche mit ihnen konkurrierende Empfängerkassen.“ Genau dieser Sachverhalt wäre bei den LKKen bei Einbeziehung aller Versicherten in den RSA im besonderen Maße gegeben, da sie mit massiven Transferzahlungen aus dem RSA den Beitragssatz - nach letzten Berechnungen des BVA im Oktober 2003 mit 8,5 % - erheblich unter dem Durchschnitt aller Krankenkassen halten könnten (vorausgesetzt, die Berechnung ist richtig).
- Eine Einbeziehung der LKKen in den RSA - ob mit oder ohne Status-quo-Altenteiler - ist außerdem von dem Aufbau entsprechender Datenbestände, insbesondere einer genauen Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen,

der Versichertengruppen und der Zuweisung zu den „RSA-Zellen“ abhängig. Dieser Aufbau würde Jahre in Anspruch nehmen, sodass über Jahre hinweg mit fiktiven Annahmen gerechnet werden müsste und eine Einbeziehung der LKKen in den RSA nur in Abweichung vom „normalen“ Verfahren möglich wäre. Bei den LKKen und dem BLK müsste zudem das Know-how zur Handhabung der schwierigen Materie aufgebaut werden.

- Neben diesen mehr technischen Schwierigkeiten müssten auch die vorstehend unter Punkt 2 zusammenfassend aufgezeigten Verwerfungen ausgeglichen werden. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass eine Einbeziehung der LKKen in den RSA ohne Sonderregelungen in Betracht kommen kann.
- Die verwaltungsmäßige Belastung des LKV-Systems lässt sich nur erahnen, zumal die derzeitigen vereinfachten Verfahren z.B. im Rahmen der DMP Programme auch nicht mehr aufrecht erhalten werden könnten. Unter Berücksichtigung der Infrastruktur bei anderen Kassenarten dürfte sowohl beim BLK als auch bei jeder LKK eine Personalaufstockung erforderlich werden.

### 6.6 Fazit

An einer Einbeziehung der Versicherten der LKV in den RSA dürften alle Zweige der GKV kein Interesse haben. Dies gilt besonders für die aktiv in der LKV Versicherten, deren Zusatzbelastung weit höher wäre als die der AKV-Versicherten. Dies gilt selbst unter der Prämisse, dass alle Berechnungen auf Annahmen beruhen.

Eine Einbeziehung der LKV in den RSA mit allen Versicherten ohne Übergangszeit erscheint wegen der damit verbundenen Belastung der AKV unrealistisch. Dies würde zu einer Verlagerung des Altenteilerdefizits auf die GKV führen und steht dem erklärten Willen der Politik nach Senkung der Lohnnebenkosten entgegen. Außerdem sollen die strukturwandelbedingten finanziellen Belastungen nicht von den Pflichtversicherten der GKV getragen werden.

Eine Einbeziehung nur der aktiven Mitglieder der LKKen und der zukünftigen Altenteiler wäre nach Berechnungen des BVA mit Ausgleichsverpflichtungen der aktiven Landwirte von 220 bis 255 Mio. Euro verbunden; dies ist nicht machbar. Nach Auffassung des Verfassers stiege die Ausgleichsverpflichtung bei Einführung des morbiditätsbezogenen RSA weiter an.

Festzustellen bleibt, dass der Gedanke einer Einbeziehung der LKV in den RSA nach keiner denkbaren Variante für die LKV vorteilhaft zu sein scheint und daher in der Diskussion, insbesondere von Vertretern der LKV, nicht weiter

verfolgt werden sollte. Diese Einschätzung wird im Ergebnis selbst von dem Ministerium BMVEL in der gemeinsamen Stellungnahme geteilt (s. dort unter 2.3.2.2), obwohl der Bundeszuschuss zur Finanzierung des Altenteilerdefizits aus dem Etat dieses Ministeriums fließt.

## **7. Finanzielle Beteiligung der aktiv in der LKV Versicherten an Leistungsaufwendungen für Altenteiler**

### **7.1 Argumente für eine Beteiligung**

#### **7.1.1 Entwicklung der Staatsfinanzen**

Die absolute Höhe der Bundesmittel und ihr Anstieg in den letzten Jahren allein rechtfertigen keine Beteiligung der Landwirte an dem Altenteilerdefizit. In der schon mehrfach zitierten gemeinsamen Stellungnahme von BMGS und BMVEL (siehe dort 1.3, Entwicklung der Bundeszuschüsse für die LKV) wird nicht nur die Berechtigung der Bundesmittel unter Hinweis auf Art. 120 GG herausgestellt, sondern auch nachgewiesen, dass sie keineswegs ungewöhnlich angestiegen sind. Ein Vergleich mit anderen Sozialbereichen machte dies deutlich. In dem Zeitraum von 1973 bis 2001 sind die Gesamtausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung um das 5,7-fache, die Ausgaben für Renten um das 6,2-fache, die Bundeszuschüsse zur Rentenversicherung um das 8,2-fache, die Bundeszuschüsse zur LKV dagegen „nur“ um das 5,4-fache des Ausgangswertes gestiegen.

Die Bundeszuschüsse werden in den nächsten Jahren nicht nur stagnieren sondern auch ohne Beteiligung der Landwirte an dem Altenteilerdefizit zurückgehen. Weit mehr als bei den Aktiven wirken sich die Maßnahmen des GMG bei den Altenteilern kostenreduzierend aus. Dies kommt unmittelbar dem Bund zugute. Unter 6.3.1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Einsparungen im Jahr 2004 bei über 80 Mio. Euro lagen. Die für dieses Jahr erwarteten Einsparungen in Höhe von 85 Mio. Euro wurden damit fast erreicht.

Außerlandwirtschaftliche Solidarität zur Stützung des eigenständigen LSV-Systems ist weiterhin unerlässlich. Vorstehend wurde aufgezeigt, dass es zu der Einstandspflicht des Bundes keine Alternative gibt. Andererseits wird eine - auch im Sinne eines richtig verstandenen Solidaritätsgedankens - Ausschöpfung der den Versicherten zumutbaren Belastungsgrenze vorausgesetzt. Die SPD-Arbeitsgruppe oder z.B. Mehl fordern sogar weitergehend eine der AKV vergleichbare Belastung der aktiv Versicherten der LKV (siehe vorn unter 3.3.4 und 3.3.5).

Auch unter Berücksichtigung der bei Einführung der LKV getroffenen Grundentscheidung wird die alleinige Einstandspflicht des Bundes für die durch eigene Beitragszahlungen nicht gedeckten Leistungsaufwendungen der Altenteiler

als möglicherweise nicht mehr zeitgemäß einer kritischen Überprüfung zu unterziehen sein. Dabei spielt die Entwicklung des Staatshaushalts eine entscheidende Rolle. Dem Argument, mehr Schulden des Staates seien verantwortungslos gegenüber künftigen Generationen, wird sich keiner verschließen können. Deshalb wird auch von den aktiven Mitgliedern der LKVen ein „Solidarbeitrag“ gefordert.

### **7.1.2 Nicht strukturwandelbedingte Mehrbelastungen**

Die in allen Zweigen der Sozialversicherung zu beobachtende finanzielle Belastung der aktiven Generation durch den demographischen Wandel kann in der LKV nicht ohne Auswirkungen bleiben. Bei Einführung der LKV mussten die Aktiven der AKV ca. 10% ihrer Beiträge zur Abdeckung des Rentnerdefizits aufwenden, heute sind es 30%. Dieser Wandel war im Jahr 1972 nicht einmal ansatzweise vorhersehbar und konnte deshalb nicht in die damalige Entscheidung einbezogen werden. Losgelöst davon sind die Folgen des Strukturwandels zu sehen. Der Bund hat die Übernahme der Lasten des Strukturwandels zugesichert. Dabei muss es auch bleiben.

Die alle Bereiche der sozialen Absicherung belastende Veränderung des Verhältnisses zwischen aktiv Versicherten und Rentnern ist davon indessen getrennt zu bewerten. Die Besserstellung der Landwirte gegenüber Versicherten der AKV und der zur Mitfinanzierung herangezogenen Arbeitgeber ist damit zu Lasten des Bundes stark angestiegen. Der Demographiefaktor allein berechtigt deshalb die Prüfung einer angemessenen Beteiligung der aktiv in der LKV Versicherten (so z.B. Bernhard Schmidt, Optionen zur Weiterentwicklung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (LKV) auf dem Prüfstand, SdL 1/2004 S. 104 ff, S. 140).

### **7.1.3 Annäherung an die Verhältnisse der AKV**

Mehl und andere fordern ganz unverhohlen eine Angleichung an die Verhältnisse der AKV. Der Solidarbeitrag der aktiven Mitglieder durch Übernahme aller Verwaltungskosten reiche nicht aus. Dieser Solidarbeitrag solle um jährlich 82 bis 91 Mio. Euro erhöht werden. „Gemessen an der höheren Belastung der Mitglieder in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung ist diese Mehrbelastung der Landwirte sozialpolitisch vertretbar. Damit werden die Finanzstrukturen der landwirtschaftlichen Krankenversicherung an die der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung angenähert“ (Schlagheck, SdL 4/2004, S. 493).

### **7.1.4 „Abschöpfung“ von Einsparpotenzialen - Verwaltungskosten**

Unter dem Stichwort, Einsparpotenziale müssten ausgeschöpft werden, weist jeder „Kenner“ der LSV und besonders auch in Bezug auf die LKV darauf hin, die Verwaltungskosten seien zu hoch und die einzusparenden Mittel könnten



zur Entlastung des Bundes eingesetzt werden. So z.B. auch B. Schmidt, SdL 1/2004, S. 144. Wünschenswert wäre, wenn diese Diskussion sachlich und ohne Schuldzuweisungen geführt würde. Aussagen wie die der SPD-Arbeitsgruppe, im Hinblick auf die wachsende Belastung der Steuerzahler sei das System in Frage gestellt, sind wenig hilfreich. Dies gilt besonders im Hinblick darauf, dass auch von Politikern der SPD erst kürzlich bekundet wurde, dass es zu dem Sondersystem der LKV keine sinnvolle Alternative gäbe. Selbst in dem SPD-Papier heißt es am Schluss: „Bisher wurde die LSV im Konsens der beiden großen Parteien entwickelt und getragen.“ Es gibt keine Gründe, dies nicht auch in der Zukunft zu tun.

Nicht nachvollziehbar ist der neuerdings von allen Seiten erhobene, durch Zahlen allerdings nicht belegte Vorwurf, die Verwaltungskosten der LKVen seien im Vergleich zur AKV viel zu hoch. Abgesehen davon, dass der Bund an den Verwaltungskosten nicht beteiligt ist; die Aussage ist nicht zutreffend.

Im Hinblick auf den gegenüber der GKV wesentlich höheren Familienkoeffizienten in der LKV kann ein realistischer Vergleich der Verwaltungskosten nur durchgeführt werden, wenn die Verwaltungskosten pro *Versicherten* und nicht pro Mitglied zu Grunde gelegt werden. Dies hat der Gesetzgeber anerkannt und in § 4 Abs. 4 SGB V, der über § 1 Satz 3 KVLG 1989 in der LKV gilt, bezüglich der Verwaltungskosten ausdrücklich geregelt. Bemerkenswert ist insoweit, dass erst im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens in § 4 Abs. 4 SGB V jeweils das Wort „Mitglied“ durch das Wort „Versicherten“ ausgetauscht wurde. Auf den unseriösen Vergleich der Verwaltungskosten pro Mitglied wird deshalb nicht näher eingegangen. Allerdings drängt sich der Verdacht auf, dass manch einem, der sich zu dem Thema äußert, der Unterschied zwischen Mitglied und Versichertem nicht ganz klar ist.

In den letzten fünf abgerechneten Jahren, d.h. in den Jahren 1999 bis 2003, haben die Krankenkassen der GKV insgesamt im Durchschnitt 540,28 Euro pro Versicherten an Verwaltungskosten aufgewendet; die LKVen 548,81 Euro. Das ist eine Differenz von 8,53 Euro oder 1,6 % in den vergangenen fünf Jahren gegenüber dem Durchschnitt der gesetzlichen Krankenkassen. Andererseits im Vergleich zu den AOKen, der Bundesknappschaft und den Angestelltenersatzkassen liegen die LKVen zum Teil erheblich günstiger. Auf die nachstehende Übersicht wird verwiesen.

**Verwaltungs- und Verfahrenskosten***Bundesgebiet = Bund**Kontengruppe = Netto-Verwaltungskosten je Versicherten*

Kassenart	1999	2000	2001	2002	2003	Summe
AOK	105,42	108,38	115,34	122,13	124,95	576,22
BKK	68,61	68,06	68,81	74,65	80,65	360,79
IKK	96,24	99,19	104,24	110,09	114,41	524,17
SEE	101,89	111,48	106,88	110,23	115,22	545,70
BKN	122,51	131,00	136,30	129,69	125,70	645,21
EAN	107,78	111,06	120,05	126,95	131,70	597,54
EAR	78,54	75,43	76,65	80,05	80,12	390,79
LKK	100,57	103,01	105,71	117,12	122,41	548,81
GKV	100,50	102,38	107,64	113,29	116,47	540,28
Differenz LKK zu GKV	0,07	0,63	-1,94	3,83	5,94	8,53

*Differenz zwischen GKV und LKV in Prozent =*

1,60 %

Der Mehrbetrag bei den LKKen ist zudem ausschließlich in den beiden letzten Jahren, d.h. in den Jahren 2002 und 2003, angefallen. Dies hängt mit den durchgeführten Organisationsreformen und der Einführung einer neuen EDV-Technologie zusammen. Diese Dinge sind der Politik und besonders dem BMVEL bekannt. Angesichts einer Abweichung von lediglich plus 1,6 % gegenüber der gesamten GKV in fünf Jahren, die zudem durch einen komplizierteren und aufwendigeren Beitragseinzug, zusätzliche Leistungsarten, wie Betriebs- und Haushaltshilfe bedingt sind, und einem Minus von 5 % gegenüber den AOKen, von 17,5 % gegenüber der Bkn und 8,9 % gegenüber den EAN, kann von höheren oder gar zu hohen Verwaltungskosten kaum gesprochen werden. Selbst eine Verringerung der Verwaltungskosten z.B. auf das Durchschnittsniveau der GKV kann kaum zur Entlastung der Beitragszahler und damit ggf. des Bundes beitragen. Der Gedanke, durch Reduzierung der Verwaltungskosten die aktiv Beitragszahlenden zur Mittragung des Altenteilerdefizits heranzuziehen, ist deshalb nicht zielführend.

Auch nach einer anderen Berechnungsart, nämlich Anteil der Verwaltungskosten an den Leistungsaufwendungen der Kontenklassen 4 und 5, erhärtet sich keinesfalls die Aussage, die Verwaltungskosten der LKKen seien höher als die der übrigen gesetzlichen Krankenkassen. Die nachstehende Aufstellung, in der die Verwaltungskosten der Kontenklasse 7 den Leistungsaufwendungen der Kontenklassen 4 und 5 aller Kassenarten gegenübergestellt werden, er-

gibt, dass die LKKen mit einem Prozentsatz von 5,77 % unter dem Durchschnitt des Bundes von 6,02 % liegen.

	KJ 1 2003 KKL 4 / 5	KJ 1 2003 KKL 7 Nettoverwaltungskosten	KJ 1 2003 KKL 7 im Verhältnis zu KKL 4 / 5
AOK	54.704.923.000	3.191.244.000	5,83 %
BKK	23.210.373.000	1.157.550.000	4,99 %
IKK	7.100.399.000	505.013.000	7,11 %
SEE	160.399.000	8.267.000	5,15 %
BKN	4.268.482.000	174.230.000	4,08 %
EAN	42.411.068.000	2.937.157.000	6,93 %
EAR	2.319.923.000	113.842.000	4,91 %
<b>LKK</b>	<b>2.047.728.000</b>	<b>118.242.000</b>	<b>5,77 %</b>
<b>GKV</b>	<b>136.223.296.000</b>	<b>8.205.544.000</b>	<b>6,02 %</b>

Nach diesem Ergebnis kann deshalb in der Aussage, ein Beitrag zur Verringerung der Mehrbelastung des Bundes könnte in dem weitgehenden und zügigen Abbau der im Vergleich mit anderen Kassenarten höheren Verwaltungskosten bestehen, nur als Versuch der Stimmungsmache gegen ein aus fiskalischen Gründen nicht erwünschtes Sondersystem gesehen werden.

## 7.2 Verfassungsrechtliche Beurteilung der Zulässigkeit

Auch wenn dies wegen der Gründe unter 7.1.1 und 7.1.2 grundsätzlich nicht abgelehnt wird, stellt sich die Frage nach der Zulässigkeit einer Beteiligung der Landwirte an den Leistungsaufwendungen der Altenteiler. Bei Einführung der LKV wurde nämlich festgelegt, sie „dauerhaft“ davon zu entlasten. Prof. Dr. Josef Isensee hat in einem Kurzgutachten, welches er im Auftrag des DBV zu dem Entwurf des HBegIG 2004 gefertigt hat, im Ergebnis festgestellt, dass die Kosten für die Versorgung der Altenteiler systemgerecht durch allgemeine Steuermittel zu finanzieren seien. Diese Finanzierung sei Bedingung für die Pflichtversicherung der ansonsten versicherungsfreien selbstständigen Landwirte. Die Absenkung des Bundeszuschusses sei weiterhin unvereinbar mit rechtsstaatlichen Grundsätzen des Vertrauensschutzes. Die bisher versicherten aktiven Landwirte könnten nach einer drei Jahrzehnte unverändert geltenden Gesetzeslage darauf vertrauen, dass sie ihre Versorgungsanwartschaften für den Krankheitsfall ohne die Mehrbelastung durch einen Solidarausgleich mit den Altenteilern erlangen. Hierin habe gerade ein vom Gesetzgeber gegebener Anreiz, sich mit der Pflichtversicherung abzufinden, gelegen. Der Gesetzgeber habe die selbstständigen Landwirte aus gesellschafts- und strukturpolitischen Gründen, die nicht im Interesse der Einzelnen lagen, in die Sozialversicherung gezwungen, obwohl die realen

Voraussetzungen für eine Solidargemeinschaft derartigen Typs nicht vorgelegen hätten. Über den Bundeszuschuss sei dafür Kompensation gewährleistet. Diese Gewähr könne nicht von heute auf morgen zurückgenommen werden.

Die Auffassung, dass es sich bei der Zusage des Bundes, die durch eigene Beitragszahlungen nicht gedeckten Leistungsaufwendungen der Altenteiler in voller Höhe zu tragen, um eine „Ewigkeitsentscheidung“ handelt, wird nicht geteilt. Der Gesetzgeber kann grundsätzlich die von ihm geschaffenen Regeln ändern und sogar auch wieder abschaffen. Dies gilt besonders auch für die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme. Das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 GG verpflichtet zwar den Staat, die soziale Absicherung der Bürger zu gewährleisten, es stellt aber keinen Bestandsschutz für ein bestimmtes Absicherungssystem dar.

Die derzeitigen Diskussionen um den Umbau des Sozialstaats und der sozialen Absicherungssysteme zeigen deutlich, dass es sich um einen dynamischen Prozess handelt. Beim Modell einer Bürgerversicherung denken die an der Bundesregierung beteiligten Parteien daran, alle Selbstständigen einer Pflichtversicherung zu unterwerfen, ohne dass dabei eine „Kompensation“ erkennbar wäre. Außerdem wurde vor Einführung der Pflichtversicherung für Landwirte die sozialpolitische Notwendigkeit eingehend geprüft. Im Hinblick auf die Einkommenssituation wurde bei dieser Gruppe von Selbstständigen ein besonderes Schutzbedürfnis gesehen.

Bei der Frage der Zulässigkeit einer Beteiligung der aktiv Versicherten an den Leistungsaufwendungen für Altenteiler ist weiterhin zu bedenken, dass der Bund bei der damaligen Grundentscheidung die *strukturwandelbedingten Lasten* übernehmen wollte. Insoweit bleibt festzustellen, dass die derzeitigen hohen Leistungsaufwendungen für Altenteiler nicht allein strukturwandelbedingt sind, sondern auch den Demographiefaktor widerspiegeln. Ebenso wie in der AKV nimmt der Anteil der Älteren am Gesamtbestand der Versichertengemeinschaft immer mehr zu, sodass daraus höhere Leistungsausgaben resultieren. Es wird deshalb vermehrt darauf hingewiesen, dass die aktiv Versicherten in der LKV sich zumindest an diesem Teil der gestiegenen Leistungsausgaben angemessen zu beteiligen haben. Dies sind zumindest keine sachfremden Erwägungen, auch wenn sie aktuell auf Grund der Haushaltslage des Bundes diskutiert werden.

### **7.3 Art und Umfang einer Beteiligung**

Die bisherigen Versuche der Bundesregierung zur Lösung des Problems waren allesamt von aktuellen Einflüssen, wahltaktischen Überlegungen und dem Versuch geprägt, bei grundsätzlichem Festhalten an der getroffenen Grundentscheidung kurzfristig Haushaltslöcher zu stopfen; sie waren mithin untauglich!

### **7.3.1 Keine Lösung in Anlehnung an den Entwurf des HBegIG 2004**

Eine Beteiligung der Landwirte an den Leistungsaufwendungen der Altenteiler kann nicht in der Weise geschehen, dass jede LKK einen bestimmten prozentualen Anteil der Leistungsaufwendungen der bei ihr versicherten Altenteiler, über dessen Höhe man sich einigen könnte, übernehmen sollte. Damit wäre eine ungleichmäßige Belastung der Aktiven der einzelnen LKKen verbunden, weil nicht alle LKKen über einen gleich hohen Altenteilerbestand und damit - gemessen an den Aufwendungen für die aktiv Versicherten - über einen gleich hohen prozentualen Anteil von Altenteileraufwendungen verfügen. Insbesondere bei der LKK MOD sind zurzeit noch relativ wenige Altenteiler versichert, sodass sie durch eine solche Regelung im Gegensatz zu anderen LKKen kaum belastet wäre. Diese sehr ungleiche Mehrbelastung auf die einzelnen LKKen hat maßgeblich zur Ablehnung des Entwurfs des HBegIG 2004 beigetragen. Mehl, (s. unter 3.3.4) bezeichnete in seiner Stellungnahme zum HBegIG 2004 die geplanten Regelungen als unsystematisch, weil sie die Mehrbelastungen sehr ungleich auf die einzelnen LKKen verteile. Außerdem ist absehbar, dass die Leistungsaufwendungen für Altenteiler in den nächsten Jahren trotz der Einsparungen durch das GMG voraussichtlich auf hohem Niveau stabil bleiben oder nur leicht sinken. Die Zahl der beitragspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmer wird dagegen weiterhin strukturwandelbedingt zurückgehen. Ein immer kleiner werdender Personenkreis hätte eine steigende Last zu tragen, sodass dieses System sehr bald - wenn nicht von Anfang an - an seine Grenzen stoßen würde.

### **7.3.2 Keine Lösung in Anlehnung an das HBegIG 2005**

Die Auswirkungen des HBegIG 2005 auf die aktiv Versicherten der LKKen sind unter 4. ausführlich dargestellt. Eine Lösung in Anlehnung an den Inhalt dieses Gesetzes verbietet sich aus mehreren Gründen:

Zunächst ist auch hier eine ungleichmäßige Belastung der aktiv Versicherten festzustellen (s. 4.2). Weiterhin ist die Mitfinanzierung durch die Festbeträge viel zu hoch angesetzt; sie war selbst von der Bundesregierung in dieser Weise nicht gewollt. Dies ergibt sich zweifelsfrei aus der Begründung zum HBegIG 2005. Der Gesetzgeber ging davon aus, dass die Belastung der aktiven Mitglieder durch Einsparungen in Folge des GMG abgefedert würden und dass für die Selbstverwaltung der LKKen Spielräume bestünden, durch eine Verringerung der Betriebsmittel unzumutbare Beitragsmehrbelastungen zu vermeiden. Zwischenzeitlich hat sich gezeigt, dass die Entlastung durch das GMG bei den aktiv Versicherten in dem erwarteten Umfang auch nicht ansatzweise eingetreten ist und zum anderen sind nicht alle LKKen in der Lage, Betriebsmittel einzusetzen (s. 4.4).

Die „Bestimmungsgrößen“ für die Mehrbelastung der aktiven Mitglieder der LKV in den Jahren 2005 bis 2008, auf der einen Seite die aufzufangende Absenkung der Bundeszuschüsse und auf der anderen Seite die Kompensation durch die zu erwartenden Einsparungen durch das GMG, sind bezüglich der Einsparungen falsch angesetzt. Die Belastung der Versicherten ist damit wesentlich höher als vom Gesetzgeber gewollt.

Die Festlegung einer bestimmten Summe für die jeweiligen Haushaltsjahre kann für alle Beteiligten darüber hinaus nur negativ sein. Bestimmungsgrößen wären die Haushaltslage des Bundes, die politischen Machtverhältnisse, Entwicklung der Leistungsausgaben, Beitragseinnahmen bei den Altenteilern, Maßnahmen des Gesetzgebers auf dem Gebiet des Sozialrechts und auf der Seite der Beitragszahler auch die Belastung auf anderen Gebieten des Sozialrechts, besonders der LUV. Ein nicht endendes Gezerre bei der Festlegung der jährlichen Beteiligungsgröße wäre vorhersehbar.

### **7.3.3 Keine Teilnahme der aktiv Versicherten am RSA**

Mit dieser Option hat sich der Verfasser unter 6. bereits ausführlich auseinandergesetzt. Mit einer Teilnahme der LKV am RSA der GKV wäre sicherlich die größte Entlastung des Bundes zumindest mittel- und langfristig verbunden. Die - möglicherweise - kurzfristige hohe Belastung der aktiv Versicherten, die langfristig hohe Belastung der AKV als Folge der Übernahme strukturwandelbedingter Lasten und die vielfältigen methodischen Probleme, die Nicht-Verfügbarkeit von Daten, verbieten eine solche Lösung. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird im Übrigen auf die Ausführungen unter 6. verwiesen.

### **7.3.4 Zuschlagsmodell**

#### **7.3.4.1 Zuschlag auf den Beitrag**

Ein prozentualer Zuschlag auf den individuellen Beitrag ist von allen diskutierten Modellen einer Beteiligung der aktiv Versicherten der LKV an den Leistungsaufwendungen der Altenteiler das einzige, welches geeignet erscheint, die größten Ungerechtigkeiten zu vermeiden. Zunächst werden im Gegensatz zu dem Entwurf eines HBeglG 2004 die aktiven Mitglieder einer LKK mit vielen Altenteilern grundsätzlich nicht höher belastet als die aktiven Mitglieder von LKKen mit wenig Altenteilern. Dies gilt auch im Vergleich zu den Regelungen des HBeglG 2005. Weiterhin ist ein solches Modell im Gegensatz zu einem Festbetrag als Dauerlösung wesentlich geeigneter, weil die künftigen aktiven Landwirte bei weiter voranschreitendem Strukturwandel und dem damit verbundenem weiterem Mitgliederschwund, nicht überproportional belastet werden.

Mit dem Gedanken eines Zuschlags auf den Beitrag haben sich auch die Direktoren der LKKen (Beratungsergebnis zu Pkt. 4 der Tagesordnung der

Sitzung am 30.06.2004) befasst. Der Vorschlag eines weiteren Solidarbeitrags der Aktiven der LKV sollte zwar alternativ zu dem Gesetzentwurf des HBeglG 2005 eingebracht werden (um Schlimmeres zu verhüten!), darf aber wohl tendenziell als Hinweis verstanden werden, wie eine von der Politik geforderte Beteiligung aussehen könnte. Das Beratungsergebnis lautet:

„Auch wenn man die grundsätzliche Verpflichtung des Bundes zur Übernahme des strukturwandelbedingten Defizits in der LKV anerkennt, bleibt dennoch festzustellen, dass die hohen Leistungsaufwendungen für Altenteiler nicht allein strukturwandelbedingt sind, sondern auch den Demographiefaktor widerspiegeln. Ebenso wie in der allgemeinen Krankenversicherung nimmt der Anteil der Älteren am Gesamtbestand der Versichertengemeinschaft immer mehr zu, sodass daraus höhere Leistungsausgaben resultieren. Es wird deshalb vermehrt darauf hingewiesen, dass die aktiv Versicherten in der LKV sich zumindest an diesem Teil der gestiegenen Leistungsausgaben angemessen beteiligen. Dies könnte durch einen Zuschlag auf den Beitrag erfolgen, der zur Deckung der Leistungsausgaben der aktiv Versicherten erforderlich ist. Angedacht wird insoweit ein 10%iger Zuschlag, der dann zusammen mit den hohen Verwaltungskosten zur Durchführung der Krankenversicherung für Altenteiler ca. 20 % des Beitragsaufkommens der aktiv Versicherten beträge (s. hierzu Bernhard Schmidt, Optionen zur Weiterentwicklung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung (LKV) auf dem Prüfstand, SdL 1/2004 S. 104 ff., insbesondere S. 132 ff.). Es besteht Einvernehmen, das Zuschlagsmodell einer näheren Prüfung zu unterziehen und ggf. als Alternativvorschlag zu dem Gesetzentwurf des Haushaltsbegleitgesetzes einzubringen.“

#### *7.3.4.2 Vorschlag von Mehl*

Mehl (s. vorn 3.3.4) war - soweit ersichtlich - der Erste, der als eine Option zur Beteiligung der aktiv in der LKV Versicherten an dem Altenteilerdefizit einen Zuschlag auf den Beitrag in die Diskussion eingeführt hat. Dabei setzt er sich mit der einkommenspolitischen Komponente, die bei der Übernahme der durch eigene Beiträge nicht abgedeckten Leistungsaufwendungen für Altenteiler durch den Bund eine wichtige Rolle gespielt hat, nicht auseinander und fordert eine völlige Angleichung an die Verhältnisse in der AKV. Der Gedanke einer Einkommensstützung über Sozialbeiträge passt offenbar nicht mehr in die politische Landschaft und ist wohl auch mit EG-Recht nicht vereinbar. Mehl schlägt vor, zunächst die durchschnittlichen Aufwendungen der aktiven Mitglieder der AKV zur Abdeckung des Rentnerdefizits zu ermitteln, ausgedrückt in einem Prozentsatz ihres Beitrags. Um diesen Prozentsatz soll sodann der Beitrag der Aktiven in der LKV erhöht werden (Zuschlag).

Der von den Aktiven aufzubringende Anteil der Ausgaben für Rentner betrug im Jahr 2003 in der AKV über 55 %. Für dessen Finanzierung sind ca. 30 % des Beitrags der aktiv Versicherten erforderlich. Nur zum Vergleich: Sollten die aktiv Versicherten der LKV das durch eigene Beiträge nicht gedeckte Defizit der Leistungsausgaben der Altenteiler finanzieren, müssten ihre Beiträge um über 200 % angehoben werden. Dies fordert selbstverständlich niemand. Eine Gleichbehandlung mit den aktiv Versicherten der AKV wird darin gesehen, auf ihre Beiträge einen Zuschlag von 30 % zu erheben, der zur Mitfinanzierung des Altenteilerdefizits in der LKV dienen soll (Mehl, Reformen des agrarsozialen Sicherungssystems in der Bundesrepublik Deutschland: Rückblick und Ausblick, SdL 3/99 S. 275, und Stellungnahme zum Entwurf des HBegIG 2004).

Bei den Überlegungen bezüglich der Höhe des Zuschlags kann Mehl nicht gefolgt werden. Die Einkommenssituation der aktiven Landwirte und damit die Belastung mit Beiträgen ist angemessen zu berücksichtigen. Deshalb soll nach der Auffassung der meisten Befürworter einer finanziellen Beteiligung der aktiven Landwirte an den Leistungsaufwendungen für Altenteiler eine „Annäherung“ an die Verhältnisse der AKV erfolgen und keine Gleichstellung. In diesem Sinne hat sich auch Schlagheck geäußert (s. 7.1.3). Dies ist auch sachgerecht, weil es sich bei der LKV um keine Kassenart handelt, welche eine durchschnittliche Risikostruktur und durchschnittliche Finanzkraft aufweist. Die Leistungsaufwendungen für Altenteiler trägt zwar überwiegend der Bund, doch haben die aktiven Mitglieder der LKVen wegen des deutlich höheren Familienkoeffizienten gegenüber der AKV die Aufwendungen für mehr Familienangehörige über ihren Beitrag zu finanzieren als die aktiv Versicherten der AKV. B. Schmidt (s. 7.1.2) kritisiert daher zu recht, dass von Mehl in keiner Weise argumentativ unterlegt worden sei, weshalb eine Beteiligung der aktiven Mitglieder der LKV an den Kosten der Altenteiler-KV in Höhe von 30 % sachgerecht sein soll. Außerdem läge bei dem Vorschlag, auf den effektiv aufgebrauchten Beitrag 20 % oder gar 30 % aufzuschlagen, der Solidarbeitrag der Landwirte deutlich über 30 % des Betrages, der für die Durchführung ihrer eigenen Krankenversicherung aufzubringen ist.

#### *7.3.4.3 Vorschlag von Schmidt*

Nähert man sich der Bestimmung einer Größenordnung einer prozentualen Beteiligung, ist zunächst zu berücksichtigen, dass die aktiv Versicherten die gesamten Verwaltungskosten, d.h. auch die für die Altenteilerversicherung zu tragen haben. Ca. 10 % ihres Beitrags müssen für die Verwaltungskosten der Altenteilerversicherung aufgewendet werden, sodass die aktiv Versicherten insoweit bereits einen Solidarbeitrag leisten; dies wird auch anerkannt. Schmidt (s. unter 7.1.2) hält eine Beteiligung der aktiv Versicherten in Höhe von 20 % ihres eigenen Beitrags als Solidarbeitrag für angemessen und schlägt des-



halb unter Berücksichtigung der Verwaltungskosten einen weiteren 10%tigen Aufschlag vor. Selbst wenn man eine 20%tige Beteiligung der Aktiven für sachgerecht, zumindest für diskussionswürdig hält, kann dieser Berechnung nicht gefolgt werden, weil die Belastung der Aktiven damit - möglicherweise ungewollt - über die 20 % hinausginge.

Beispiel: Werden zurzeit von dem Beitrag der Aktiven 10% für Verwaltungskosten der Altenteilerversicherung gebraucht und es werden pauschal 10% zugeschlagen, wären die Aktiven nicht mit 20% sondern bereits mit 23,5 % belastet. Berechnung: Unterstellt, die Aktiven bringen im Jahr 600 Mio. Euro auf, wovon 10 %, d. h. 60 Mio. auf Verwaltungskosten für Altenteiler entfallen. Ein Zuschlag von 10 % auf die 600 Mio. Euro ergibt eine Gesamtbelastung von 660 Mio. Euro. Ohne Altenteiler würden nur 540 Mio. Euro benötigt. Der Mehrbetrag von 120 Mio. Euro sind 23,5 % von 540 Mio. Euro.

Zu bedenken ist, dass der Anteil des Beitrags der aktiv Versicherten der LKV, der für Verwaltungskosten der Altenteiler künftig aufzubringen ist, weiter ansteigen wird. Zunächst, weil die Zahl der Aktiven weiter zurückgehen wird, während die Zahl der Altenteiler in den nächsten Jahren zumindest konstant bleibt. Dies bedeutet, dass immer weniger Aktiven immer mehr Altenteiler gegenüberstehen werden. Zum anderen werden hohe Kosten auf die gesamte GKV durch Einführung neuer Technologien, wie z.B. das elektronische Rezept oder die elektronische Patientenakte, zukommen. Diese Kosten werden zwar nicht immer den Verwaltungskosten zugerechnet, belasten aber - weil keine Leistungsaufwendungen - ausschließlich die aktiven Landwirte und nicht den Bund. Auch diese Tatsache ist bei einer Überlegung, in welcher Höhe eine angemessene Beteiligung angesetzt werden kann, mit zu berücksichtigen. Diese Unwägbarkeiten bezüglich der Entwicklung der Verwaltungskosten dürfen nicht den aktiv Versicherten zusätzlich aufgeladen werden. Dies wäre der Fall, würde man auf den nach derzeitigem Recht ermittelten Beitrag der aktiv Versicherten einen festen prozentualen Zuschlag erheben. In einer weiteren Beispielsberechnung wird dies deutlich. Steigt der Anteil der Kosten (für Altenteiler) auf 12 % (von 600 Mio. Euro), betrüge der Solidarbeitrag bereits 25 %. Berechnung: 12 % von 600 Mio. sind 72 Mio. Werden auf die 600 Mio. 10 %, d.h. 60 Mio. zugeschlagen, betrüge der Solidarbeitrag 132 Mio. Euro. Das sind 25 % des Basisbetrages von 528 Mio. Euro. Dieser Prozess würde sich dynamisch fortsetzen; die Beitragsbelastung als Folge der Mitfinanzierung der Leistungsaufwendungen für Altenteiler wäre unkalkulierbar.

#### *7.3.4.4 20 Prozent Zuschlag auf den „Nettobeitrag“*

Die unter 7.3.4.3 aufgezeigten Folgen, dass der prozentuale Anteil der Aktiven an den Gesamtaufwendungen für Altenteiler allein durch die Erhöhung des Verwaltungskostenanteils steigt, wird vermieden, wenn man auf die Aufwendungen nur für die aktiv Versicherten („Nettobeitrag“) einen bestimmten

Prozentsatz aufschlägt. Dieser könnte z.B. bei 20 % liegen. In diesen 20 % wären die Verwaltungskosten der Altenteiler-KV mit 10 % + X enthalten, sodass der Anteil der Aktiven an der Altenteilerversicherung unabhängig von der Entwicklung der Verwaltungskosten auf 20 % begrenzt wäre. In der Beispielsrechnung vorstehend unter 7.3.4.3 wären deshalb von den 600 Mio. Euro Aufwendungen der Aktiven die 60 Mio. Euro für Verwaltungskosten der Altenteiler abzuziehen. Auf den Basisbetrag in Höhe von 540 Mio. Euro wären 20 % aufzuschlagen, sodass von den Aktiven insgesamt 648 Mio. Euro aufzubringen wären. Betrügen die Verwaltungskosten 12 % von 600 Mio. Euro, sähe die Rechnung wie folgt aus:  $600 - 72 = 528$  Mio. Euro. Davon 20 % sind 105,60 Mio. Euro, sodass die Aktiven insgesamt 633,60 Mio. Euro aufzubringen hätten. Die Belastung der Aktiven durch die Beteiligung an der Krankenversicherung der Rentner bliebe konstant bei 20 %. Ein solches Zuschlagsmodell würde dem Anliegen nach Annäherung an die Verhältnisse der AKV gerecht und vermeidet eine zunehmende Belastung der aktiv Versicherten. Der Verfasser hält eine Beteiligung der Landwirte an den Aufwendungen für Altenteiler in Form eines Zuschlags auf den Nettobeitrag für den einzigen finanziell vertretbaren Weg.

## **8. Ausgleich der Belastung innerhalb der LKV**

### **8.1 Gründe, die einen Finanzausgleich rechtfertigen könnten**

Die AKV verfügt mit dem RSA über ein Instrument zum Ausgleich der Belastung der Versicherten von Krankenkassen mit unterschiedlicher Versichertenstruktur. Die LKKen nehmen an dem RSA nicht teil, auf die Ausführungen vorstehend unter 6. wird verwiesen.

Mit der Nicht-Teilnahme am RSA ist die Frage nach der Notwendigkeit eines Finanzausgleichs innerhalb der LKV indessen nicht beantwortet. Das Gesetz lässt nach § 54 KVLG 1989 i.V.m. § 265 SGB V einen Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen zu. Von der Möglichkeit eines Finanzausgleichs bei aufwendigen Leistungsfällen haben die LKKen Gebrauch gemacht. Das Nähere regelt die Satzung des BLK (§§ 7 ff.). Daneben gibt es zurzeit keinen Finanzausgleich bei den LKKen, nicht innerhalb der LKV und auch nicht mit den Kassen der AKV. Ein Finanzausgleich wäre auch weiterhin nicht erforderlich, wenn die Mitglieder aller LKKen ihrem Einkommen entsprechend gleichmäßig belastet wären. Dies ist im Hinblick auf die unterschiedlichen Strukturen bei den einzelnen LKKen zweifelhaft. Gründe für die unterschiedlichen Belastungen der Unternehmer können sein

- Leistungsaufwendungen,
- Familienkoeffizient,
- Verwaltungskosten,

- die Struktur der Betriebe und
- die Belastung durch das HBeglG 2005.

Diese Faktoren können zu einer unterschiedlichen Belastung der Versicherten einer LKK im Vergleich zu den Versicherten der anderen LKKen führen. Darüber hinaus bedarf es einer gesonderten Untersuchung, ob die Verteilung der Beitragslast innerhalb einer LKK nach gleichen Kriterien erfolgt. Zunächst werden indessen die unterschiedlichen Belastungen auf Grund der unterschiedlichen Strukturen bei den einzelnen LKKen untersucht.

#### **8.1.1 Leistungsaufwendungen**

Die Leistungsaufwendungen der aktiven Mitglieder der einzelnen LKKen innerhalb der verschiedenen Kontengruppen der Kontenklassen 4 und 5 fallen nach den Rechnungsergebnissen seit Jahren sehr unterschiedlich aus. Gründe hierfür könnten auch in Buchungsfehlern zu suchen sein.

Insoweit ist die Summe der Leistungsaufwendungen pro aktives Mitglied bei den LKKen maßgeblich. Pro aktivem Mitglied (ohne mitversicherte Familienangehörige) sind im Jahr 2003 zwischen 1.029,57 Euro und 1.437,13 Euro bei einem Durchschnitt von 1.160,56 Euro ausgegeben worden. Differenzierter sieht das Bild bei den mitversicherten Familienangehörigen aus, im Durchschnitt wurden hier 1.040,47 Euro aufgewandt, die Spanne liegt zwischen 437,19 und 1.336,80 Euro.

#### **8.1.2 Mitversicherte Familienangehörige (Familienkoeffizient)**

Nach der neuesten Statistik vom 01.01.2005 waren bei den LKKen ohne Anteilnehmer insgesamt 258.834 Mitglieder versichert. Hinzu kamen 269.671 Familienangehörige, sodass auf jedes Mitglied rein rechnerisch 1,040 Familienangehörige entfallen. Die Verteilung der einzelnen LKKen ist der nachstehenden Übersicht zu entnehmen:

LKK	Mitglieder ohne Altenteiler	Mitversicherte Familienangehörige	Koeffizient
LKK Schleswig-Holstein und Hamburg	15.649	17.264	1,10
LKK Niedersachsen-Bremen	41.728	46.212	1,11
LKK Nordrhein-Westfalen	30.679	34.044	1,11
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland	27.887	26.787	0,96
LKK Franken und Oberbayern	38.518	42.965	1,12
LKK Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben	35.944	40.397	1,12
LKK Baden-Württemberg	26.664	33.699	1,26
KK für den Gartenbau	25.302	18.573	0,73
LKK Mittel- und Ostdeutschland	16.463	9.730	0,59
<b>i n s g e s a m t</b>	<b>258.834</b>	<b>269.671</b>	<b>1,040</b>

Eine unterschiedliche Belastung der aktiven Mitglieder resultiert aus dem jeweils maßgebenden Familienkoeffizienten der LKK, bei der sie Mitglied sind.

### **8.1.3 Verwaltungskosten**

Verwaltungskosten sind grundsätzlich nicht ausgleichsfähig. Dies gilt auch in der allgemeinen KV im Rahmen des RSA, weil sparsam wirtschaftende Krankenkassen nicht die hohen Verwaltungskosten anderer Kassen mittragen sollen.

Für den Bereich der LKV ist indessen zu bedenken, dass die Beitragseinnahmen der versicherten Altenteiler ausschließlich zur Abdeckung der Leistungsaufwendungen herangezogen werden und nicht anteilig auch für die Verwaltungskosten. Aktive Mitglieder von LKKen mit einem hohen Rentneranteil haben daher gegenüber Mitgliedern anderer LKKen u. a. einen überproportional hohen Anteil ihres Beitrags für Verwaltungskosten für die Altenteiler und deren Familienangehörigen mitzutragen.

Auch die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen der Aktiven spielt insoweit eine Rolle. Aus diesem Gesichtspunkt heraus könnten auch in bestimmtem Umfang die Verwaltungskosten der LKKen für Rentner und Familienangehörige einem Ausgleich unterzogen werden.

Die Auswirkungen von Verwaltungskosten für mitversicherte Familienangehörige und versicherte Altenteiler auf den Beitrag der Aktiven lassen sich an folgendem einfachen Beispiel darlegen:

Die 26.664 aktiven Pflichtversicherten (einschl. mitarbeitenden Familienangehörigen) der LKK Baden-Württemberg haben zusätzlich Leistungs- und Verwaltungskosten für 33.699 Familienangehörige sowie Verwaltungskosten für 48.701 Altenteiler einschl. deren Familienangehörige aufzubringen. Das sind Verwaltungskosten für insgesamt zusätzlich 82.400 Personen. Im Jahr 2003 betragen die Verwaltungskosten pro Versicherten durchschnittlich 122,41 Euro. Legt man diesen Betrag zugrunde, wären das für die 82.400 Personen somit 10.086.584 Euro. Das sind pro aktives Mitglied rd. 378 Euro im Jahr. Zum Vergleich: Bei der LKK MOD entfallen auf die 16.463 aktiven Pflichtversicherten 9.730 Familienangehörige sowie 1.297 Altenteiler einschl. deren Familienangehörige. Das sind zusammen 11.027 Personen. Diese Zahl multipliziert mit dem Durchschnittswert von 122,41 Euro ergibt 1.349.815 Euro. Auf jeden der 16.463 aktiven Pflichtversicherten entfielen damit ca. 82 Euro zusätzlichen Verwaltungskosten pro Jahr.

Auch wenn die Leistungsaufwendungen für die Altenteiler grundsätzlich vom Bund übernommen werden, lässt sich aus vorstehender Berechnung dennoch ableiten, dass die aktiv Versicherten der LKKen mit hohem Altenteilerbestand und hohem Familienkoeffizienten auch wegen der Verwaltungskosten überproportional belastet sind. Die aktiv Versicherten der LKK Baden-Württemberg sind nach diesem Berechnungsbeispiel bezüglich dieser Kosten 4,6mal so hoch belastet wie die Versicherten der LKK MOD.

#### **8.1.4 Einfluss der Betriebsstrukturen bei den LKKen**

Einfluss auf die Belastung der beitragspflichtigen landw. Unternehmer dürfte auch die Struktur der Landwirtschaft, d.h. die durchschnittliche Größe der bewirtschafteten Flächen haben. Dies lässt sich - unabhängig von den durchschnittlichen Leistungs- und Verwaltungsaufwendungen einer LKK - an nachstehendem Beispiel wie folgt nachweisen:

Die durchschnittlichen Leistungsaufwendungen eines aktiv Versicherten betragen bundesweit im Jahr 2003 2.200 Euro, inkl. Verwaltungskosten ca. 2.640 Euro. Werden im Zuständigkeitsbereich einer LKK durchschnittlich 40 ha von jedem Landwirt bewirtschaftet, beträgt die Belastung pro Hektar 66,00 Euro. Werden bei einer anderen LKK durchschnittlich 100 ha bewirtschaftet, beträgt die Belastung pro Hektar 26,40 Euro. Durch diese vereinfachte Rechnung lässt sich bereits erahnen, warum bei der Errechnung des Beitrags bei den sog. Vergleichsbetrieben des DBV die Beiträge der LKK MOD bei kleinen und mittleren Betrieben durchweg deutlich unter dem Durchschnitt liegen. Die großen subventionieren die kleinen. Rechnet man den unterschiedlichen Familienkoeffizienten und die unterschiedlich hohe Belastung durch Verwaltungskosten der Altenteiler hinzu, werden die unterschiedlichen Beitragshöhen innerhalb der LKV bei identischen Betriebsgrößen durchaus plausibel.

**8.1.5 Belastungen durch das HBegIG 2005**

Das HBegIG 2005 (siehe dazu vorn unter 4.) schreibt vor, dass für die Verteilung der Beträge das jeweilige Beitragsaufkommen einer LKK gemessen am Beitragsaufkommen aller LKKen maßgeblich ist. Insoweit zählt das Beitragsaufkommen der Altenteiler ebenfalls mit, sodass LKKen mit einem hohen Altenteileranteil einen entsprechend höheren Anteil an dem Umlagebetrag aufzubringen haben. Auch das höhere Beitragsaufkommen in Folge eines hohen Familienkoeffizienten (s. unter 8.1.2), hoher Verwaltungskosten (s. unter 8.1.3) und ungünstiger Betriebsstrukturen (s. unter 8.1.4) wirken sich belastend bei der Verteilung des Umlagebetrages aus. Berechnet nach dem Beitragsaufkommen des Jahres 2004 nach der Finanzstatistik KV 45 beträgt die durchschnittliche Zusatzbelastung der aktiv Versicherten im Jahr 2005 bei den LKKen zwischen 229,45 Euro und 384,56 Euro, im Bundesdurchschnitt 352,53 Euro als Folge der Mitfinanzierung der Leistungsaufwendungen für die Altenteiler, s. nachstehende Übersicht.

	Aufzubringender Anteil	Unternehmer + Freiwillige	jährlich mehr	monatlich mehr	Prozent des Beitrags
LKK Schl.-Holst. u. Hamburg	4.740.545,03	14.075	336,81	28,07	13,10 %
LKK Niedersachsen-Bremen	13.162.240,37	38.023	346,17	28,85	13,15 %
LKK Nordrhein-Westfalen	10.546.128,10	28.166	374,43	31,20	13,52 %
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz u. Saarland	9.847.135,45	25.856	380,85	31,74	14,88 %
LKK Franken u. Oberbayern	13.514.139,51	35.142	384,56	32,05	12,76 %
LKK Niederbayern-Oberpfalz u. Schwaben	11.109.846,52	32.977	336,90	28,07	11,89 %
LKK Baden-Württemberg	9.227.368,43	25.097	367,67	30,64	13,04 %
KK für den Gartenbau	6.520.522,25	18.749	347,78	28,98	11,89 %
LKK Mittel- u. Ostdeutschland.	3.332.074,34	14.522	229,45	19,12	10,15 %
<b>insgesamt</b>	<b>82.000.000,00</b>	<b>232.607</b>	<b>352,53</b>	<b>29,38</b>	<b>12,88 %</b>

Ein Finanzausgleich nur bezüglich der Zusatzbelastungen durch das HBeglG 2005 ist nach Inkrafttreten des Gesetzes vielfach gefordert worden. Ein solcher Ausgleich begegnet nicht nur rechtlichen Bedenken (die Aufteilung ist gesetzlich genau geregelt), sondern auch politischen. Die Auswirkung des HBeglG 2005 darf deshalb nicht isoliert, sondern sie muss im Gesamtzusammenhang gesehen werden; dazu nachstehend unter 8.1.6.

### **8.1.6 Durchschnittliche monatliche Belastung bei den einzelnen LKKen**

Unter Berücksichtigung der Leistungsaufwendungen für sich selbst, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und die Auszubildenden sowie die Verwaltungskosten für alle Versicherten hatten die pflichtversicherten landwirtschaftlichen Unternehmer sowie die freiwillig Versicherten im Jahr 2003 durchschnittlich LKV-weit im Monat 228,05 Euro zu zahlen. Hinzu kommt der Solidarbeitrag nach dem HBeglG 2005, nach vorläufiger Berechnung 29,38 Euro monatlich, zusammen folglich 257,43 Euro. Dabei liegen die Durchschnittsbeiträge der einzelnen LKKen zwischen 207,54 und 283,11 Euro monatlich, wie aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich ist.

L K K	Landw. Unternehmer / freiwill. Vers.	Zusatzbeträge	insgesamt
LKK Schl.-Holst. u. Hamburg	214,33	28,07	242,40
LKK Niedersachsen-Bremen	219,37	28,85	248,22
LKK Nordrhein-Westfalen	230,87	31,20	262,07
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz u. Saarland	213,28	31,74	245,02
LKK Franken u. Oberbayern	251,06	32,05	283,11
LKK Niederbayern-Oberpfalz u. Schwaben	236,20	28,07	264,27
LKK Baden-Württemberg	234,90	30,64	265,54
KK für den Gartenbau	243,84	28,98	272,82
LKK Mittel- u. Ostdeutschland.	188,42	19,12	207,54
Durchschnitt	228,05	29,38	257,43

Die durchschnittlichen monatlichen Beiträge der LKKen im Jahr 2005 werden sich zwar auf Grund veränderter Mitgliederstrukturen und des aktuellen Finanzbedarfs verändern, aber in der Tendenz dürften die Abstände zwischen den LKKen grundsätzlich bestehen bleiben (die Rechnungsergebnisse der KJ 1 für das Jahr 2004 liegen zurzeit noch nicht vor).

Die vorstehenden Zahlen sind zwar endgültig nur dann aussagefähig, wenn sie in Relation zu der Betriebsgröße und dem Einkommen gesetzt werden. Auch ohne genaue Kenntnis dieser Zahlen lässt sich ableiten, dass Unternehmer kleinerer landw. Betriebe, die zudem bei einer LKK versichert sind, bei der generell kleine Betriebsstrukturen vorherrschen, überproportional belastet werden.

## **8.2 Angleichung der Erhebungsmaßstäbe**

Sollen die zweifelsfrei bestehenden unterschiedlichen Belastungen durch einen Finanzausgleich innerhalb des LKV-Systems nivelliert werden, müssen die Beiträge nach einheitlichen Maßstäben erhoben werden, um zunächst innerhalb der LKKen eine auf gleichen Kriterien beruhende Belastung der Unternehmer herbeizuführen. Durch einen - wenn auch erforderlichen - einheitlichen Beitragsmaßstab allein lässt sich kein Beitragstransfer herbeiführen, weil jede LKK auch weiterhin gem. § 38 KVLG 1989 ihren Beitrag so kalkulieren würde (müsste!), dass nur die eigenen Aufwendungen gedeckt würden. Ohne eine Angleichung der Erhebungsmaßstäbe ist aber ein kassenübergreifender Finanzausgleich nicht denkbar. Demzufolge hat der Vorstand des BLK die Verwaltung beauftragt, gemeinsam mit den LKKen eine fiktive Beitragsberechnung für alle landwirtschaftlichen Unternehmer nach bundeseinheitlichen Kriterien vorzunehmen. Erst nach Auswertung dieser Daten soll eine Positionierung für oder gegen einen Finanzausgleich erfolgen.

### **8.2.1 Derzeitige Situation**

Im Gegensatz zu dem für alle Versicherten der Krankenkassen der AKV völlig gleichen Beitragsmaßstab (Prozentsatz vom Lohn oder Gehalt) lässt das KVLG 1989 bei der Beitragsberechnungen bezüglich der Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft verschiedene Möglichkeiten zu. Die Beiträge werden insoweit nach Beitragsklassen festgesetzt; die Satzung bestimmt die Beitragsklassen für die versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmer nach dem Wirtschaftswert, dem Arbeitsbedarf oder einem anderen angemessenen Maßstab. Weiterhin muss die Satzung 20 Beitragsklassen vorsehen, wobei der Beitrag der höchsten Beitragsklasse mindestens das Sechsfache des niedrigsten Beitrags für einen Versicherten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 betragen muss. Weiterhin darf der Beitrag der Beitragsklasse 20 - vereinfacht ausgedrückt - 90 % des Höchstbeitrags der örtlichen AOKen nicht unterschreiten.

Gegenwärtig sehen die Satzungen der LKKen als Beitragsbemessungsmaßstäbe vor:

- Bei der LKK Schleswig-Holstein und Hamburg den Arbeitsbedarf,



- bei 7 LKKen als einen anderen angemessenen Maßstab den Flächenwert bzw. den korrigierten Flächenwert,
- bei der KK für den Gartenbau als einen anderen angemessenen Maßstab den korrigierten Jahresarbeitswert.

Trotz der Verwendung des Beitragsmaßstabs Flächenwert von 7 LKKen kommt es zu völlig unterschiedlichen Beitragsfestsetzungen. Zunächst wird zwischen dem „Flächenwert“ und „korrigiertem Flächenwert“ unterschieden. Die Beitragsklassen bemessen sich nach dem jeweils kassenindividuell ermittelten Flächenwert. Für die einzelnen Beitragsklassen werden bestimmte Spannen von Flächenwerten festgesetzt. Auch hier bestehen große Unterschiede bei den einzelnen LKKen. Bei einer mittleren Beitragsklasse, z.B. der Klasse 11, sind folgende Spannen festgelegt:

L K K	Spanne
LKK Niedersachsen-Bremen - Flächenwert in Euro (modifiziert nach AELV) -	36.201 bis 40.100
LKK Nordrhein-Westfalen (Regionaldirektion Detmold) - Flächenwert in Euro (modifiziert nach AELV) -	33.751 bis 37.500
LKK Nordrhein-Westfalen (Regionaldirektion Düsseldorf) - Flächenwert in Euro (modifiziert nach AELV) -	22.500 bis 24.999
LKK Nordrhein-Westfalen (Regionaldirektion Münster) - Flächenwert in Euro (modifiziert nach AELV) -	22.500 bis 24.999
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland - Flächenwert in Euro (modifiziert nach AELV) -	35.791 bis 40.903
LKK Franken und Oberbayern - Flächenwert in Euro -	12.001 bis 16.000
LKK Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben - Flächenwert in DM -	35.001 bis 40.000
LKK Baden-Württemberg - Flächenwert in Euro (modifiziert nach AELV) -	27.611 bis 30.678
LKK Mittel- und Ostdeutschland - Flächenwert in Euro -	50.001 bis 60.000

Manche LKKen nehmen eine Kappung des Hektarwerts vor (Höchstbetrag), andere dagegen nicht. Ab dem Haushaltsjahr 2005 haben drei LKKen (FOB, NOS und HRS) Grund- bzw. Basisbeiträge eingeführt (s. vorn unter 4.4). Andere LKKen überlegen, ob sie diesem Schritt folgen sollen.

Aus Vorstehendem folgt, dass die LKKen die Beiträge in den 20 Beitragsklassen völlig unterschiedlich festgesetzt haben. Im Ergebnis sind deshalb weder die

Beitragsklassen noch die monatlichen Eurobeträge in den einzelnen Beitragsklassen miteinander vergleichbar und sagen nichts über die tatsächliche Belastung der Unternehmer aus. Festzustellen ist zudem, dass bei einigen LKKe die oberen Beitragsklassen kaum besetzt sind. Folglich gibt es deshalb große Unterschiede in der Beitragsbelastung. Die Rechnung, die Betriebsgröße spiegelt die Einkommenssituation und damit die wirtschaftliche Situation eines Unternehmers wider, aus der seine Beitragsverpflichtung folgt, geht nur bedingt auf. Die Beitragsunterschiede gleichgroßer Betriebe bei den LKKe sind deshalb allein mit den strukturellen Unterschieden, wie sie unter 8.1 aufgelistet sind, nicht zu erklären. Deshalb ist nicht nur die Einführung eines einheitlichen Beitragsmaßstabs, sondern auch eine einheitliche Ausgestaltung des Maßstabs erforderlich, um zu mehr Beitragsgerechtigkeit zu gelangen. Damit könnte auch einem Teil der Kritik an dem LKV-System der Boden entzogen werden. In Betracht kommen die Maßstäbe

- Flächenwert oder ein
- steuerlicher Maßstab.

### **8.2.2 Maßstab des Flächenwerts/korrigierten Flächenwerts**

Im Hinblick auf die derzeitige Situation bietet es sich an, den Flächenwert/korrigierten Flächenwert als bundeseinheitlichen Beitragsbemessungsmaßstab zu verwenden. Nur für die KK für den Gartenbau könnte es bei dem bisherigen Beitragsmaßstab verbleiben, weil ein auf die Fläche bezogener Maßstab dort nicht ausreicht.

Die vorgegebene Zielsetzung setzt voraus, dass Eckpunkte festgelegt werden, die im Rahmen einer Selbstverpflichtung von allen LKKe zu beachten sind. Ist dieses Ziel auf freiwilliger Basis nicht zu erreichen, müsste ggf. über eine gesetzliche Fixierung nachgedacht werden.

Für die Festlegung des Flächenwerts als bundeseinheitlicher Beitragsmaßstab ist erforderlich:

- Zusammenstellung aller erfassten Nutzungsarten/Kulturarten bei den LKKe und einheitliche Zuordnung für die Bewertung (z.B. Wald und Weihnachtsbaumkulturen); dies setzt voraus, dass die LKKe alle Nutzungsarten, die in die Beitragsberechnung einfließen, dem Verband melden, und zwar unabhängig davon, ob diese gesondert in der Satzung ausgewiesen sind;
- Einheitliche Bewertung bei unterschiedlichen Nutzungsarten, und zwar insbesondere dann, wenn sie bei mehr als 1 LKK zu bewerten sind;
- Einheitliche Festsetzung des Hektarwerts ohne Mindest- und /oder Höchstbeträge;

- Einheitliche Bestimmung der Gemeinde in Verbindung mit dem Unternehmenssitz für die Fälle des Heranziehens des durchschnittlichen Hektarwerts,
- Einheitliche Bewertung bei Schafhaltung (mit und ohne Bodenbewirtschaftung);
- Ggf. einheitliche Reduzierungen des Flächenwerts für die Beitragsklassenzuordnung;
- Einheitliche Grundlagen bei Anwendung der AELV;
- Einheitliche Berichtigungsregelung auf Antrag (§ 41 Abs. 7 des Musters einer Satzung für die LKKen).

Die Direktoren der LKKen haben in ihrer Sitzung am 22./23.02.2005 zugestimmt, einen fiktiven bundeseinheitlichen Beitragsmaßstab in Form des Flächenwerts/korrigierten Flächenwerts unter Beachtung der vorstehenden Eckwerte zu verwenden. Die erforderlichen Daten sollen für die Berechnung zur Verfügung gestellt werden.

### **8.2.3 Steuerlicher Maßstab**

Alternativ wurde in der vorbezeichneten Direktorenkonferenz angeregt, erneut die Möglichkeit eines einkommensbezogenen Maßstabs auf der Grundlage des Steuerrechts zu prüfen. Dabei sollte - abweichend von den bisherigen Überlegungen - neben dem Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft das Gesamteinkommen zu Grunde gelegt werden.

#### *8.2.3.1 Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft*

Der Entwurf eines Gesetzes zur Reform der agrarsozialen Sicherung - ASRG 1995 - sah gemäß Art. 9 Nr. 17 Buchst. e) mit Wirkung vom 01.01.1997 für die Berechnung der Beiträge aus Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft die nach dem Entwurf eines ALG zu ermittelnden Einkommenswerte als Bemessungsgrundlage vor. Der Gesetzgeber wollte den politischen Forderungen nach einkommensgerechten Beiträgen und damit einer sozialgerechteren Beitragsgestaltung nachkommen. Die damalige Regelung sah allerdings nur für buchführungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer das sich aus dem letzten verfügbaren Einkommensteuerbescheid ergebende Arbeitseinkommen als Beitragsbemessungsmaßstab vor. In allen anderen Fällen sollte der korrigierte Wirtschaftswert maßgeblich sein. Eine Beitragsbemessung aus dem Arbeitseinkommen i.S.d. § 4 Abs. 1 oder 3 EStG ist aber nur dann zielführend, wenn sie für alle gilt.

Bei näherer Betrachtung erweist sich eine Beitragsbemessung auf der Grundlage des Einkommensteuerbescheids als nicht unproblematisch. Die gesetz-

liche Krankenversicherung wird von dem in ständiger Rechtsprechung bestätigten Grundsatz beherrscht, dass Versicherungsverhältnisse und auch die Beitragsbemessungsgrundlagen vorausschauend, nach zeitnahen, d.h. nach den im Zeitpunkt der Beitragserhebung tatsächlichen Einkommensverhältnissen und nach möglichst objektiven Kriterien zu beurteilen sind. Diese Anforderungen sind bei einem einkommensbezogenen Maßstab in der LKV nur schwer zu erfüllen. Lösungsmöglichkeiten sind indessen nicht von vornherein ausgeschlossen.

- Zunächst sind die Gewinnermittlungsvorschriften der §§ 4 ff. EStG sehr vielschichtig. Bereits der Grundbegriff der Gewinnermittlung in § 4 EStG lässt erkennen, dass dieser Maßstab als Beitragsbemessungsgrundlage für Versicherungspflichtige in der Sozialversicherung zweifelhaft erscheint. Bei dem Gewinn handelt es sich - vereinfacht ausgedrückt - um die Differenz zwischen den betrieblichen Einnahmen und den betrieblichen Ausgaben. Demgegenüber ist für die übrigen Versicherungspflichtigen der AKV das Bruttoarbeitsentgelt Beitragsbemessungsgrundlage. Legt man den Gewinn zugrunde, könnten Mindestbeiträge eingeführt werden (siehe auch übernächsten Spiegelstrich).
- Der Gewinn kann steuerlich jeweils nur für das zurückliegende Kalenderjahr ermittelt werden. Maßgeblich ist insoweit das Wirtschaftsjahr, welches nicht mit dem Kalenderjahr identisch sein muss. Der letzte verfügbare Einkommensteuerbescheid wird sich bei den einzelnen Unternehmern auf verschiedene erheblich voneinander abweichende Jahre erstrecken. Unter Beachtung der Fristen für den Abschluss der Buchführung, Erstellung der Einkommensteuererklärung und deren Bearbeitung, kann z.B. für versicherungspflichtige Landwirte im Herbst 2005 im günstigsten Fall der Gewinn des Wirtschaftsjahres 2002/2003 bei der LKK vorliegen. Auf dieser Grundlage müsste die LKK den Beitragssatz für das Jahr 2006 kalkulieren und danach die Beiträge erheben. In den Fällen, in denen die Beiträge von einem höheren „Einkommen“ bemessen werden, als im Bemessungszeitraum erwirtschaftet wird, würde die Beitragsbemessung als unsozial angegriffen werden. Starke Einkommensschwankungen in den Wirtschaftsjahren kann man z. B. dadurch begegnen, indem für die Beitragsberechnung das Mittel mehrerer Jahre zugrunde gelegt wird.
- In den Stellungnahmen zu dem Entwurf des ASRG 1995 wurde stets auch darauf hingewiesen, dass zahlungskräftige landwirtschaftliche Unternehmer durch entsprechende Investitionen ihr steuerliches Einkommen und damit ihre Beitragsschuld senken können, während nicht so liquide landwirtschaftliche Unternehmer voll zur Kasse gebeten würden. In diesem Zusammenhang wurde auch darauf hingewiesen, dass die Absetzungen für Anschaffungen (AfA) in jedem Betrieb regelmäßig vorkommen werden.

Es sei zu fragen, ob tatsächliche betriebliche Investitionen (Gebäude, Maschinen, Vieh) die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Betriebsleiters insoweit einschränken, dass er sich nicht mehr an der Finanzierung der Krankenversicherung beteiligen muss. Dem kann man begegnen, wenn an der Betriebsgröße orientierte Mindestbeiträge erhoben werden. Dies ist immer noch besser als der derzeitige Zustand, in dem das tatsächlich erzielte Einkommen überhaupt nicht nachgefragt wird.

- Nach den Einkommensteuerstatistiken für die Landwirtschaft wurde festgestellt, dass nur etwa für die Hälfte aller Landwirte eine Gewinnermittlung nach § 15 Abs. 1 SGB IV vorliegt. In diesen Fällen müsste auf einen flächenbezogenen Hilfsmaßstab abgestellt werden, der im Prinzip dem geltenden Recht entspricht. Dieser Zustand wird sich mit weiter fortschreitendem Strukturwandel ändern, sodass die Feststellungen von vor 10 Jahren nur noch bedingt Gültigkeit haben.

Der BLK hatte in seiner Stellungnahme zum Entwurf des ASRG 1995 Folgendes festgehalten:

„Nach alledem halten wir die im Entwurf vorgesehene Beitragsbemessung gegenüber den bisherigen Beitragsbemessungsmaßstäben weder für gerechter noch sozial ausgewogener. Sie führt im Gegenteil - wie dargelegt - vielfach zu ungerechten und nicht vertretbaren Beiträgen; ganz abgesehen von einem mit einer sparsamen Verwaltung nicht zu verantwortenden aufgeblähten Verwaltungsaufwand.“

Diese Aussage lässt sich, bezogen auf die geänderten Verhältnisse, nach Auffassung des Verfassers nicht mehr aufrecht erhalten. Nach Schaffung entsprechender Rechtsgrundlagen und ausreichender Vorlaufzeit erscheint eine einkommensorientierte Beitragsbemessung durchaus vorstellbar.

Auf anderen Gebieten wird ebenfalls das Arbeitseinkommen nach § 15 SGB IV für Sozialversicherungsbeiträge herangezogen. In der Rentenversicherung z.B., in der Handwerker als selbstständig Tätige pflichtversichert sind, und bei denen das Arbeitseinkommen für die Beitragsbemessung herangezogen wird, ist die Interessenlage eine völlig andere, wird argumentiert. Im Vordergrund stehe bei den RV-Beiträgen nicht die solidarische Beteiligung an der Finanzierung der aktuellen Leistungsausgaben der Krankenkasse, der der Versicherte angehört, sondern der Aufbau von Rentenanwartschaften in Abhängigkeit von den gezahlten Beiträgen. Insofern gelte hier das Äquivalenzprinzip; die individuellen Beitragszahlungen und die individuellen Rentenansprüche entsprechen sich grundsätzlich. Die unterschiedliche Interessenlage in der Rentenversicherung und der Krankenversicherung spricht indessen nicht dagegen, das Einkommen auch in der LKV zu Grunde zu legen.

### 8.2.3.2 Gesamteinkommen

Die Verwendung der Gesamteinkünfte vereinfacht die Probleme nicht, potenziert sie vielmehr. Mangels eigener Erhebungen und Feststellungen muss auf die Steuererklärung zurückgegriffen werden. Insoweit werden sieben Einkunftsarten unterschieden, die besteuert werden

- Nicht selbstständige Arbeit (z.B. Arbeitsentgelt),
- Kapitalvermögen (z.B. Zinsen, Dividenden usw.),
- Vermietung und Verpachtung (z.B. Mieteinkünfte),
- Sonstige Einkünfte (z.B. Renten, Unterhaltszahlungen, private Veräußerungsgeschäfte),
- Selbstständige Arbeit (z.B. freiberufliche Tätigkeiten),
- Gewerbebetrieb (z.B. Einkünfte aus gewerblichen Unternehmen, Gewinnanteile aus Gesellschaften),
- Land- und Forstwirtschaft (dabei Unterscheidung zwischen buchführungspflichtigen Betrieben und sog. § 13a EStG-Landwirten).

Viele Probleme, die z.B. im Rahmen einer Bürgerversicherung oder eines Prämienmodells (s. vorn unter 5.2 und 5.3) zu lösen wären, müssten vorab im Rahmen des Sondersystems der LKV behandelt werden. Es ist z.B. zu entscheiden, welche Beträge zur Einkommensermittlung herangezogen werden sollen. Das Steuerrecht unterscheidet insoweit die Begriffe

- Einnahmen (alle zufließenden Bruttobeträge),
- Einkünfte (Einnahmen abzüglich Werbungskosten oder Betriebsausgaben),
- Summe der Einkünfte (die Summe der getrennt ermittelten Einkünfte aus den sieben Einkunftsarten),
- Einkommen (Summe der Einkünfte abzüglich Sonderausgaben, z.B. Versicherungsbeiträge und außergewöhnliche Belastungen, z.B. Behindertenfreibeträge),
- zu versteuerndes Einkommen (Einkommen abzüglich Freibeträge für Kinder, Haushaltsfreibetrag und Härteausgleich für Arbeitnehmer mit geringen Nebeneinkünften).

Es ist weiterhin die Frage zu klären, wie nicht steuerpflichtige Einnahmequellen, wie z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Mutterschaftsgeld usw. behandelt werden, die grundsätzlich steuerfrei sind, aber durch den Progressionsvorbehalt steuersatzerhöhend berücksichtigt werden.

Die Grundproblematik der Einkommensermittlung besteht nach derzeitiger Rechtslage auch bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder. Für solche Mitglieder ist bei der Beitragsbemessung sicherzustellen, dass bei

der Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds berücksichtigt wird (§ 46 KVLG 1989 i.V.m. § 240 Abs. 1 SGB V). Die Ermittlung des Einkommens ist den LKKe folglich nicht fremd.

Zu bedenken ist indessen, dass die Interessenlage bei freiwilligen Mitgliedern eine andere ist als bei Versicherungspflichtigen und damit einhergehend auch ihre Bereitschaft zur Mitarbeit. Mit erhöhtem Verwaltungsaufwand bei Erstreckung der Einkommensermittlung auf die Pflichtmitglieder ist zu rechnen.

Außerdem wird das Problem der Einkommensermittlung bei freiwilligen Mitgliedern, besonders bei freiwilligen Mitgliedern, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, durch einen gesetzlich fixierten Mindestbeitrag (§ 240 Abs. 4 SGB V) entschärft, der immerhin knapp 260 Euro monatlich beträgt.

Hinzuweisen bleibt auch darauf, dass eine Beitragsbemessung von pflichtversicherten Personen in der LKV auf der Grundlage des Gesamteinkommens einer verfassungsmäßigen Überprüfung nicht standhalten dürfte. Unter anderem dürfte hier eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes nach Art. 3 GG vorliegen. Nähere Ausführungen, ob und wie das Gesamteinkommen für die Beitragsbemessung herangezogen werden könnte, erscheinen daher nicht zielführend.

#### **8.2.4 Ergebnis**

Einfache Lösungen bei der Angleichung der Erhebungsmaßstäbe und alle zufriedenstellende sozial ausgewogene Lösungen gibt es nicht. Die Probleme bei der Angleichung von Beitragsmaßstäben im Rahmen von Fusionen sind noch hinreichend in Erinnerung. Gleichwohl ist ein einheitlicher Beitragsmaßstab als Voraussetzung des für notwendig erachteten Finanzausgleichs bei den LKKe unumgänglich.

Bei der Abwägung, welcher Maßstab grundsätzlich verwendet werden sollte, sieht der Verfasser zu dem Maßstab des Flächenwerts/korrigierten Flächenwerts zur Zeit keine kurzfristig umsetzbare Alternative. Die Verwendung des Flächenwerts bei allen LKKe ist ohne Änderung des Gesetzes möglich, wobei auf die Sondersituation der KK für den Gartenbau bereits hingewiesen wurde.

Auf längere Sicht gesehen könnte indessen ein einkommensbezogener Maßstab die gerechtere Lösung darstellen. Die Erfahrungen anderer Länder müssen ausgewertet werden. Außerdem, der weitere Strukturwandel in der Landwirtschaft führt zu größeren Betrieben, wodurch die Zahl der buchführenden Unternehmen weiter zunehmen wird. Im Zusammenhang mit der Einführung eines auf dem Steuerbescheid beruhenden Maßstabs sollte zur Vermeidung von zu starken Verwerfungen über (an der Betriebsgröße orientierten) Mindest-

beiträge nachgedacht werden. Die Erarbeitung eines zukunftsorientierten Modells lohnt sich.

### **8.3 Rechtliche Möglichkeiten eines Finanzausgleichs**

Unabhängig von der politischen Bewertung bedarf ein Finanzausgleich innerhalb der LKV einer gesetzlichen Grundlage.

Gem. § 30 Abs. 2 SGB IV dürfen die LKKen nämlich nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben sowie die Verwaltungskosten verwenden. Finanzielle Aufwendungen zur Entlastung einer oder mehrerer anderer LKKen sind daher nur zulässig, wenn ein Gesetz dies vorsieht oder zulässt. Das KVLG 1989 selbst enthält keine Bestimmungen über einen Finanzausgleich. Nach § 54 KVLG 1989 gelten indessen für den Finanzausgleich bei aufwendigen Leistungsfällen und anderen aufwendigen Belastungen sowie für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen die §§ 265 und 265a SGB V entsprechend. Die Vorschriften sind auf ihre Tauglichkeit für einen Finanzausgleich zu prüfen.

#### ***8.3.1 Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen nach § 265 SGB V***

§ 265 SGB V regelt, dass die Satzungen der Landesverbände und der Verbände der Ersatzkassen eine Umlage der Verbandsmitglieder vorsehen können, um die Kosten für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen ganz oder teilweise zu decken. Die Hilfen können auch als Darlehen gewährt werden; Näheres über Voraussetzungen, Rückzahlung und Verzinsung regelt die Satzung des Verbandes.

##### ***8.3.1.1 Aufwendige Leistungsfälle***

Die LKKen führen seit Jahren ein Ausgleichsverfahren für besonders aufwendige Leistungsfälle durch. Hierfür ist dem Wortlaut des § 265 SGB V entsprechend an sich Voraussetzung, dass die Satzungen der Landesverbände dies vorsehen. Die LKKen nehmen nach § 36 Abs. 1 KVLG 1989 die Aufgaben der Landesverbände wahr. Dessen ungeachtet findet sich zu Recht weder in dem Muster einer Satzung für die LKKen noch in den einzelnen Satzungen der LKKen eine entsprechende Grundsatzvorschrift. Das Ausgleichsverfahren für besonders aufwendige Leistungsfälle ist vielmehr ausschließlich in den §§ 7 bis 12 der Satzung des BLK geregelt, weil ein Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nur Sinn macht, wenn sich dieser über den Zuständigkeitsbereich einer oder weniger LKKen im Rahmen eines Landesverbandes hinaus erstreckt. Deshalb führt die „entsprechende“ Anwendung des § 265 SGB V u.a. zur Regelungskompetenz des BLK (so auch Wasem in GKV-Komm. § 265 SGB V Rd. Nr. 3). Diese Auffassung wird offensichtlich auch vom BVA, wel-



ches die entsprechenden Satzungsbestimmungen des BLK genehmigt hat und den Länderaufsichtsbehörden geteilt.

### *8.3.1.2 Andere aufwendige Belastungen*

Zu prüfen ist weiterhin, ob nach § 265 SGB V ein genereller Finanzausgleich der LKVen durchführbar ist.

Wasem führt zur Neugestaltung von Finanzausgleichen durch das Gesundheitsreformgesetz in „Die Krankenversicherung“ 1989, S. 107 u.a. aus, dass der Gesetzgeber mit der Erweiterung des Ausgleichs für aufwendige Leistungsfälle auf einen Ausgleich für „aufwendige Belastungen“ den Krankenkassen offensichtlich die Möglichkeit geben wollte, auf freiwilliger Basis flexibel auf mögliche Belastungen zu reagieren. Weiter stellte er heraus:

„Andere Gründe, aus denen Krankenkassen notleidend sein können, so dass ein Ausgleich wegen aufwendiger Belastungen angezeigt sein kann, sind insbesondere überdurchschnittlich schlechte Risikostrukturen oder besonders kostenwirksame regionale Überkapazitäten bei Leistungserbringern, die zu überdurchschnittlichen Bedarfssätzen führen. Der Verband ist frei, welche Ausgleichsgründe er in die Satzung aufnimmt, inwieweit vor dem Ausgleich Maßnahmen zur Überprüfung eines wirtschaftlichen Verhaltens der berechtigten Krankenkasse vorgesehen werden und in welchem Maße die aufwendigen Belastungen ausgeglichen werden.“

Allerdings traf er diese Aussage vor dem GSG vom 21.12.1992. Die Rahmenbedingungen sind neu abgesteckt: Ungleiche Risikostrukturen werden seit diesem Zeitraum durch den in §§ 266, 267 SGB V geregelten obligatorischen kassenartenübergreifenden RSA ausgeglichen (so Wasem, GKV-Komm. § 265 SGB V Rd. Nr. 6, der damit seine frühere Einschätzung revidierte).

In dem GKV-SGB V-Kommentar von Maydell wird unter dem Abschnitt „Andere aufwendige Belastungen“ u.a. ausgeführt:

„Andere aufwendige Belastungen sind solche finanziellen Lasten, die nicht durch Ausgaben für einzelne aufwendige Leistungsfälle, sondern durch besondere Ereignisse oder Zustände verursacht sind, und das Maß des Üblichen außergewöhnlich überschreiten. Durch die Formulierung wird der Anwendungsbereich der Vorschrift ausgedehnt: In Betracht kommen auch andere Gründe (als einzelne, außergewöhnlich teure Leistungsfälle), die dazu führen, dass eine Krankenkasse notleidend wird (vgl. auch die Begründung des RegE, oben Rz. 1).

Andere aufwendige Belastungen in diesem Sinne können z.B. sein: Epidemien, Katastrophen, Pilotprojekte (Peters in: Funk/Hess/Höfler u.a., Kasseler Kommentar, § 265 SGB V, Rz. 7); besondere einzelne überdurchschnittlich schlechte Risikofaktoren (soweit sie überhaupt isolierbar festge-

stellt werden können); besonders kostenwirksame regionale Überkapazitäten bei Leistungserbringern (Wasem KrV 1989, 107); außergewöhnliche Verbindlichkeiten aus Schadens- und Erstattungsansprüchen (Hauck in: Hauck/Haines, SGB V, K §§ 265 - 267 Rz. 8); nicht aber z.B. aufwendige Belastungen durch hohe Verwaltungskosten (die von den Krankenkassen selbst beeinflusst werden können; andernfalls müßten unwirtschaftlich verwaltende Krankenkassen durch sparsam verwaltende Krankenkassen subventioniert werden).“

Ansatzpunkt für den Ausgleich „anderer aufwendiger Belastungen“ könnte im vorliegenden Fall die Konstellation „besondere einzelne überdurchschnittlich schlechte Risikofaktoren“ sein. Es stellt sich daher die Frage, ob ein besonders hoher Altenteileranteil oder ein besonders hoher Familienkoeffizient oder die Betriebsstrukturen bei einer LKK als ein „überdurchschnittlich schlechtes Risiko“ zu qualifizieren ist. Bezüglich des hohen Altenteileranteils oder des hohen Familienkoeffizienten wird man die Frage möglicherweise schon im Hinblick auf § 266 SGB V, Risikostrukturausgleich, verneinen müssen. Die „Benachteiligung“ einzelner Krankenkassen wegen z.B. eines besonders hohen Rentneranteils wird nämlich im Rahmen des Risikostrukturausgleichs im Rahmen des § 266 SGB V und nicht über § 265 SGB V innerhalb der GKV ausgeglichen. Der RSA hat den Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (§§ 268 bis 273 SGB V a.F.) ersetzt.

Die LKKen nehmen aber am RSA nicht teil (§ 266 Abs. 9 SGB V). Damit könnte ein Ausgleich wegen eines besonders hohen Rentneranteils mangels Rechtsgrundlage bereits entfallen. Wegen der lediglich „entsprechenden Anwendbarkeit“ des § 265 SGB V und der besonderen Verhältnisse (nicht Teilnahme am RSA) könnte gleichwohl ein Ausgleich nach § 265 SGB V für den Bereich der LKV in Betracht kommen, weil die Spezialvorschrift des § 266 SGB V nicht zur Verfügung steht. Nachdem aber andererseits der Bund weit überwiegend die Leistungsaufwendungen für die Altenteiler finanziert und auch die durch das HBeglG 2005 für die Jahre 2005 bis 2008 festgesetzten Minderungsbeträge grundsätzlich gleichmäßig auf alle LKKen verteilt werden, resultiert die unterschiedliche Belastung aus den für die Altenteiler aufzubringenden Verwaltungskosten.

Es verbleibt möglicherweise als ausgleichsfähige besondere Belastung die ungünstigen Unternehmensstrukturen im Zuständigkeitsbereich einzelner LKKen oder - richtiger - die Kumulation aus Aufwendungen für die Altenteilerversicherung, Familienkoeffizient, Umlagebetrag nach dem HBeglG 2005 und ungünstigen Unternehmensstrukturen.

Unter dieser Voraussetzung könnte ein Finanzausgleich auf der Basis des § 265 SGB V denkbar sein, zumal sich die Bestimmung auch im Hinblick auf

den von der Politik geforderten Finanzausgleich als durchaus belastungsfähig erweisen könnte. Eine konkrete Ausgestaltung von Satzungsregelungen auf der Basis des § 265 SGB V wäre erforderlich.

Ebenso wie beim Ausgleich aufwendiger Leistungsfälle macht für den Bereich der LKV eine Regelung auf Landesverbandsebene keinen Sinn, weil der Verweis in § 54 KVLG 1989 auf den § 265 SGB V ins Leere laufen würde. Entsprechend dem bereits praktizierten Verfahren des Finanzausgleichs für aufwendige Leistungsfälle müsste ein Finanzausgleich wegen aufwendiger Belastungen verbindlich für alle LKKen in der Satzung des BLK verankert werden.

### **8.3.2 Finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit nach § 265a SGB V**

Die Satzung des BLK kann mit Wirkung für die LKKen Bestimmungen über finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen einer LKK vorsehen. Nach der Vorgabe des § 265a SGB V kann die Hilfe als Darlehen gewährt werden. Im Gegensatz zu § 265 SGB V ist hier der BLK bereits nach dem Wortlaut der Vorschrift zur Durchführung des Verfahrens zuständig.

Nach Sinn und Zweck handelt es sich im Rahmen des § 265a SGB V um „*finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit*“. Entscheidungen im Einzelfall sind erforderlich, d.h., einzelnen bestimmten Krankenkassen wird für einen bestimmten Zeitraum Hilfe zuteil. Der Finanzausgleich im Bereich der LKV soll aber für alle LKKen gelten und auf Dauer angelegt sein. Ein allgemeiner Finanzausgleich der Ausgaben war nach § 267 SGB V a.F., der Vorgängervorschrift des § 265a SGB V, nicht möglich und ist es auch nach § 265a SGB V nicht. Außerdem, die LKKen brauchten selbst dann nicht an der Hilfsmaßnahme teilzunehmen, wenn entsprechende Regelungen in der Satzung des BLK eingeführt würden. Nach § 265a SGB V kann eine Krankenkasse die Hilfe im konkreten Einzelfall ablehnen und nimmt damit auch nicht am Ausgleichsverfahren teil. Der Rahmen des § 265a SGB V erscheint deshalb für einen Finanzausgleich der angestrebten Art nicht geeignet.

### **8.3.3 Risikostrukturausgleich innerhalb der LKKen in entsprechender Anwendung des § 266 SGB V**

Bleibt die Prüfung einer *entsprechenden* Anwendung des § 266 SGB V im Rahmen eines LKV-internen Ausgleichs. Dies erscheint im Hinblick auf die klare Gesetzeslage nicht möglich. § 54 KVLG 1989 verweist nicht auf diese Vorschrift und darüber hinaus ist ihre Anwendbarkeit für den Bereich der LKV in § 266 Abs. 9 SGB V ausdrücklich ausgeschlossen. Damit dürfte sich auch eine entsprechende Anwendung verbieten. Zum anderen steht die Finanzkraft als Spiegelbild des Einkommens als Parameter nicht zur Verfügung, sodass

ein LKV-internes Verfahren in Anlehnung an den RSA nach § 266 SGB V auch mangels entsprechender Daten nicht durchgeführt werden könnte. Es wären deshalb entweder zahllose Satzungsregelungen erforderlich, oder bei einem generellen Verweis auf die Bestimmungen des RSA müssten diese unter Berücksichtigung der LKV-spezifischen Besonderheiten selektiv angewendet werden. Beides wäre verwaltungsmäßig nicht zu handhaben.

#### **8.3.4 Ergebnis**

Ein LKV-interner Finanzausgleich auf der Grundlage von § 54 KVLG 1989 in Verbindung mit § 265 SGB V und noch zu treffenden Satzungsregelungen scheint rechtlich möglich zu sein. § 265 SGB V taugt aber nur bei gutem Willen aller Beteiligten als Rechtsgrundlage für eine gemeinsame Lastentragung. Das Verfahren wäre in der Satzung des BLK zu regeln. Andere Rechtsgrundlagen für sich allein oder in Verbindung mit der Satzung des BLK sind de lege lata nicht in Sicht.

Es bleibt daher festzuhalten: Wird ein allgemeiner Finanzausgleich aller LKKen zur Nivellierung der unterschiedlichen Belastungen bei vergleichbaren Betriebsgrößen angestrebt, lässt sich dies nur durch eine einheitliche, kassenartenübergreifende zentrale Beitragsfestsetzung auf der Grundlage eines einheitlichen Beitragsmaßstabes erreichen. Ein LKV-weiter Finanzausgleich ließe sich zurzeit nur auf der Grundlage des § 54 KVLG 1989 i.V.m. § 265 SGB V i.V.m. Satzungsregelungen erreichen. Erweist sich § 265 SGB V als Rechtsgrundlage nicht geeignet, müsste zur Vermeidung langwieriger Entscheidungsprozesse, u.U. sogar gerichtlicher Verfahren, eine entsprechende gesetzliche Regelung für den angestrebten Finanzausgleich der LKKen geschaffen werden. Dies dürfte bei entsprechendem Willen derjenigen, die innerhalb des LKV-Systems Verantwortung tragen, auch politisch durchsetzbar und kurzfristig realisierbar sein.

### **9. Erweiterung der Beitragsbemessung**

Landwirtschaftliche Unternehmer sind nach derzeitiger Rechtslage nahezu die einzigen Selbstständigen, die kraft Gesetzes pflichtversichert sind. Bei Personen, welche sowohl eine Landwirtschaft betreiben als auch außerlandwirtschaftlich beschäftigt sind, ist eine Versicherung als Arbeitnehmer nach dem SGB V ausgeschlossen, wenn sie hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind (§ 5 Abs. 5 SGB V). Es muss daher festgestellt werden, ob die Beschäftigung oder die landwirtschaftliche Unternehmertätigkeit als Hauptberuf zu qualifizieren ist. Wird danach festgestellt, dass diese Personen ihrem Erscheinungsbild nach selbstständige Unternehmer sind, ist der Weg für die Pflichtversicherung nach dem KVLG 1989 frei.

Für pflichtversicherte Landwirte enthält das KVLG 1989 eigene Finanzierungsregelungen. § 39 Abs. 1 KVLG 1989 bestimmt insoweit, welche Einkommensarten der Beitragsbemessung zu Grunde gelegt werden. Die Vorschrift ist erkennbar in Anlehnung an § 226 SGB V gefasst. Anstelle des Arbeitsentgelts aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung tritt bei Landwirten das Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft. Die übrigen Einnahmearten sind nach dem KVLG 1989 und dem SGB V identisch. Für die Einkommensermittlung normiert das KVLG 1989 dagegen zahlreiche Besonderheiten und Satzungsermächtigungen. Es fragt sich, ob es im Hinblick auf die Situation landwirtschaftlicher Unternehmer im Rahmen des Sondersystems LKV sachgerecht erscheint, die Beitragsbemessung im Wesentlichen auf Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft zu begrenzen, auch wenn der Landwirt daneben einer abhängigen Beschäftigung nachgeht, aus der er Arbeitsentgelt bezieht.

Im Rahmen der Beitragsfestsetzung, ausgelöst durch die Mehrbelastungen des HBeglG 2005, sind einige LKVen dazu übergegangen, in den niedrigeren Beitragsklassen überproportional höhere Zusatzbelastungen zu beschließen. Maßgebend sind hierbei Überlegungen, dass Versicherte, die Beiträge nach den unteren Beitragsklassen bezahlen, regelmäßig über weitere Einkünfte verfügen, die nach derzeitigem Rechtszustand nicht mit Beiträgen belegt werden können. Eine Hinwendung zum Gesamteinkommen in der LKV wird sicherlich wegen Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes nicht möglich sein (auf 8.2.3.2 wird verwiesen). Zu überlegen ist indessen, ob bei landwirtschaftlichen Unternehmern, die nach dem KVLG 1989 versichert sind, und die nebenher einer abhängigen Beschäftigung nachgehen, Beiträge aus dem Arbeitsentgelt dieser Beschäftigung erhoben werden sollten.

Zurzeit ist dies nicht möglich. Oberflächlich betrachtet, erscheint dies konsequent, weil umgekehrt von Nebenerwerbslandwirten, die nach dem SGB V versichert sind, keine Beiträge aus dem erzielten Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft erhoben werden.

Die Versicherung der landwirtschaftlichen Unternehmer unterscheidet sich indessen grundlegend von der Versicherung abhängig Beschäftigter. Zunächst ist nochmals darauf hinzuweisen, dass landwirtschaftliche Unternehmer nach der Gesetzesbereinigung im Jahr 1989 als einzige Selbstständige - von Künstlern und Publizisten abgesehen - einer gesetzlichen Pflichtversicherung unterliegen.

Diese Sonderbehandlung rechtfertigt auch besondere Vorschriften im Rahmen der Finanzierung. Das KVLG 1989 trägt dem in § 40 weitestgehend Rechnung. Durch die Verwendung eines Einkommensersatzmaßstabs und dem Nichtberücksichtigen des außerhalb der Landwirtschaft erzielten Arbeitsentgelts werden indessen die Beiträge nicht konsequent nach der finanziellen Leistungs-

fähigkeit der Versicherten erhoben. Im Gegensatz zu dem Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft kann man beim Arbeitsentgelt die Beiträge gezielt nach dem Bruttoeinkommen festsetzen. Würde das Arbeitsentgelt bei landwirtschaftlichen Unternehmern mit zur Beitragsbemessung herangezogen, führte dies einen Schritt in die Richtung, dass Versicherte entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Beiträge zahlen. Insgesamt würden hierdurch die LKVen nicht mehr Einnahmen erzielen als nach derzeitigem Rechtszustand, weil § 38 KVLG 1989 insoweit festlegt, dass die Beiträge so festzusetzen sind, dass sie und die sonstigen Einnahmen für den Zeitraum des Haushaltsjahres die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben sowie die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken.

Zu berücksichtigen ist bei diesem Ansatz, dass bei der Beitragserhebung aus dem Arbeitsentgelt der abhängig Beschäftigten nach derzeitigem Recht der Arbeitgeber ca. die Hälfte des Beitrags übernimmt (ab 01.07.2005 wird insoweit eine Disparität eintreten, dies kann für die folgenden Überlegungen indessen vernachlässigt werden). Sachgerecht erscheint daher, diesem Umstand Rechnung zu tragen und einen gegenüber der allgemeinen Krankenversicherung auf die Hälfte reduzierten Beitragssatz von z.B. bundeseinheitlich 6 % festzusetzen, den allein der Arbeitgeber zu tragen hätte. Der Landwirt selbst wäre dadurch gegenüber der heute geltenden Rechtslage nicht stärker belastet. Die Beiträge aus der Einnahmeart Arbeitsentgelt dürfen zusammen mit den Beiträgen aus den übrigen in § 39 Abs. 1 KVLG 1989 genannten Einnahmearten den Höchstbeitrag (Beitragsklasse 20) nicht übersteigen.

Eine Beitragsberechnung sowohl aus landwirtschaftlichem Einkommen als auch aus einem Beschäftigungsverhältnis in einem gewerblichen Unternehmen ist dem KVLG 1989 nicht fremd. Ein landwirtschaftlicher Unternehmer hat für den mitarbeitenden Familienangehörigen grundsätzlich 50 % seines eigenen Beitrags an die LKK abzuführen. Steht der versicherungspflichtige Familienangehörige gleichzeitig in einem anderen Beschäftigungsverhältnis erhebt die LKK die auf das Beschäftigungsverhältnis entfallenden Beiträge nach dem im Gesetz bestimmten Schlüssel (§ 42 Abs. 2 KVLG 1989).

Eine derartige Beitragsberechnung könnte vom Grundsatz her auch für Nebenerwerbslandwirte (s. nachstehend unter 10.1) Anwendung finden.

## **10. Partielle Öffnung der LKV für weitere Personengruppen**

Die LKV als eigenständige Krankenversicherung für selbstständige Unternehmer hat sich bewährt. Eine generelle Öffnung für abhängig Beschäftigte und eine Teilnahme als weitere Kasse im Rahmen des Wettbewerbs macht keinen Sinn. Zu überlegen ist indessen, ob die LKV zur Stabilisierung des Systems für weitere Personenkreise geöffnet werden sollte. Zu denken ist hierbei an

- Nebenerwerbslandwirte und
- Selbstständige außerhalb der Landwirtschaft.

### **10.1 Nebenerwerbslandwirte**

Überlegungen, Nebenerwerbslandwirte, die ein landwirtschaftliches Unternehmen mit Mindestgröße bewirtschaften, unabhängig davon, ob die Bewirtschaftung des landwirtschaftlichen Unternehmens oder die Beschäftigung saisonal oder auf Dauer (unbefristet) ausgeübt wird, vorrangig in der LKV zu versichern, werden schon seit längerem angestellt.

Nach § 3 Abs. 1 KVLG 1989 ist zurzeit für diesen Personenkreis die Krankenversicherungspflicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften vorrangig gegenüber der Versicherung nach dem KVLG 1989. Grundsätzlich bewirkt die anderweitige Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer, dass eine Mitgliedschaft in der LKV nicht begründet wird. Die Zuordnung erfolgt nach § 5 Abs. 5 SGB V. Die Mitgliedschaft wird von einer Krankenkasse der AKV durchgeführt.

Durch diese Regelungen werden Nebenerwerbslandwirte kraft Gesetzes der AKV zugewiesen und die LKV verliert damit stetig Mitglieder. Es ist daher anzustreben, die bestehenden Regelungen so zu ändern, dass auch Nebenerwerbslandwirte weiterhin in der LKV versichert sind und damit die berufsständische Krankenversicherung stärken. Dies erscheint allerdings nur unter der Voraussetzung machbar, wenn es gelingt, diesen Personenkreis in das bestehende System zu integrieren. Probleme bestehen insoweit vorrangig bei der Beitragsbemessung.

Werden die Nebenerwerbslandwirte in der LKV versichert, könnten als Grundlage für die Beiträge wie bei allen pflichtversicherten Landwirten zunächst die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft herangezogen werden. Damit ließen sich jedoch keine adäquaten Beitragseinnahmen erzielen. Es müsste auch das Entgelt aus abhängiger Beschäftigung berücksichtigt werden. Beiträge nach einem der AKV vergleichbarem Beitragssatz ließen unberücksichtigt, dass der Versicherte im Gegensatz zu der heutigen Rechtslage auch Beiträge aus dem land- und forstwirtschaftlichen Einkommen zu entrichten hätte. Eine Lösung könnte darin gesehen werden, dass nur der Arbeitgeber seinen Anteil an die LKK zahlt. Der Beitragssatz sollte auch insoweit z.B. 6 % nicht übersteigen und bundeseinheitlich festgelegt werden. Der Höchstbeitrag wäre auch hier auf den Beitrag der Beitragsklasse 20 zu begrenzen.

Bei diesem Ansatz ist jedoch u.a. zu bedenken, dass für die Betroffenen das Wahlrecht zu einer gesetzlichen Krankenkasse entfielen und dass beim Renteneintritt u.U. ein Krankenkassenwechsel erforderlich wäre, wenn keine Leistungen von der LAK bezogen werden.

Eine Einbeziehung der Nebenerwerbslandwirte in die LKV erscheint auch aus leistungsrechtlicher Sicht sachgerecht, weil die Leistung Betriebs- und Haushaltshilfe auch bei Nebenerwerbslandwirten erforderlich ist. Der zurzeit bestehende Krankengeldanspruch bezüglich der abhängigen Beschäftigung würde bestehen bleiben.

### **10.2 Versicherung von außerlandwirtschaftlichen Selbstständigen**

Selbstständige außerhalb der Landwirtschaft sind zurzeit grundsätzlich nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst und sie haben auch nur ein sehr eingeschränktes Zutrittsrecht im Wege einer Weiterversicherung. Ebenso wie bei selbstständigen landwirtschaftlichen Unternehmern wird es indessen eine große Anzahl von Selbstständigen, insbesondere Inhaber von kleineren Handwerksbetrieben geben, die einer sozialen Absicherung im Rahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung bedürfen. Die LKVen bieten sich insoweit als Versicherungsträger für Selbstständige an, weil sie als einzige Kassenart der gesetzlichen KV auch zurzeit bereits überwiegend selbstständige Unternehmer versichern.

Eine Pflichtversicherung und gleichzeitig eine gesetzliche Zuweisung zu den LKVen erscheint politisch nicht durchsetzbar. Nach dem Modell einer Bürgerversicherung sollen zwar auch die Selbstständigen in die GKV einbezogen werden, doch kann dies nur im Gesamtzusammenhang mit der völligen Neugestaltung des sozialen Sicherungssystems geschehen, mit dem dann gleichzeitig auch höherverdienende Angestellte und Beamte pflichtversichert würden. Nach dem Prämienmodell von CDU/CSU ist eine Pflichtversicherung von Selbstständigen ohnehin nicht vorgesehen. Aus diesem Grunde ist allein an eine freiwillige Versicherung von Selbstständigen bei den LKVen zu denken. Diese Möglichkeit hätte zudem den Vorteil, dass die Strukturen der LKVen als berufsständische Versicherung für landwirtschaftliche Unternehmer grundsätzlich erhalten blieben. Die LKVen brauchten insoweit auch keinen Beitragssatz für die Selbstständigen zu beschließen. Die vorhandenen Regelungen bezüglich der Beitragsgestaltung von freiwillig Versicherten reichten aus.

## **11. Zusammenfassung**

1. Die Gründe für die Einführung eines eigenständigen LKV-Systems bestehen auch heute noch. Der Aufbau und die Struktur der LKV haben sich bewährt.
2. Die kritische Bestandsaufnahme des derzeitigen Standes der LKV führt nicht zum Ergebnis, dass die LKV in die allgemeine KV integriert werden müsste.



3. Die Auswirkungen der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems hin zu einer Bürgerversicherung nach Vorstellung der SPD oder im Rahmen eines Prämienmodells von CDU/CSU auf die LKV lassen sich noch nicht abschließend beurteilen, weil sich alle Modelle noch in einem Diskussionsstadium befinden. Eine Integration der LKV in ein allgemeines System neuer Prägung wirft nach erster Prüfung allerdings eine Vielzahl von Fragen auf.
4. Die erneute Prüfung, ob eine Entlastung des Bundes durch Einbeziehung der LKV in den RSA der GKV erfolgen sollte, führt zu dem eindeutigen Ergebnis, dass dies weder für die AKV noch für die LKV von Vorteil ist. Es würde ein erneuter Verschiebepbahnhof aufgemacht.
5. Eine finanzielle Beteiligung der aktiv in der LKV Versicherten an den Leistungsaufwendungen für Altenteiler ist in gewissem Umfang gerechtfertigt. Der Bund wollte zwar die strukturwandelbedingten Lasten übernehmen, aber nicht alle Lasten, die durch den geänderten Demographiefaktor entstehen. Eine Beteiligung der aktiv in der LKV Versicherten in der Größenordnung, wie sie das HBeglG 2005 vorsieht, ist allerdings nicht finanzierbar.
6. Es wird vorgeschlagen, die Nettobelastung der Landwirte, d.h. die Aufwendungen für sich und ihre Familienangehörigen ohne Verwaltungskosten für die Altenteiler zu ermitteln und auf diesen „Nettobetrag“ 20 % aufzuschlagen. Auf diese Art könnte dem weiteren Strukturwandel in der Landwirtschaft im Rahmen eines Solidarbeitrags Rechnung getragen werden.
7. Ein finanzieller Ausgleich innerhalb der LKV muss intensiv geprüft werden. Die LKKen sind die einzigen gesetzlichen Krankenkassen, bei denen außer dem Ausgleich für aufwendige Leistungsfälle kein Finanzausgleich stattfindet. Auf Grund der unterschiedlichen Strukturen bei den LKKen (Familienkoeffizient, Verwaltungskosten für Altenteiler, unterschiedliche Belastung durch das HBeglG 2005 oder unterschiedliche Struktur der Betriebe) werden die Unternehmer der einzelnen LKKen unterschiedlich belastet; ein Ausgleich erscheint angezeigt.
8. Ein Finanzausgleich setzt zunächst einheitliche Beitragsbemessungsgrundlagen voraus. Insoweit gibt es zu dem Maßstab des Flächenwerts/korrigierten Flächenwerts bei allen LKKen mit Ausnahme der KK für den Gartenbau zurzeit keine Alternative. Im Rahmen dieses Maßstabs sind einheitliche Kriterien festzulegen.
9. Auf längere Sicht gesehen ist die Ablösung des Maßstabs des Flächenwerts durch einen einkommensorientierten Maßstab zu prüfen.

10. Ein Finanzausgleich erscheint auf der Grundlage des § 54 KVLG 1989 i.V.m. § 265 SGB V i.V.m. Satzungsregelungen möglich. Soweit § 265 SGB V als Rechtsgrundlage nicht ausreichend erscheint, müsste ggf. kurzfristig eine belastbare gesetzliche Grundlage geschaffen werden.
11. Eine Erweiterung der Beitragsbemessung auf das Arbeitsentgelt (nur Arbeitgeberanteil) bei nach dem KVLG 1989 versicherten Landwirten erscheint sachgerecht.
12. Zur weiteren Absicherung des Gesamtsystems ist daran zu denken, weitere Personenkreise, wie z.B. Nebenerwerbslandwirte als Pflichtversicherte oder Selbstständige auf freiwilliger Basis in den Kreis der Versicherten mit aufzunehmen.
13. Das Leistungsrecht der LKV folgt dem Recht der gesamten GKV. Eine eigenständige Weiterentwicklung ist daher nicht zu erörtern.

Verfasser:

Willi Siebert  
Bundesverband der  
landwirtschaftlichen Krankenkassen  
stellv. Geschäftsführer  
Weißensteinstraße 70 - 72  
34131 Kassel

## **Die bäuerliche Krankenversicherung in Österreich**

Gegen Krankheit ist niemand gefeit. Jeden kann es früher oder später treffen, dass er durch Krankheit in eine Situation gerät, in der seine eigenen finanziellen Mittel für eine Heilung nicht ausreichen. Medizinische Maßnahmen haben ihren Preis, der übrigens - vor allem in den Krankenhäusern - explosionsartig steigt. Der Schutz der bäuerlichen Krankenversicherung bietet Bauern die Sicherheit, im Ernstfall finanziell nicht überfordert zu sein. In diesem Sinne wird auch die Solidarität groß geschrieben. Jedem stehen die gleichen Leistungen zu, ob er nun einen kleinen oder einen größeren Beitrag bezahlt, ob er allein stehend ist oder eine große Familie um sich hat.

### **Aufgaben der bäuerlichen Krankenversicherung**

Die Aufgaben, die die bäuerliche Krankenversicherung erfüllt, beginnen bereits bei der Gesundheitsförderung. Hinzu kommen Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und zur Krankheitsverhütung als freiwillige Leistungen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB).

Seit dem Jahr 1992 gehört die Gesundheitsförderung zu den Pflichten aller Krankenkassen in Österreich. Das Gesundheitsbewusstsein der österreichischen Bevölkerung ist leider im allgemeinen nicht sehr stark ausgeprägt. Dabei ist es besonders wichtig, sich der Eigenverantwortung in Bezug auf die eigene Gesundheit bewusst zu sein. Zum sorgsamem Umgang mit der eigenen Gesundheit muss jeder Einzelne seinen Beitrag leisten. Das fängt schon bei einer ausgewogenen Ernährung und ausreichender Bewegung an. Aber auch die SVB leistet ihren Teil, damit ihre Versicherten gesund bleiben. Im Rahmen der Gesundheitsförderung betreibt sie Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

Oft werden Krankheiten von Betroffenen leider erst viel zu spät bemerkt und die Heilungschancen sind dann relativ gering. Je früher ärztliche Interventionen erfolgen, um so besser sind die Möglichkeiten einer wirksamen Behandlung. Daher spielen auch die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit, worunter etwa die humangenetische Beratung fällt, bei den Aufgaben der bäuerlichen Krankenversicherung eine große Rolle.

Ferner trifft die Krankenversicherung Vorsorge für die Versicherungsfälle der Krankheit und Mutterschaft, für Zahnbehandlungen, für Hilfe bei körperlichen Gebrechen der Versicherten und nicht zuletzt für Maßnahmen der Rehabilitation.

### **Das SVB-Zielgruppenmodell**

Da die SVB alle drei Zweige der Sozialversicherung umfasst, wird jeder einzelne Versicherte ganzheitlich betrachtet. So können Charakteristika, die etwa im Rahmen der Pensionsversicherung erkannt werden, auch in der Krankenversicherung berücksichtigt werden. Dadurch können auf der einen Seite mögliche Doppelverschreibungen von Medikamenten oder die Wiederholung von bereits erfolgten Untersuchungen vermieden werden. Auf der anderen Seite bietet die SVB als einziger Sozialversicherungsträger in Österreich den speziellen Service, für Personengruppen mit bestimmten Indikationen, die Zielgruppen, auf Grund der erstmaligen Verschreibung eines neuen Medikamentes von sich aus unbürokratisch Heilverfahren anzubieten.

### **Anspruchsberechtigung**

Das österreichische Sozialversicherungssystem, und daher auch die bäuerliche Krankenversicherung, ist wesentlich vom Merkmal der Pflichtversicherung geprägt. Das bedeutet, dass ein Krankenversicherungsschutz unabhängig vom Willen der Versicherten und der einzelnen Krankenversicherungsträger eintritt. Entscheidend ist grundsätzlich die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Bauern sind daher nach dem BSVG in der bäuerlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Pflichtversicherte sind in jedem Fall anspruchsberechtigt in der Krankenversicherung. Darüber hinaus erhalten aber auch bestimmte Angehörige von pflichtversicherten Bauern Leistungen aus der Krankenversicherung, ohne selbst pflichtversichert zu sein.

- Von der bäuerlichen Krankenversicherung als Pflichtversicherte erfasst sind Betriebsführer, hauptberuflich beschäftigte Ehegatten von Betriebsführern, hauptberuflich beschäftigte Kinder, Wahl-, Stief-, Schwiegerkinder und Enkel ab dem 15. Lebensjahr, Hofübergeber sowie Bauernpensionisten. Maßgebend für die Einbeziehung in die Pflichtversicherung ist, dass sich der Betrieb in Österreich befindet. Auf die Staatsbürgerschaft und den Wohnsitz kommt es nicht an.

#### **– Betriebsführer**

Betriebsführer ist, wer auf seine Rechnung und Gefahr einen land-(forst)wirtschaftlichen Betrieb ab einem Einheitswert von 1.500,- Euro führt oder führen lässt. Ist der Einheitswert niedriger oder ist für den Betrieb gar kein Einheitswert festgestellt, ist man dennoch pflichtversichert, wenn der Lebensunterhalt überwiegend aus dem Betriebseinkommen bestritten wird.

Seit 1. Januar 1999 erstreckt sich die Pflichtversicherung unter der Voraussetzung, dass ein Betrieb geführt wird, auch auf land(forst)wirt-

schaftliche Nebengewerbe und bestimmte Tätigkeiten, die nach ihrem wirtschaftlichen Zweck mit dem Betrieb eng zusammenhängen.

Führt ein Ehepaar einen Betrieb auf gemeinsame Rechnung und Gefahr, sind beide Ehegatten als Betriebsführer in der bäuerlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Dies gilt auch für den Fall, dass ein Ehegatte im land(forst)wirtschaftlichen Betrieb des anderen Ehegatten hauptberuflich beschäftigt ist.

Dasselbe trifft auf Kinder und Schwiegerkinder zu, die als Ehepaar hauptberuflich im (schwieger)elterlichen Betrieb mittätig sind.

– **Kinder und Enkel**

Kinder, Enkel, Wahl- und Stiefkinder sowie Schwiegerkinder eines Betriebsführers sind in der bäuerlichen Krankenversicherung pflichtversichert, wenn sie hauptberuflich in diesem Betrieb beschäftigt sind. Jedoch beginnt die Pflichtversicherung erst mit der Vollendung des 15. Lebensjahres. Während eines Präsenzdienstes oder einer Ausbildung nach dem Wehrgesetz besteht die Pflichtversicherung in der bäuerlichen Krankenversicherung weiter.

– **Hofübergeber**

Seit 1. Januar 2001 sind Eltern, Wahl-, Stief-, Schwieger- und Großeltern in der bäuerlichen Krankenversicherung pflichtversichert, wenn sie nach der Übergabe im Betrieb des Übernehmers bleiben und dort hauptberuflich beschäftigt sind. Weitere Voraussetzung ist, dass sie nicht bereits auf Grund dieser oder einer anderen Tätigkeit der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Pensionsversicherung unterliegen.

– **Bauernpensionisten**

Bauernpensionisten sind krankenversichert, so lange sie sich ständig im Inland aufhalten.

- Darüber hinaus sind bestimmte Angehörige – ohne selbst pflichtversichert zu sein - anspruchsberechtigt. Maßgeblich ist hier allerdings der gewöhnliche Aufenthalt im Inland, außer Kinder und Enkel halten sich während einer Schul- oder Berufsausbildung im Ausland auf. Des Weiteren darf keine eigene Pflichtversicherung des Angehörigen in der Krankenversicherung vorliegen. Folgende Angehörige sind anspruchsberechtigt:
  - ◆ die Ehegattin oder der Ehegatte;
  - ◆ die ehelichen, legitimierten sowie die Wahlkinder;
  - ◆ die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn die Vaterschaft durch Urteil oder Anerkenntnis festgestellt wurde;

- ◆ die Stief- und Enkelkinder, wenn sie mit dem Versicherten ständig in häuslicher Gemeinschaft leben;
- ◆ die Pflegekinder, die vom Versicherten unentgeltlich gepflegt werden oder deren Pflege auf Grund einer behördlichen Bewilligung erfolgt,
- ◆ der haushaltsführende Lebensgefährte, wenn er mit dem Versicherten seit mindestens zehn Monaten in häuslicher Gemeinschaft lebt und den Haushalt unentgeltlich führt;
- ◆ andere Personen, die überwiegend vom land(forst)wirtschaftlichen Betrieb leben und keiner anderen hauptberuflichen Beschäftigung nachgehen. Dazu zählen auch Personen, die von einem Bauernpensionisten überwiegend erhalten werden.

#### **Kindeseigenschaft**

Die Angehörigeneigenschaft besteht für Kinder, Stiefkinder, Pflegekinder und Enkel grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Es kann aber auch über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus Kindeseigenschaft vorliegen:

- Bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung befindet;
- bei Erwerbslosigkeit nach Vollendung des 18. bzw. nach Ende der Ausbildung bzw. nach Vollendung des 27. Lebensjahres – Kindeseigenschaft für die Dauer von weiteren zwei Jahren;
- Erwerbsunfähigkeit des Kindes infolge Krankheit oder Gebrechen.

#### **Einteilung der Leistungen**

Die Leistungen der Krankenversicherung werden üblicherweise eingeteilt:

1. nach ihrer Rechtsnatur
2. nach der Art der Leistungserbringung

Nach der Rechtsnatur unterscheidet man:

- Pflichtleistungen
- Pflichtaufgaben
- Freiwillige Leistungen

**Pflichtleistungen**

Sie machen bei weitem den größten Teil der Leistungen der Krankenversicherung aus.

Ihr Wesen liegt darin, dass der Versicherte einen durchsetzbaren Rechtsanspruch hat.

Das heißt, er hat die Möglichkeit sein Begehren im Klagewege vor den Sozialgerichten in einem dreistufigen Instanzenzug zu erstreiten.

Wichtige Beispiele sind die Krankenbehandlung und die Anstaltspflege.

Bei den Pflichtleistungen gibt es gesetzliche Mindestleistungen und satzungsmäßige Mehrleistungen.

Der Name deutet bereits die unterschiedliche Rechtsquelle an:

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz selbst bestimmt die gesetzlichen Mindestleistungen nach Art, Umfang und Voraussetzungen.

Das Gesetz enthält aber auch mehrere Ermächtigungen für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, durch Bestimmungen in der eigenen Satzung Leistungen zu erbringen, die umfangreicher sind als die im Gesetz festgelegten Mindestleistungen.

Eine satzungsmäßige Mehrleistung sind z. B. Zuschüsse für die Anschaffung notwendiger Hilfsmittel.

Auch bei einer nachträglichen Satzungsänderung kann der Leistungsanspruch für bereits eingetretene Versicherungsfälle nicht mehr herabgesetzt oder entzogen werden.

**Pflichtaufgaben**

Diese Gruppe steht etwas zwischen den beiden anderen.

Es besteht hier nämlich eine Verpflichtung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zur Leistungserbringung, allerdings kein individuell durchsetzbarer Rechtsanspruch des Versicherten.

Ein Beispiel dafür sind die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

**Freiwillige Leistungen**

Auf diese besteht kein Rechtsanspruch.

Daher können sie – bei einer etwaigen Ablehnung des Antrags durch die SVB – auch nicht durch eine Klage beim Sozialgericht erzwungen werden.

Der Versicherungsträger entscheidet hier nach pflichtgemäßem Ermessen.

Allerdings hat sich die jüngste Judikatur des Obersten Gerichtshofs dennoch mit der Möglichkeit einer Überprüfbarkeit einer freiwilligen Leistung beschäftigt.

Man sieht einen Weg im Rahmen einer Kontrolle, ob der Sozialversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen gehandelt hat.

Dabei geht es darum, die Kriterien zu überprüfen, nach denen die Entscheidung getroffen wurde – also um deren Nachvollziehbarkeit und allgemeine Sachlichkeit.

Zu den freiwilligen Leistungen gehören die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit oder die Übernahme von Reisekosten.

Nach der Art der Leistungserbringung unterscheidet man grundsätzlich:

- o Sachleistungen
- o Geldleistungen

#### **Sachleistungen:**

Sie werden entweder durch Vertragspartner gegen direkte Verrechnung mit der Sozialversicherungsanstalt der Bauern oder in deren eigenen Einrichtungen erbracht.

Alle Krankenversicherungsträger haben die gesetzliche Verpflichtung, ausreichend Vorsorge für die Krankenbehandlung zu treffen.

Daher ist durch Verträge mit den entsprechenden Leistungserbringern das Leistungsvolumen sicherzustellen.

Diesem Zweck dienen privatrechtliche Verträge, z.B. mit Ärzten, Apothekern, Optikern usw.

#### **Geldleistungen**

Darunter versteht man alle Leistungen, die in Geld erbracht werden.

Für Bauern kommen Kostenzuschüsse in Betracht, ferner Leistungen, die in keiner anderen Form als in Geld erbracht werden können (z. B. das Wochenlohn).

Kostenzuschüsse sind entweder für den Fall vorgesehen, dass vertragliche Regelungen fehlen, oder aber sie gebühren zu den Kosten bestimmter Behandlungen.

Die Satzung bestimmt die Höhe der Kostenzuschüsse, 80% der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten bilden jedoch die Obergrenze.



**Kostenbeteiligung**

Als Beteiligung an den Aufwendungen der Krankenversicherung und als Steuerungsinstrument sind gesetzliche und satzungsmäßige Kostenbeteiligungen des Versicherten zu nennen.

Diese beruhen entweder auf dem Prinzip des Teilungsfaktors oder dem Prinzip des Festbetrags.

Im ersten Fall hat sich der Versicherte z.B. mit 20% an den Kosten des Honorars eines Arztes zu beteiligen, im zweiten Fall ist etwa die sogenannte Rezeptgebühr zu erwähnen.

Aus sozialen Gründen sind Befreiungen von Kostenbeteiligungen vorgesehen, ebenso bei einzelnen Leistungen aus gesundheitspolitischen Erwägungen.

**Ruhen von Leistungsansprüchen**

Für den entsprechenden Zeitraum besteht der Anspruch zwar fort, er ist aber stillgelegt. Fällt der Ruhensgrund weg, lebt der Leistungsanspruch von selbst wieder auf.

Ruhensgründe sind die Verbüßung einer Freiheitsstrafe sowie ein Auslandsaufenthalt.

Aufenthalte in EWR-Staaten oder Staaten, mit denen es ein zwischenstaatliches Abkommen über soziale Sicherheit gibt, führen nicht zum Ruhen.

Der Leistungsanspruch ruht auch dann nicht, wenn die Sozialversicherungsanstalt der Bauern dem Auslandsaufenthalt vorher zugestimmt hat.

**Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen**

Leistungen sind rückzufordern, wenn der Bezug durch bewusst unwahre Angaben, bewusste Verschweigung maßgeblicher Tatsachen oder Verletzung von Meldevorschriften herbeigeführt wurde.

Freilich muß die Sozialversicherungsanstalt der Bauern innerhalb einer angemessenen Frist reagieren, sonst verliert sie das Rückforderungsrecht.

Dieses verjährt zudem drei Jahre nach dem Zeitpunkt des Bekanntwerdens des Rückforderungsgrundes bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

**Der Leistungskatalog****• Jugendlichenuntersuchungen**

Jugendliche, im Alter von 15 bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die in der bäuerlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, können sich ein Mal pro Jahr bei der SVB ärztlich untersuchen lassen.

Bei der Untersuchung bekommen sie Informationen über ihren Gesundheitszustand und wenn nötig die Empfehlung, eine ärztliche Behandlung zu beginnen.

- **Vorsorgeuntersuchungen**

Seit 1. Januar 2005 ist die Vorsorgeuntersuchung, die bereits seit 1974 angeboten wird, neu organisiert. Ziel ist die Verhinderung von Krankheiten, rechtzeitige Feststellung von Risikofaktoren und Steigerung der Lebensqualität der Bevölkerung. So ist die Vorsorgeuntersuchung Mittel zu einem gesünderen Älterwerden und Motivation für einen gesünderen Lebensstil zugleich.

Die in der bäuerlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Erwachsenen (ab dem Alter von 19 Jahren) und ihre Angehörigen haben jedes Jahr einmal Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung.

Da sich herausgestellt hat, dass lediglich etwa zwölf Prozent der Versicherten die bisherige Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, wird die SVB hinkünftig diejenigen Versicherten, die sich bereits an einer Vorsorgeuntersuchung beteiligt haben, abhängig vom Alter in bestimmten Intervallen neuerlich zu einer solchen Untersuchung einladen.

Das Untersuchungsprogramm ist österreichweit das gleiche, wobei nach neuesten medizinischen Erkenntnissen gearbeitet wird. So werden zum Beispiel der Body-Mass-Index, Cholesterinwerte sowie Parodontalerkrankungen berücksichtigt. Für über 50-Jährige wird eine Darmkrebsvorsorge, für über 65-jährige auch eine Prüfung der Hör- und Sehleistung durchgeführt.

Die Vorsorgeuntersuchung wird von Allgemeinmedizinerinnen, Fachärztinnen für Interne und von Lungenfachärztinnen angeboten.

- **Krankenbehandlung**

Erkrankt ein Versicherter, ist laut Gesetz der Versicherungsfall der Krankheit eingetreten. In dieser Situation gewährt die SVB in erster Linie Krankenbehandlung. Sie besteht aus der ärztlichen Hilfe, Heilmitteln und Heilbehelfen.

Zweck der Krankenbehandlung ist die Wiederherstellung oder Besserung der Gesundheit, der Arbeitsfähigkeit und der Fähigkeit, für die eigenen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen. Daher gewährt die SVB, wie auch alle anderen Krankenversicherungsträger, die Behandlung, die ausreichend und zweckmäßig ist, das notwendige Maß jedoch nicht übersteigt. Auf Grund dieser gesetzlichen Vorgabe darf die SVB daher nicht alle möglichen Behandlungen bezahlen, die es gibt (z.B. kosmetische Behandlungen, Magnetfeldtherapie, Bioresonanz). Für zum Beispiel Homöopathie oder

Akupunktur gewährt sie allerdings unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse.

Ausreichende und zweckmäßige Behandlung bedeutet aber auch, dass sie ohne zeitliche Begrenzung gewährt wird, so lange die Krankheit dauert. Insofern besteht auch über das Ende des Versicherungsverhältnisses hinaus Anspruch auf Behandlung, soweit es sich um denselben Versicherungsfall handelt.

### **Ärztliche Hilfe**

Darunter versteht man grundsätzlich jedes ärztliche Handeln, beginnend bei der Erstellung einer Diagnose bis hin zur Behandlung einer Krankheit. Die ärztliche Hilfe wird als Sachleistung erbracht. Das bedeutet, dass sie grundsätzlich durch zwischengeschaltete Vertragspartner gegen direkte Verrechnung mit der SVB oder aber in den SVB-eigenen Einrichtungen erbracht wird. Damit der Arzt sehen kann, ob eine Anspruchsberechtigung gegeben ist, und damit er einen Abrechnungsbeleg für die Verrechnung der Leistung mit der SVB hat, muss ihm jeder Erkrankte einen Krankenschein bzw. die neue e-card vorlegen.

Schritt für Schritt wird die persönliche e-card den Krankenschein ersetzen und die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf papierlosem Wege ermöglichen. Der Arzt kann elektronisch abfragen, ob und bei welchem Krankenversicherungsträger ein Patient versichert ist und ob eine eventuelle Rezeptgebührenbefreiung besteht. An persönlichen Daten sind auf der Karte selbst lediglich der Name, der akademische Grad, die Sozialversicherungsnummer sowie die Kartenummer ersichtlich.

### **Behandlungsbeitrag für Krankenschein**

Jeder Versicherte hat als eigenen Kostenanteil einen Behandlungsbeitrag in Höhe von 7,30 Euro pro Behandlungsfall (im Jahr 2005) zu leisten. Als Behandlungsfall gilt die einmalige bzw. zusammenhängende mehrmalige Leistungsinanspruchnahme auf Basis eines Krankenscheins. Den Betrag berücksichtigt die SVB automatisch bei der Beitragsvorschreibung beziehungsweise bei der Pensionszahlung.

### **Überweisungsschein**

Um bestimmte Vertragsfachärzte wie etwa Röntgenfachärzte aufsuchen zu können, ist ein so genannter Überweisungsschein notwendig. Dieser wird durch einen praktischen Arzt oder einen (anderen) Facharzt ausgestellt. Ein Überweisungsschein ist auch für Ambulatorien und Krankenhaus-Ambulanzen notwendig.

**Auslandsbetreuungsschein**

Seit 1. Juli 2004 kann ein Auslandsbetreuungsschein direkt beim ausländischen Leistungserbringer abgegeben werden. Voraussetzung ist allerdings, dass dieser ein Vertragspartner des Krankenversicherungssystems des Urlaubslandes ist. Eine Umschreibung durch den dortigen Krankenversicherungsträger ist nicht mehr notwendig!

Seit Mitte 2004 wird die neue europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) schrittweise von allen EU-Mitgliedstaaten eingeführt. In Österreich wird ab Einführung der e-card deren Rückseite genutzt, um die EHIC anzubringen. Bis dahin bleibt der altbekannte Auslandsbetreuungsschein gültig.

**Vorbewilligung**

Für einige Leistungen ist vor Inanspruchnahme eine Bewilligung der SVB notwendig, damit diese die Kosten trägt. So etwa für Computertomographie, Heimdialyse oder aber auch Behandlungen im Ausland.

Manche Leistungen eines Arztes gibt es allerdings nicht auf Kassenkosten. Das sind die Leistungen, die im Vertrag zwischen Arzt und SVB nicht vorgesehen sind. Diese muss der Versicherte selbst bezahlen. Hier ist aber in manchen Fällen ein Zuschuss möglich, dessen Gewährung nach Einsendung der Honorarnote des Arztes geprüft wird. Für manche Untersuchungen oder Behandlungen ist eine Kostenübernahme oder ein Zuschuss jedoch gänzlich ausgeschlossen. Dies ist etwa bei Sportuntersuchungen, privaten Befunden oder Impfungen für Auslandsreisen der Fall.

**Wahlärzte**

Unter Wahlarzt versteht man einen Arzt ohne Vertrag mit der SVB, der also privat tätig wird. Wer einen solchen Arzt in Anspruch nimmt, muss die Rechnung vorerst selbst bezahlen und dann der SVB zukommen lassen. Bei seinem Honorar ist der Arzt aber nicht an die Kassentarife gebunden! Die SVB leistet einen Kostenzuschuss, der sich an den Tarifen für Vertragsärzte orientiert. Der Versicherte bekommt als Kostenerstattung 80 Prozent der in der Honorarordnung festgelegten Beträge, die aber auch höchstens 80 Prozent der tatsächlichen Kosten betragen darf.

Wird in ein und demselben Quartal sowohl ein Vertragsarzt als auch ein Wahlarzt im selben Fach in Anspruch genommen, gebührt für den Wahlarzt jedoch kein Kostenzuschuss.

**Spitalsambulanz**

Bäuerinnen und Bauern haben einen pauschalierten Kostenanteil zu entrichten, wenn Leistungen einer Ambulanz in Anspruch genommen wer-

den. So auch bei Gewebeproben oder Krebsabstrichen, die z.B. von einem Facharzt an die Ambulanz zur Untersuchung übersendet werden. Ein tatsächlicher Besuch eines Anspruchsberechtigten in der Ambulanz ist also nicht erforderlich. Der Kostenanteil für die Inanspruchnahme von ambulanten Behandlungen beträgt im Jahr 2005 12,30 Euro pro Behandlungsfall und Quartal. Liegen mehrere Behandlungsfälle einer Person vor, so kann daher auch innerhalb desselben Quartals der Kostenanteil mehrmals anfallen.

#### **Andere Behandlungen**

Neben der ärztlichen Hilfe kommt die SVB unter bestimmten Voraussetzungen auch für andere gesetzlich vorgesehene Behandlungen auf. Dabei handelt es sich um physiotherapeutische, logopädisch-phoniatriisch-audiologische oder ergotherapeutische Behandlungen durch entsprechende Spezialisten, diagnostische Leistungen eines klinischen Psychologen, Psychotherapien und Heilmassagen. Für diese Leistungen gilt ein 20%-iger Kostenanteil.

#### **Heilmittel**

Unter Heilmittel versteht das Gesetz Arzneien und sonstige Mittel zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges – also Medikamente. Sie werden auf Grund einer (kassen)ärztlichen Verordnung (Rezept) von öffentlichen Apotheken oder aus der Hausapotheke des Arztes abgegeben. Die Kosten der Heilmittel übernimmt die SVB durch Abrechnung mit den Apotheken.

Jedoch können nicht alle existierenden Medikamente von der SVB bezahlt werden. Denn auch hier gilt der Grundsatz der ausreichenden und zweckmäßigen Behandlung, die das Maß des Notwendigen nicht übersteigt. Für den Bezug mancher Heilmittel ist daher eine vorangehende chefärztliche Bewilligung notwendig, um die sich seit 1. Januar 2005 der verordnende Arzt bemühen muss, um so eventuelle Unklarheiten von Arzt zu Arzt beseitigen zu können.

Seit 1. Januar 2005 gibt der Erstattungskodex Aufschluss darüber, welche Medikamente in Österreich erhältlich sind und unter welchen Voraussetzungen diese von der SVB bezahlt werden. Damit wurde Transparenz darüber geschaffen, welche Medikamente überhaupt in Österreich erhältlich sind und unter welchen Bedingungen eine Kostenübernahme erfolgen kann. Zusätzlich wurde die Anzahl der chefarztfreien Präparate wesentlich erhöht. Interessierte können sich über das neue Medikamentenverzeichnis jederzeit unter [www.avsv.at](http://www.avsv.at) informieren.

**Rezeptgebühr**

Für jede Verordnung – also jede einzelne Medikamentenpackung - ist eine Rezeptgebühr zu bezahlen, die jährlich angepasst wird. Im Jahr 2005 beträgt sie 4,45 Euro. Betragen die Kosten für das Medikament weniger als die Rezeptgebühr, ist es privat zu bezahlen.

**Rezeptgebührenbefreiung**

Kraft Gesetzes sind Personen mit anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit.

Pensionisten sind bis zu einem bestimmten Einkommen automatisch von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit. Auf dem Pensionsabschnitt ist der Vermerk „rezeptgebührenbefreit“ angebracht. Nicht automatisch befreit sind Ausgleichszulagenbezieher, da das fiktive Ausgedinge anzurechnen ist.

Darüber hinaus sind Pensionisten mit einem höheren Einkommen, aber auch aktive Versicherte auf Antrag von der Entrichtung der Rezeptgebühr durch die SVB zu befreien, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

**☐ Heilbehelfe**

Unter Heilbehelfen versteht man üblicherweise solche Behelfe, die der Heilung oder Linderung eines Krankheitszustandes dienen. Im Gesetz sind beispielhaft orthopädische Schuheinlagen oder Bruchbänder angeführt. Hier übernimmt die SVB die Kosten, allerdings mit einem Kostenanteil von 20 Prozent oder mindestens 24,20 Euro im Jahr 2005.

Für ständig benötigte Heilbehelfe, die nur ein Mal oder nur kurzfristig verwendet werden können und deswegen mindestens ein Mal im Monat erneuert werden müssen, wie etwa Kurzzug- und Langzugbinden gilt der Mindestbetrag nicht.

Bestimmte Heilbehelfe können aber auch leihweise von der SVB oder einem Vertragspartner zur Verfügung gestellt werden.

**Regelung für Sehbehelfe**

Seit 1. Januar 2005 beträgt der Kostenanteil für Sehbehelfe mindestens 72,60 Euro, für angehörige Kinder maximal bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres jedoch weiterhin 24,20 Euro. Des Weiteren wurde die Gebrauchsdauer für Brillen mit drei Jahren festgelegt. Nach Ablauf dieser Zeit besteht Anspruch auf eine neue Brille. Benötigt ein Versicherter nun innerhalb dieser Zeitspanne auf Grund von medizinischen Umständen eine Neuversorgung, werden die Kosten natürlich dennoch von der SVB übernommen.

Versicherte oder Angehörige unter 15 Jahren, Personen, die die erhöhte Familienbeihilfe beziehen, sowie Versicherte, die von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit sind, haben auch keinen Kostenanteil für Heilbehelfe zu bezahlen.

Die SVB sorgt auch für die Reparatur von Heilbehelfen, soweit dies aus wirtschaftlicher Sicht zweckmäßig ist, wobei auch hier die Bestimmungen betreffend den Kostenanteil gelten.

#### **Hilfsmittel**

Hilfsmittel sind jene Gegenstände oder Vorrichtungen, die geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen, oder die mit einer Verstümmelung, Verunstaltung oder einem Gebrechen verbundene körperliche oder psychische Beeinträchtigung zu mildern oder zu beseitigen. Darunter fallen etwa Prothesen oder Rollstühle.

Unter körperlichem Gebrechen wird der gänzliche oder teilweise Ausfall normaler Körperfunktionen, der medizinisch in seinem Wesen nicht mehr beeinflussbar ist und daher nicht mehr als Krankheit beurteilt werden kann, verstanden.

So sind bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, in der Satzung der SVB Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel vorgesehen.

Die Kostenbeteiligung in diesem Bereich ist analog zu den Heilbehelfen 20 Prozent oder mindestens 24,20 Euro im Jahr 2005.

Der höchstmögliche Zuschuss ist in der Satzung geregelt, jedoch gilt für Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle als absolut maximales Ausmaß die 25-fache Höchstbeitragsgrundlage, für alle anderen Hilfsmittel die 10-fache Höchstbeitragsgrundlage.

#### ● **Medizinische Hauskrankenpflege**

Bei manchen Krankheiten ist man an das Bett gefesselt und es ist medizinische Hauskrankenpflege notwendig. In solchen Fällen entscheidet der behandelnde Arzt, ob der Patient in ein Spital muss oder stattdessen zu Hause gepflegt werden kann. Medizinische Hauskrankenpflege liegt daher vor, wenn eigentlich stationäre Pflege in einem Spital nötig ist, sie ist also krankenhausersetzend. Sie umfasst medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung oder Dekubitusversorgung, deren Kosten die SVB übernimmt. Nicht umfasst sind hauswirtschaftliche

Tätigkeiten oder die Grundpflege, wie Körperreinigung oder das Zureichen von Essen.

Voraussetzung für die Gewährung dieser Leistung ist, dass sie auf ärztliche Anordnung und durch qualifiziertes Fachpersonal (diplomierte Krankenschwestern, diplomierte Krankenpfleger) erbracht werden, wobei die SVB mit verschiedenen Organisationen in Vertragsbeziehung steht. Wird eine Pflegekraft nicht von einer Organisation beigestellt, die einen Vertrag mit der SVB hat, gebührt ein Kostenzuschuss.

Für ein und denselben Versicherungsfall wird die medizinische Hauskrankenpflege für die Dauer von höchstens vier Wochen gewährt, darüber hinaus nur nach Vorliegen einer chefärztlichen Bewilligung.

#### • Anstaltspflege

Medizinische Pflege in einer Krankenanstalt wird gewährt, wenn es die Krankheit erfordert oder die Pflege zu Hause nicht möglich ist. In bestimmten Fällen ist der Patient aber verpflichtet, sich der Anstaltspflege zu unterziehen. Und zwar dann, wenn

- eine der Krankheit entsprechende Behandlung im Rahmen der häuslichen Pflege nicht gewährleistet ist,
- das Verhalten oder der Zustand des Patienten eine längere Beobachtung erforderlich macht,
- sich der Patient wiederholt den Bestimmungen der Krankenordnung widersetzt oder
- es sich um eine ansteckende Krankheit handelt.

Die SVB bezahlt die Anstaltspflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt. Auf eigenen Wunsch kann ein Patient aber in der Sonderklasse aufgenommen werden, deren Mehrkosten er dann auch selbst zu tragen hat.

Mit einigen privaten Krankenhäusern (Sanatorien) hat die SVB einen Vertrag, auf Grund dessen sie dann auch hier den Kassenanteil gegen direkte Verrechnung übernimmt.

Mit anderen privaten Krankenhäusern (Sanatorien) hat die SVB jedoch keinen Vertrag. Lässt sich ein Versicherter in ein solches Krankenhaus einweisen, gebührt nur dann ein Kostenzuschuss, wenn die Anstaltspflege notwendig war.

#### • Kostenanteil

Das BSVG sieht bei Anstaltspflege sowohl für Versicherte als auch für Angehörige eine Kostenbeteiligung vor, die jedoch zeitlich begrenzt ist.



Sobald die in einem Kalenderjahr begonnenen Zeiten der Anstaltspflege die Dauer von vier Wochen übersteigen, ist kein Kostenanteil mehr zu bezahlen. Die Höhe der Eigenbeteiligung beträgt zehn Prozent eines bestimmten Tagsatzes. Eingehoben wird der Betrag direkt vom Krankenhaus.

### **Pflegefälle**

Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt, so kann die SVB die Kosten nicht übernehmen. Dasselbe gilt auch für medizinische Hauskrankenpflege. Ist daher ein Versicherter in einem Krankenhaus, braucht aber keine Behandlung, sondern lediglich Pflege, spricht man von Asylierung.

Auch die Unterbringung in einem Genesungsheim oder einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke gilt nicht als Anstaltspflege.

#### **• Mutterschaftsleistungen**

Im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und der Geburt eines Kindes übernimmt die SVB alle notwendigen medizinischen Maßnahmen, wie Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, ärztliche Hilfe, Hebammenbeistand, Heilmittel oder Anstaltspflege. Die Pflege nach einer Entbindung in einer Krankenanstalt ist für bäuerliche Mütter auf zehn Tage begrenzt. Ist eine solche darüber hinaus notwendig, handelt es sich um den Versicherungsfall der Krankheit. Der wohl wesentlichste Unterschied zur Krankenbehandlung ist der, dass für Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft keine Kostenbeteiligungen (auch nicht für etwaige Krankenscheine) vorgesehen sind.

An weiteren Leistungen gebühren Betriebshilfe bzw. Wochengeld und Kinderbetreuungsgeld.

#### **Besonderheit beim Kreis der Anspruchsberechtigten:**

Ein Leistungsanspruch besteht auch für die frühere Ehegattin des Versicherten nach Auflösung der Ehe durch Scheidung oder Tod. Jedoch muss die Entbindung spätestens am 301. Tag nach Auflösung der Ehe erfolgen.

#### **□ Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen**

Zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit von Mutter und Kind wird während der Schwangerschaft bis hin zu den ersten Lebensjahren des Kindes ein kostenloses Untersuchungsprogramm angeboten. Die Untersuchungen der werdenden Mutter umfassen eine ausführliche Anamnese, eine gynäkologische Untersuchung, die Erhebung von Risikofaktoren der Mutter sowie des Kindes und die Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen.

Bei den vorgesehenen Untersuchungen des Kindes erfolgen die Feststellung von Körpergewicht und -größe, die Erhebung von Beobachtungen der Mutter und einer Krankheitsanamnese, eine eingehende ärztliche Untersuchung des Kindes sowie die Beurteilung der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen.

Die Untersuchungsbefunde werden vom jeweiligen Arzt im Mutter-Kind-Pass dokumentiert.

Je Quartal ist ein Mutter-Kind-Pass-Krankenschein bei der SVB anzufordern und dem Arzt vorzulegen, wobei kein Behandlungsbeitrag zu entrichten ist. Der Mutter-Kind-Pass ist zwar gesetzlich nicht vorgeschrieben, die darin vorgesehenen Untersuchungen bilden jedoch die Grundlage für den Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld.

#### **□ Betriebshilfe und Wochengeld**

Anspruch auf Betriebshilfe bzw. Wochengeld haben (im Gegensatz zu den medizinischen Maßnahmen) Frauen, die auf Grund einer Erwerbstätigkeit nach dem BSVG in der Krankenversicherung pflichtversichert sind. Zweck der Betriebshilfe bzw. des Wochengeldes ist es, die Mutter vor und nach der Geburt eines Kindes zu entlasten. Es gebührt die letzten acht Wochen vor der Entbindung, den Tag der Entbindung und acht Wochen nach der Geburt (bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburten zwölf Wochen). Aber auch schon früher als acht Wochen vor der Entbindung kann Betriebshilfe bzw. Wochengeld gewährt werden, und zwar, wenn durch die Ausübung der Tätigkeit Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind gefährdet wäre. Dies muss von einem Amtsarzt bestätigt werden.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass während der Schutzfrist ständig eine betriebsfremde oder andere Hilfe eingesetzt wird. Die Tätigkeit des Betriebshelfers ist aber auf Betriebsarbeiten beschränkt, Arbeiten im Haushalt fallen nicht darunter.

Des Weiteren muss die Aushilfe zur ständigen Entlastung der Versicherten eingesetzt werden. Der Einsatz muss daher

- mindestens vier Tage oder 20 Stunden pro Woche oder
- im Gesamtzeitraum vor und nach der Entbindung durchschnittlich vier Tage oder 20 Stunden pro Woche erfolgen.

Wird die konkrete Ersatzarbeitskraft durch die SVB beigestellt, spricht man von Betriebshilfe. Zu diesem Zweck hat die SVB Verträge mit den Betriebshilferingen geschlossen und die Versicherte kann die Betriebshilfe als Sachleistung in Anspruch nehmen.

Wird eine Ersatzarbeitskraft nicht von der SVB beigestellt und beschafft sich die Bäuerin selbst eine Aushilfe, wird Wochengeld gewährt. Dieses wird auf Antrag ausbezahlt und beläuft sich auf einen fixen täglichen Betrag (23,40 Euro im Jahr 2005). Wochengeld gebührt aber auch in dem Fall, dass eine Ersatzkraft auf Grund der örtlichen Lage des Betriebes nicht eingesetzt werden kann und auch Nachbarschaftshilfe nicht möglich ist.

Um die entsprechenden Leistungen gewähren zu können, ist es notwendig, dass eine Schwangerschaft spätestens drei Monate vor der Entbindung bei der SVB gemeldet und die Betriebshilfe vor Einsatzbeginn beantragt wird.

#### **Kinderbetreuungsgeld**

Mit 1.1.2002 wurden die bis dahin gebührenden Leistungen Karenzgeld und im bäuerlichen Bereich Teilzeitbeihilfe durch das Kinderbetreuungsgeld ersetzt. Dieses gebührt nun unabhängig von einer vorliegenden Pflichtversicherung Eltern, die

- mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt leben,
- für das Kind Familienbeihilfe beziehen und
- die vorgesehenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen vorgenommen haben.

Das Kinderbetreuungsgeld gebührt ab dem Geburtstag des Kindes und ruht bei Wochengeldbezug in der Höhe des Wochengeldes. Das Kinderbetreuungsgeld kann immer nur von einem Elternteil bezogen werden, wobei die Anspruchsberechtigung während des Bezuges zwei Mal gewechselt werden kann. Gleich wie das Wochengeld beläuft sich die Höhe auf einen fixen täglichen Betrag (14,53 Euro im Jahr 2005). Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich das Kinderbetreuungsgeld um 50 Prozent pro weiteres Kind. Jedoch wird es nur bis zu einer gewissen Einkommensgrenze ausbezahlt, wenn während des Bezuges eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Liegt dieses Einkommen über der vorgesehenen Grenze, fällt der Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld zur Gänze weg.

#### **Zuverdienstgrenze**

Der Gesamtbetrag der Einkünfte des das Kinderbetreuungsgeld beziehenden Elternteils darf jährlich die Höhe von 14.600,- Euro nicht übersteigen. Werden die Einkünfte einer Bäuerin auf Basis des Einheitswertes des Betriebes ermittelt, sind diese um die im Kalenderjahr des Kinderbetreuungsgeldbezuges vorgeschriebenen Sozialversicherungsbeiträge zu erhöhen. Der sich daraus ergebende Betrag muss unter der Grenze liegen.

Wird die Leistung lediglich von einem Elternteil in Anspruch genommen, wird es bis zum vollendeten 30. Lebensmonat des Kindes ausbezahlt.

Wird die Betreuung und damit die Anspruchsberechtigung gewechselt – das ist zweimal möglich –, kann der Anspruchszeitraum maximal die ersten 36 Lebensmonate des Kindes betragen.

### **Zuschuss zum Kinderbetreuungsgeld**

Für Alleinerzieherinnen und Familien mit geringem Einkommen gibt es einen Zuschuss zum Kinderbetreuungsgeld in Höhe von täglich 6,06 Euro. Dieser Zuschuss ist zurückzuzahlen, sobald bestimmte Einkommensgrenzen überschritten werden.

### **• Zahnbehandlung und Zahnersatz**

Auch bei der Zahngesundheit sollte die Vorsorge bereits im Kindesalter beginnen, damit die Zähne möglichst lange gesund und die eigenen bleiben. Was den Zustand der österreichischen Zähne betrifft, ergibt sich jedoch ein alarmierendes Bild. Daher ist es im Sinne der Erhaltung der Volksgesundheit für die SVB selbstverständlich, sich auch an der Kariesvorbeugung finanziell zu beteiligen. Sind bereits Schäden vorhanden, muss so schnell wie möglich eine Behandlung durchgeführt werden.

#### **□ Zahnbehandlung**

Für die chirurgische und konservierende Zahnbehandlung (z.B. Plombieren, Zahnziehen, Wurzelbehandlung) gilt das Gleiche wie für die andere ärztliche Hilfe:

Auch mit Zahnärzten und Dentisten bestehen Verträge der SVB, die eine Behandlung auf Krankenschein und die direkte Verrechnung mit der SVB gewährleisten. Zwar ist der Zahnbehandlungsschein ein eigener, jedoch beträgt der Behandlungsbeitrag auch für ihn 7,30 Euro.

Die Zahnbehandlung kann zu den gleichen Bedingungen auch in einem Ambulatorium in Anspruch genommen werden, jedoch mit einem Kostenanteil von 20 Prozent für konservierende chirurgische Zahnbehandlung.

#### **□ Kieferregulierung**

Vor allem bei Kindern ist oft eine kieferorthopädische Behandlung notwendig, damit Zahnfehlstellungen rechtzeitig korrigiert werden können. Hier sind bestimmte Arten der Regulierung Vertragsleistungen, wobei der Versicherte 50 Prozent des Tarifsatzes selbst tragen muss.

Bei anderen als den tarifmäßigen Ausführungen leistet die SVB einen jährlichen Zuschuss, den die Satzung bestimmt.

Vor Beginn der Behandlung ist jedenfalls die Bewilligung der SVB einzuholen.

#### **Zahnersatz**

Ist ein Zahnersatz unentbehrlich, beteiligt sich die SVB unter bestimmten Voraussetzungen an den Kosten: Für abnehmbaren Zahnersatz bestehen fixe Tarifsätze. Davon übernimmt die SVB bei Kunststoffprothesen und deren Reparaturen 75 Prozent, bei Metallgerüstprothesen und deren Reparaturen sowie bei Klammerkronen 50 Prozent.

Vor der Anfertigung des Zahnersatzes ist jedenfalls eine Bewilligung der SVB einzuholen.

Unter bestimmten Voraussetzungen gewährt die SVB auch Zuschüsse zu feststehendem Zahnersatz. Dies ist ausnahmsweise der Fall, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist (medizinischer Sonderfall).

#### ● **Fahrt- und Transportkosten**

Die Satzung der SVB sieht dafür folgende Leistungen vor:

##### **Transportkosten**

Für Patienten, die unfähig sind zu gehen, kann bei medizinischer Notwendigkeit der Krankentransport (z.B. Rotes Kreuz oder private Vertragsunternehmen) als Sachleistung erbracht werden. Die medizinische Notwendigkeit und die Gehunfähigkeit müssen durch einen ärztlichen Transportauftrag bescheinigt sein. Weiterhin wird der Transport nur bis zur nächsten erreichbaren Behandlungsstelle im Inland gewährt und es ist ein Nachweis über die Inanspruchnahme jeder einzelnen Behandlung zu erbringen. Sind mehrere Transporte notwendig, ist überdies eine vorherige Bewilligung der SVB einzuholen.

Der Versicherte hat für den Krankentransport einen 20-prozentigen Kostenanteil zu übernehmen.

Die SVB bietet ihren Versicherten – ebenfalls unter den Voraussetzungen der Gehunfähigkeit und der medizinischen Notwendigkeit - aber auch die Möglichkeit des privaten Krankentransportes, um unter Umständen sehr hohe Kostenanteile zu vermeiden. Ein solcher Eigentransport kann etwa durch einen Familienangehörigen oder Bekannte mit einem privaten PKW erfolgen. Dabei leistet die SVB an den Versicherten einen Zuschuss in Höhe von 80 Prozent des amtlichen Kilometergeldes (0,28 Euro). Bei Dialysepatienten beträgt der Zuschuss 100 Prozent des amtlichen Kilometergeldes (0,36 Euro). Für den Versicherten ergibt

sich eine wesentliche Ersparnis, da einerseits kein Selbstbehalt zu leisten ist und andererseits ein attraktiver Kostenzuschuss gewährt wird.

#### **Fahrtkosten**

Der Ersatz der Fahrtkosten gebührt lediglich im Zusammenhang mit Jugendlichenuntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen oder Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit. Der Versicherte hat Anspruch auf 0,09 Euro pro Kilometer, berechnet nach der kürzesten Straßenentfernung (Wohnort – nächstgelegener Vertragspartner). Diesen Betrag ersetzt die SVB auch dann, wenn ein teureres öffentliches Verkehrsmittel oder ein anderes Fahrzeug benutzt wird.

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass kein Kostenersatz gebührt, wenn die Entfernung in eine Richtung weniger als 20 Kilometer beträgt.

#### Verfasser:

Dr. Harald Jilke

Dr. Christina Perktold

Mag. Irene Seyringer-Rasch

Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Ghegastr. 1

A-1031 Wien

Volkmar Heinecker

**Modernisierungsansätze im Datenschutzrecht - die Erweiterung der organisatorischen Vorkehrungen zum Sozialdatenschutz um den Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit (§ 78b SGB X) sowie um ein Datenschutzaudit (§ 78c SGB X) - Teil 2\***

**3. Datenschutzaudit (§ 78c SGB X)**

**3.1 Vorbemerkung**

Teil 1 der Darstellung der Modernisierungsansätze im Datenschutzrecht endete mit dem Hinweis auf den in der Literatur vertretenen Ansatz, die Implementierung datenvermeidender und -sparsamer DV-Systeme könne vor allem durch das gesetzlich z.B. in § 78c SGB X vorgesehene Datenschutzaudit ausgelöst werden.<sup>1</sup> Im Folgenden soll dieser Ansatz aufgegriffen und näher beleuchtet werden.

Die Kodifikation des Datenschutzaudits in § 78c SGB X steht ebenso wenig wie die Aufnahme des Grundsatzes der Datenvermeidung und -sparsamkeit in § 78b SGB X im Zusammenhang mit der Umsetzung der EU-Datenschutzrichtlinie. Vielmehr handelt es sich hierbei um einen Vorgriff auf die angestrebte grundlegende Modernisierung des Datenschutzrechts in Deutschland.<sup>2</sup>

Kritisch wird vereinzelt angemerkt, dass die Anerkennung deutscher Datenschutz-Zertifikate in der Europäischen Gemeinschaft und darüber hinaus fraglich sei, da es sich beim Datenschutzaudit bisher allein um eine deutsche Erfindung handelt.<sup>3</sup>

**3.2 Historische Entwicklung des Datenschutzaudits**

Der Begriff des Audits stammt aus dem Bereich der betrieblichen Rechnungs- und Buchungsprüfung. Unter einem Audit lässt sich ganz allgemein die systematische Prüfung einer Firma oder Institution (oder eines jeweiligen Teilbereichs) durch unabhängige Fachleute verstehen.

---

\* Fortsetzung des Aufsatzes, dessen erster Teil in SdL 2/2004, S. 297 ff. erschienen ist.

1 Siehe Fußnote 34 - Teil I.

2 Vgl. Steinbach, Die Umsetzung der EG-Richtlinie Datenschutz im Sozialgesetzbuch, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2002, S. 24.

3 Vgl. Münch, Harmonisieren - dann Auditieren und Zertifizieren, in Recht der Datenverarbeitung 2003, S. 225.

Die Idee und Konzeption des Datenschutzaudits orientieren sich an dem schon seit Jahren bestehenden, zahlreich angewendeten und im übrigen durch das EU-Recht gebotenen Umweltschutzaudit.<sup>4</sup>

Parallelen bestehen zu Qualitätssicherungsverfahren wie beispielsweise ISO 9000.<sup>5</sup> Eine vergleichbare technische Norm zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit gibt es nicht.

Das IT-Sicherheits-Zertifikat, das Anbieter für informationstechnische Systeme und Komponenten nach § 4 Abs. 1 Satz 1 BSI-Errichtungsgesetz beim Bundesamt für Informationstechnik beantragen können, beinhaltet eine gewisse Entsprechung zum Datenschutzaudit. Allerdings bezieht es sich mit der Verfügbarkeit, Unversehrtheit und Vertraulichkeit nur auf die klassischen Ziele der Informationssicherheit und zielt somit im Unterschied zu § 9a BDSG bzw. § 78c SGB X nicht auf eine Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit ab. Neuerdings wird auch ein IT-Grundschutz-Zertifikat auf der Basis des IT-Grundschutzes des BSI angeboten.<sup>6</sup>

Regelungen zum sogenannten Datenschutzaudit gab es vor dem Jahr 2001 weder im Sozialdatenschutzrecht noch im allgemeinen Datenschutzrecht. Mithin handelt es sich um bei § 78c SGB X und den wortgleichen § 9a BDSG - jedenfalls auf bundesgesetzlicher Ebene - um völlig neuartige Vorschriften,<sup>7</sup> die am 23. Mai 2001 in Kraft getreten sind. Die Idee eines Datenschutzaudits wird jedoch bereits seit Mitte der 90er Jahre diskutiert. Dabei ging es stets auch um dessen rechtliche Rahmensetzung.

Einen Meilenstein für ein Datenschutzaudit in der Bundesrepublik Deutschland stellt zweifellos der sogenannte Mediendienste-Staatsvertrag (MDStv) dar, eine erste Regelung zum Datenschutzaudit erfolgte für das Datenschutzaudit in Mediendiensten in der Programmnorm des § 17 MDStv vom Januar 1997. Diese regelte jedoch das Datenschutzaudit nicht selbst, sondern kündigte in § 17 Abs. 2 MDStv ein Gesetz mit einem solchen Inhalt an. Diesem Vorbild folgend wurden in den folgenden Jahren weitgehend wortgleiche Regelungen in Bundes- und Landesgesetzen aufgenommen (so auch in § 9a BDSG und § 78c SGB X).

Allerdings wurden weder in der Begründung zum MDStv noch in den Stellungnahmen, die während des Gesetzgebungsprozesses zum Datenschutzaudit

---

4 Vgl. Simitis/Bizer, § 9a BDSG, Rdnr. 35.

5 Vgl. Roßnagel, Datenschutzaudit (2000), S. 7.

6 Vgl. Münch, Qualifizierung nach IT-Grundschutz, Datenschutz und Datensicherheit 2002, S. 345 ff.

7 Vgl. Kraher/Stähler, § 78c SGB X Rdnr. 3.



abgegeben worden waren, Vorstellungen darüber entwickelt, wie ein Datenschutzaudit konkret aussehen könnte.

Regelungen über ein Datenschutzaudit gibt es als Programmnorm in einigen Landesdatenschutzgesetzen, jedoch nicht in allen Bundesländern. So sucht man z.B. im Landesdatenschutzgesetz Niedersachsen eine Regelung zum Datenschutzaudit bisher vergeblich. Aber auch in den anderen Bundesländern und im Bereich des Bundes kann ein Datenschutzaudit nur dann durchgeführt werden, wenn es entsprechende Ausführungs- bzw. Durchführungsregelungen etwa im Rahmen einer entsprechenden Verordnung gibt.

Soweit bekannt, hatte bis vor wenigen Monaten lediglich Schleswig-Holstein entsprechende Ausführungsbestimmungen erlassen (vgl. Landesverordnung über ein Datenschutzaudit auf der Grundlage von § 43 Abs. 2 LDSG S-H Datenschutzauditverordnung - DSAVO vom 3. April 2001). Das bedeutet, dass vor kurzem das Datenschutzaudit in Deutschland nur in Schleswig-Holstein vollständig umgesetzt wurde. Dort wird es seit Sommer 2001 praktiziert, erste Auditierungen erfolgten im Jahr 2002. Die einschlägigen Erfahrungen in Schleswig-Holstein sind dargestellt in einem kürzlich erschienenen Aufsatz von Bäumler (Landesbeauftragter für den Datenschutz Schleswig-Holstein) „Ein Gütesiegel auf den Datenschutz - Made in Schleswig-Holstein“.<sup>8</sup> Außerdem können weitere aktuelle Einzelheiten über die Anwendung des Datenschutzaudits in Schleswig-Holstein im Internet unter [www.datenschutzzentrum.de/audit](http://www.datenschutzzentrum.de/audit) nachgelesen werden.

Aus dem vom unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz in Schleswig-Holstein verliehenen Datenschutzgütesiegel soll für den Bürger ersichtlich werden, dass die betreffende Stelle ein hohes Datenschutzniveau gewährleistet.<sup>9</sup>

Am 5. Oktober 2004 wurde die Bremische Datenschutzauditverordnung beschlossen, so dass im Bereich des Landes Bremen jetzt das Datenschutzaudit auch in der Praxis zum Einsatz kommen kann, indem öffentliche Stellen Bremens zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit ihre Verfahren oder technischen Einrichtungen durch unabhängige Gutachter prüfen und bewerten lassen können. Die neue Datenschutzauditverordnung ist am 15. Oktober 2004 in Kraft getreten. Damit ist Bremen das zweite Bundesland nach Schleswig-Holstein mit einem Datenschutzaudit.

---

8 Veröffentlicht in Datenschutz und Datensicherheit 2004, S. 80 ff.

9 Kritisch zur bisherigen Aussagekraft von Datenschutzgütesiegeln: Schuler, Datenschutz-Gütesiegel, Computer-Fachwissen 2003, S. 24 ff.

Die Bremer Prüfung und Bewertung wird durch einen Auditor durchgeführt, der von der öffentlichen Stelle vorgeschlagen wird, der aber zunächst erst noch vom Landesbeauftragten für den Datenschutz in Bremen zugelassen werden muss. Zugelassen werden kann nur, wer seine fachliche Eignung, persönliche Zuverlässigkeit und Unabhängigkeit für die Tätigkeit als Auditor entsprechend nachweist.

Nach Abschluss eines erfolgreichen Datenschutzauditverfahrens durch einen externen Gutachter wird dem geprüften Verfahren ein datenschutzrechtliches Gütesiegel verliehen, mit dem die datenverarbeitende Stelle im Hinblick auf ihre Vertrauenswürdigkeit sodann werben kann. Es muss sich um ein technisches Verfahren handeln, das besser als der Durchschnitt ist, denn die Verordnung legt Folgendes fest: „Stand der Technik ist der Entwicklungsstand fortschrittlicher Verfahren.“

In diesem Zusammenhang bleibt noch anzumerken, dass wegen der rasanten technischen Weiterentwicklung das Datenschutzaudit-Gütesiegel auf zwei Jahre befristet erteilt wird, wobei für Verlängerungen die Möglichkeit eines vereinfachten Verfahrens vorgesehen ist. Es bleibt dabei, dass das Datenschutzaudit auch in Bremen weiterhin auf Freiwilligkeit beruht, so dass auch dort für öffentliche Stellen keine Verpflichtung besteht, sich auditieren zu lassen.<sup>10</sup>

Es gibt einige wenige Landesdatenschutzgesetze, die den Weg des Datenschutzaudits dadurch unterstützen, dass sie festschreiben, dass Produkte (und Verfahren), deren Vereinbarkeit mit den Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit in einem förmlichen Verfahren festgestellt wurde, vorrangig eingesetzt werden sollen.<sup>11</sup> Die meisten der für die LSV-Träger und ihre Verbände maßgeblichen Datenschutz-Gesetze sind jedoch bisher nicht so weit gegangen.

Welche Folgen die bisherige Uneinheitlichkeit der rechtlichen Regelungen des Datenschutzaudits in Deutschland auslöst, wird aus einer Darstellung des Landesbeauftragten für den Datenschutz Mecklenburg-Vorpommern in seinem letzten Tätigkeitsbereich deutlich.<sup>12</sup> Von einem süddeutschen Softwareunternehmen wird ein datenschutzrechtlich vorbildliches Verfahren

---

10 Vgl. Holst, Bremische Datenschutzauditverordnung in Kraft, Datenschutz und Datensicherheit 2004, S. 710.

11 Vgl. z.B. § 4 Abs. 2 LDSG Schleswig-Holstein und ähnlich § 4 LDSG Nordrhein-Westfalen.

12 Vgl. 6. Tätigkeitsbericht des Landesbeauftragten für den Datenschutz Mecklenburg-Vorpommern, S. 131.

zur Speicherung medizinischer Daten in einem zentralen Archiv auf dem Markt angeboten. Im Sommer 2003 erhielt dieses Produkt ein Datenschutz-Gütesiegel vom unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein. Damit ist die Datenschutzfreundlichkeit dieses Speicherverfahrens „amtlich dokumentiert“ worden.

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Mecklenburg-Vorpommern wurde befragt, ob dieses Siegel auch in Mecklenburg-Vorpommern gültig ist. Diese Frage war insoweit für das Softwarehaus von Interesse, weil es auch in Mecklenburg-Vorpommern im Landesdatenschutzgesetz eine Regelung gibt, die besagt, dass Produkte vorrangig eingesetzt werden sollen, deren Vereinbarkeit mit den Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit in einem Prüfverfahren festgestellt wurde.

Allerdings musste dem anfragenden Unternehmen mitgeteilt werden, dass das in Schleswig-Holstein vergebene Gütesiegel in Mecklenburg-Vorpommern bisher nicht anerkannt wird. Die zuständige Landesregierung hat noch nicht die Rechtsverordnung erlassen, die Inhalt, Ausgestaltung und Berechtigung zur Durchführung eines entsprechenden Prüfverfahrens für das Land Mecklenburg-Vorpommern regeln soll. Das Landesinnenministerium habe insoweit darauf hingewiesen, dass man ein einheitliches Vorgehen in allen Bundesländern anstrebe und daher abwarten wolle, welche Standards der Bund setzen wird.

Im Vorfeld der Einführung des Datenschutzaudits durch § 9a BDSG im allgemeinen Datenschutzrecht des Bundes/§ 78c SGB X im Sozialdatenschutzrecht wurde sehr konträr darüber diskutiert, ob ein Datenschutzaudit für alle datenverarbeitenden Stellen oder zumindest begrenzt auf Anbieter von DV-Systemen und -Programmen gesetzlich überhaupt geregelt werden sollte.

Das Datenschutzaudit gehörte auch in den parlamentarischen Beratungen des Gesetzentwurfs zu den zentralen Streitpunkten. Schon in den Ausschussberatungen hatte die CDU/CSU-Fraktion - wenn auch ohne Erfolg - die Streichung der entsprechenden Regelung gefordert.

Der Bundesrat hatte in seiner Stellungnahme vom 29. September 2000 erhebliche Bedenken gegen die Einführung eines Datenschutzaudits angemeldet, weil dieses nach seiner Auffassung für einen effektiven Datenschutz nicht notwendig, sondern lediglich kostenträchtig sei. In diesem Zusammenhang wurde befürchtet, dass aus der formalen Freiwilligkeit im öffentlichen Bereich leicht ein faktischer Zwang werden könne, vor allem aber würde durch ein Audit die Stellung des betrieblichen Datenschutzbeauftragten entwertet, für dessen rechtliche Absicherung in der EG-Datenschutzrichtlinie sich gerade Deutschland eingesetzt habe. Da sich diese betriebliche Selbstkontrolle bewährt habe, sei es auch unverständlich, warum mit einem Datenschutzaudit

eine Art „dreifache Selbstkontrolle“ eingeführt werden solle, nämlich neben der Selbstkontrolle durch betriebliche Datenschutzbeauftragte und der Fremdkontrolle durch Aufsichtsbehörden zusätzlich noch ein Datenschutzaudit.

Auch die Rechtswirkungen eines Audits seien unklar und insbesondere dann problematisch, wenn Gutachter und Datenschutzkontrollbehörden zu unterschiedlichen Bewertungen gelangten. Ferner sei kein aktueller Regelungsbedarf gegeben, da § 78c Satz 2 SGB X ohnehin auf eine erst zukünftig zu schaffende gesetzliche Regelung verweise.<sup>13</sup>

Allerdings hat die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung der Stellungnahme des Bundesrates nicht zugestimmt. Sie hat vielmehr darauf hingewiesen, dass § 78c SGB X der Stärkung der Selbstkontrolle diene und die Funktion des betrieblichen Datenschutzbeauftragten in sinnvoller Weise ergänze. Hierdurch würden auch die Aufgaben der Aufsichtsbehörden erleichtert. Ferner schaffe die Regelung einen wettbewerblichen Anreiz zur Optimierung der datenschutzrechtlichen Praxis in Unternehmen und Behörden. Auch die positiven Erfahrungen beim Umweltaudit entsprechen - so die Bundesregierung - für die Einführung des § 78c SGB X.<sup>14</sup>

Letztlich ist das Datenschutzaudit dann sowohl in § 9a BDSG als auch in § 78c SGB X gesetzlich verankert worden.

Die Einführung des Datenschutzaudits lässt sich als Bestandteil der von der Bundesregierung in der 14. Legislaturperiode eingeleiteten Modernisierung der öffentlichen Verwaltung verstehen. Sowohl das bereits seit einigen Jahren existierende Umweltaudit als auch das Datenschutzaudit sind Versuche durch neue Handlungsmöglichkeiten und -formen direktes staatliches Handeln zugunsten privater Selbstverantwortung zurückzunehmen.<sup>15</sup> Die Stärkung der Eigenverantwortung für die Einhaltung bestimmter Datenschutzvorgaben soll einhergehen mit einer Reduzierung der Prüftätigkeiten der Behörden.<sup>16</sup>

### 3.3 Europarechtlicher Rahmen

Gemäß Artikel 27 Abs. 1 der Richtlinie Europäischen Parlaments und des Rates zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr vom 24. Oktober 1995 (95/46/EG) - nachfolgend als EG-Datenschutzrichtlinie bezeichnet - fördern die

---

13 Vgl. BR-Drucksache 461/00 (Beschluss), S. 7.

14 Vgl. BT-Drucksache 14/4458, S. 2.

15 Vgl. Beschluss des Bundeskabinetts, Moderner Staat - Moderne Verwaltung, Zwischenbilanz - Chancen und Veränderungen vom 22.11.2000, S. 35 ff.

16 Vgl. BT-Drucksache 14/1191, S. 14.

Mitgliedstaaten und die Kommission die Ausarbeitung von Verhaltensregeln, die nach Maßgabe der Besonderheiten der einzelnen Bereiche zur ordnungsgemäßen Durchführung der einzelstaatlichen Vorschriften beitragen sollen, die die Mitgliedstaaten zur Umsetzung dieser Richtlinie erlassen. Das Datenschutzaudit lässt sich als Bestandteil der Selbstregulierung verstehen, die die zitierte Vorschrift fordert.<sup>17</sup>

Vor allem die freiwillige Ausarbeitung einer Datenschutzpolitik und ihre Konkretisierung in einem Datenschutzprogramm im Rahmen eines Audits werden der den Mitgliedstaaten übertragenen Aufgabe gerecht, die Ausarbeitung von Verhaltensregeln nach Maßgabe der Besonderheiten der einzelnen Bereiche zu fördern. Wenn Selbstregulierung wirksam sein soll, muss der Betroffene die Möglichkeit haben, den Umgang der verantwortlichen Stellen mit seinen personenbezogenen Daten auch zu überprüfen oder überprüfen zu lassen. In diesem Zusammenhang kann ein Datenschutzaudit die Ergebnisse der Selbstregulierung transparent machen.<sup>18</sup>

Die Regelung und Organisation eines freiwilligen Datenschutzaudits steht im Einklang mit den Vorschriften zur Rechtmäßigkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten in den Artikeln 4 bis 9 EG Datenschutzrichtlinie und sonstigen europarechtlichen Vorgaben.

Im Sinne eines gemeinsamen hohen Standards des Datenschutzes und der Datensicherheit in der europäischen Union wäre eine europaweite Regelung des freiwilligen Datenschutzaudits wie für das Umweltschutzaudit zu begrüßen. So würden in der europäischen Gemeinschaft einheitliche Bedingungen für den Wettbewerb der Unternehmen um Datenschutz und Datensicherheit erreicht und potentielle Wettbewerbshindernisse vermieden.<sup>19</sup>

Ferner stünden Bürgern und Kunden in Europa einheitliche Maßstäbe für die Bewertung verantwortlicher Stellen und deren transparente Vermittlung zur Verfügung. In einem internationalen Bereich wie dem der Informations- und Kommunikationstechnik und -dienste sollten Lösungsansätze für Kennzeichnungen stets die internationale Komponente berücksichtigen.

Festzuhalten bleibt jedoch, dass - solange die europäische Gemeinschaft nicht tätig wird - nationalen Regelungen nichts entgegensteht. Zu bedenken ist insbesondere, dass internationale oder europäische Regelungen in der

---

17 Vgl. Bäuml, RDV 2001, S. 168.

18 Vgl. Enquete-Kommission, BT-Drucksache 13/11002, S. 108.

19 Vgl. Stellungnahme des Arbeitskreises „Datenschutzbeauftragte“ im Verband der Metallindustrie Baden-Württemberg (VMI), Datenschutz und Datensicherheit 1999, S. 281 ff.

Regel nicht am Anfang, sondern eher am Ende der Rechtsentwicklung stehen. Beispiele wie die Signaturrechtlinie oder die EG-Datenschutzrichtlinie veranschaulichen, dass die Rechtssetzung auf nationaler Ebene beginnt, auch wenn man weiß, dass diese letztlich nicht genügen wird. Es ist allerdings nicht vermessen anzunehmen, dass die europäische Gemeinschaft ein Datenschutzaudit deutscher Prägung übernehmen und europaweit zu gleichen Bedingungen ermöglichen könnte. Auch die EG Datenschutzrichtlinie ist maßgeblich geprägt worden von Grundsätzen, die das deutsche Datenschutzrecht bereits vorher beinhaltete.

### **3.4 Inhalt der Vorschrift**

Gemäß § 78c Satz 1 SGB X können Anbieter von Datenverarbeitungssystemen und -programmen und datenverarbeitende Stellen zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit ihr Datenschutzkonzept sowie ihre technischen Einrichtungen durch unabhängige und zugelassene Gutachter prüfen und bewerten lassen sowie das Ergebnis der Prüfung veröffentlichen.

#### **3.4.1 Freiwilligkeit des Datenschutzaudits**

Zunächst ist die Freiwilligkeit des Datenschutzaudits hervorzuheben, die der Gesetzgeber durch das Wort „können“ im Gesetzestext deutlich gemacht hat. Die Beschränkung auf eine Kann-Vorschrift läuft letztlich darauf hinaus, dass es sowohl im Belieben der Anbieter als auch der datenverarbeitenden Stellen steht, eine Prüfung und Bewertung in Gestalt eines Datenschutzaudits vornehmen zu lassen.<sup>20</sup>

Somit besteht auch für die LSV-Träger und ihrer Verbände kein gesetzlicher Zwang, ein Datenschutzaudit nach § 78c SGB X durchzuführen.

Die Freiwilligkeit des Audits bezieht sich nicht nur auf die Teilnahme an einem Datenschutzaudit, sondern auch auf seine Beendigung. Daher steht es den Normadressaten der Vorschrift frei, auf das Audit jederzeit zu verzichten oder es nicht wieder zu verlängern. Allerdings wäre es unzulässig, wenn der Anbieter oder die Stelle mit einem Datenschutzaudit nach außen hin eine Qualität vortäuscht, über die das Produkt oder Verfahren nicht oder nicht mehr verfügt.

#### **3.4.2 Werbewirksamkeit des Datenschutzaudits**

Auch die Publikation des Ergebnisses eines Datenschutzaudits ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Jedoch ist davon auszugehen, dass sich die Anbieter von DV-Systemen und -programmen von einem positiven veröffent-

---

20 Vgl. Voßbein, Datenschutzauditierung, Datenschutz und Datensicherheit 2004, S. 92.

lichbaren Prüfergebnis einen Wettbewerbsvorteil versprechen werden. Das durch ein Datenschutzaudit bestätigte hohe Datenschutzniveau soll somit als Werbefaktor dienen.

Für den Bereich der Wirtschaft ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich der Gesetzgeber bei dem Datenschutzaudit auf die zunehmende Bedeutung des Datenschutzes als Akzeptanzkriterium für Dienste und Angebote berufen kann. Dies ist wiederholt in Umfragen in den letzten Jahren bestätigt worden. So wünschten gemäß einer im Jahre 2001 in Deutschland durchgeführten Umfrage 53 % der Befragten, dass dem Datenschutz künftig mehr Bedeutung zukommen soll.<sup>21</sup>

Die Erwartung an den Datenschutz sind aus Sicht von Wirtschaftsunternehmen deswegen von besonderer Bedeutung, weil ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Datenschutzes einerseits und dem Kaufverhalten andererseits nachweisbar ist. Im Offline-Bereich gaben bei einer Umfrage aus dem Jahre 1999 35 % der Deutschen an, wegen fehlender Sicherheit über die Verwendung ihrer Daten auf die Nutzung oder den Kauf eines Angebots zu verzichten. Gegenüber kommerziellen Internetanbietern war sogar ein Prozentsatz von 56 festzustellen.

Die Sorge der Verbraucher um ein akzeptables Datenschutzniveau wurde in weiteren Untersuchungen bestätigt. In einer Umfrage im Oktober 2000, in deren Rahmen 62 % der befragten Internetnutzer in Deutschland erklärten, sie hätten im Internet noch nicht Online bestellt oder gekauft, weil ihrer Meinung nach der Datenschutz unzureichend gewährleistet sei.<sup>22</sup> In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der privaten Internetnutzer seit dem Jahr 2000 gravierend von damals 16 Prozent auf inzwischen 47 Prozent aller deutschen Privathaushalte angestiegen ist.<sup>23</sup> Dieser Zuwachs verdeutlicht, wie wichtig es ist, potentielle Kunden davon zu überzeugen, dass sie auch im Internet geschäftliche Vorgänge einschließlich der damit verbundenen Zahlungen sicher abwickeln können.

„Datenschutzaudit an die ostseecard verliehen“ - so lautete die Überschrift einer Pressemitteilung des unabhängigen Landesentrums für den Daten-

---

21 Vgl. Opaschowski, Quo vadis Datenschutz?, Datenschutz und Datensicherheit 2001, S. 678.

22 Umfrage wurde durchgeführt im Auftrag des Bundesverbandes der Banken.

23 Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung v. 27.12.2004 unter Berufung auf das Statistische Bundesamt.

schutz in Schleswig-Holstein vom 9. November 2004. Diese Schlagzeile veranschaulicht den Ansatz, Datenschutz als Werbefaktor zu begreifen.

Was war im äußersten Norden Deutschlands geschehen?

Das Chipkartensystem ostseecard verbindet hoheitliche Aufgaben der Gemeinden, wie etwa die Erhebung der Kurabgabe mit privatwirtschaftlichem Handeln durch Leistungsanbieter, die touristische Paketangebote bereitstellen. Kurgäste, die in den beteiligten Gemeinden Urlaub machen, erhalten seit diesem Jahr eine elektronische Kurkarte. Im Laufe des Auditverfahrens wurden die rechtlichen und technischen Rahmenbedingungen geschaffen, dass mit der ostseecard ein datenschutzkonformes Produkt angeboten wird.

Ein geprüfetes Konzept der technischen Datenverarbeitung auf der Chipkarte sowie im Hintergrundsystem stellt sicher, dass nur ein Minimum an Daten verarbeitet wird und die Daten nicht zweckentfremdet werden können. Mit dem Datenschutzaudit wird folglich attestiert, dass der Einsatz der modernen Technik nicht zum „gläsernen Urlauber“ führt, sondern zu einer Verbesserung des Leistungsangebots für die Kurgäste und einer einfachen Nutzbarkeit. Die datenschutzgerechte Konzeption verhindert eine unzulässige Profilbildung über das Verhalten der einzelnen Urlaubsgäste. So ist es nicht möglich, die Spuren der Kartennutzung und damit den Besuchsweg eines Urlaubers und die Nutzung der touristischen Angebote personenbezogen auszuwerten. Jedoch ist eine anonyme statistische Auswertung zur Verbesserung des Leistungsangebotes möglich.

Der Wirtschaftsverband zur Stärkung des Tourismus an der Schleswig-Holsteinischen Ostseeküste möchte mit dem Datenschutzauditzeichen gegenüber seinen Gästen damit werben, dass sorgfältig und vertraulich mit den Urlaubersdaten umgegangen wird. Dies sei neben dem sonstigen Serviceangebot in den Gemeinden ein weiteres Werbeargument.

Inwieweit die Einführung des Datenschutzaudits im Bereich der öffentlichen Verwaltung und dort speziell in der bzw. für die Sozialversicherung „attraktiv“ ist, wird später noch zu erörtern sein (vgl. Ziffer 3.7).

### **3.4.3 Adressat der Vorschrift**

Als primärer Adressat des § 78c SGB X ist die Softwareindustrie zu nennen, mithin alle Anbieter von Datenverarbeitungssystemen und -Programmen für die Sozialleistungsverwaltung.<sup>24</sup>

---

24 Vgl. Hauck/Haines/Rombach, § 78c SGB X, Rdnr. 4.



Diese Anbieter sollen ihr Datenschutzkonzept sowie ihre technischen Einrichtungen durch unabhängige und zugelassene Gutachter prüfen und bewerten lassen. Damit sollen schon bei der Produkterstellung stärker als bisher datensichernde und -schützende Aspekte berücksichtigt werden. Der entsprechende Anbieter kann mit dem Hersteller des Datenverarbeitungssystems und -Programms identisch sein, er kann aber auch lediglich Händler sein oder das System bzw. Programm modifiziert haben.

Mit „datenverarbeitende Stellen“ im Wortlaut von § 78c Satz 1 SGB X sind offenbar die datenschutzrechtlich verantwortlichen Stellen im Sinne des § 67 Abs. 9 SGB X gemeint. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die Einbeziehung dieser Stellen in die gesetzliche Regelung bis zum Beschluss des Bundeskabinetts zu den zwischen den Ressorts umstrittenen Streitfragen gehörte. Für die Einbeziehung der datenverarbeitenden Stelle sprachen nicht nur systematische Gründe, sondern vor allem auch eine breit angelegte Anreizstruktur. Im sich anschließenden Gesetzgebungsverfahren wurde die Einbeziehung dieser Stellen nicht mehr in Frage gestellt. Der Begriff der datenverarbeitenden Stelle geht zurück auf den Sprachgebrauch früherer Fassungen des BDSG und entsprechender Sozialdatenschutzvorschriften, der inzwischen aufgrund der EG-Datenschutzrichtlinie durch den Begriff der für die Datenverarbeitung verantwortlichen Stelle ersetzt worden ist.<sup>25</sup>

Zu den Normadressaten gehören insbesondere auch die in § 35 Abs. 1 SGB I genannten Stellen zuzüglich der Personen und Stellen, die nicht in § 35 SGB I genannt sind, an die aber Sozialdaten übermittelt worden sind (§ 78 Abs. 1 Satz 2 SGB X).

Aus der Adressierung der Norm an die für die Verarbeitung verantwortlichen Stellen folgt nicht, dass diese sich nur mit ihrer gesamten Datenverarbeitung einem Datenschutzaudit unterziehen können. Vielmehr kann sich der Gegenstand des Audits auch auf einzelne Verfahren automatisierter Datenverarbeitung beschränken, soweit die Voraussetzungen der Verarbeitung durch ein Datenschutzkonzept sinnvoll festgelegt sind und ein Datenschutzaudit durchgeführt werden kann.

Auch die auftragsdatenverarbeitenden Stellen nach § 80 SGB X sind noch als Normadressaten zu nennen. Zwar sind Auftragnehmer im Sinne des § 80 SGB X keine datenverarbeitende Stelle bzw. nach dem neuen Sprachgebrauch keine verantwortliche Stelle. Sie können aber ein Datenschutzaudit als Anbieter eines Datenverarbeitungssystems und -Programms dann erhalten, wenn sie ihre Produkte als Dienstleistung anbieten und auditieren lassen. Für die verantwortliche Stelle kann die Beauftragung eines auditierten

---

25 Vgl. zur Parallellregelung des § 9a BDSG Simitis/Bizer a.a.O., Rdnr. 46.

Auftragnehmers im Einzelfall zu einer Verbesserung ihres Datenschutzniveaus führen.

Mit Ausnahme der Sozialversicherungsträger und ihrer Verbände gehören gemäß § 78c Satz 3 SGB X öffentliche Stellen der Länder nicht zu den Normadressaten (z.B. Sozial- und Jugendhilfeträger). Für diese öffentlichen Stellen geltend die entsprechenden Datenschutzauditbestimmungen der Landesdatenschutzgesetze. Die Herausnahme der landesunmittelbaren Sozial- und Jugendhilfeträger ist unverständlich, da § 78c SGB X (i.V.m. dem noch zu erlassenden Ausführungsgesetz) umfassend das Datenschutzaudit für die Sozialleistungsverwaltung und damit unter Beachtung der spezifischen Vorgaben der §§ 67 ff. SGB X einheitlich für den gesamten Bereich regelt.

Festzuhalten bleibt, dass für die LSV-Träger - ohne Unterscheidung, ob es sich danach um bundes- oder um landesunmittelbare Körperschaften handelt - und ihre Verbände im Hinblick auf ein mögliches künftiges Datenschutzaudit die Regelung des § 78c SGB X maßgeblich ist.

#### **3.4.4 Datenschutzkonzepte und technische Einrichtungen**

Gemäß § 78c Satz 1 SGB X können „Datenschutzkonzepte sowie ihre technischen Einrichtungen“ geprüft, bewertet und veröffentlicht werden. Die beiden genannten Elemente werden als integrale Bestandteile für die Bewertung und Prüfung durch die Gutachter eingeordnet.<sup>26</sup>

Zum einen ist die Auditierung eines Datenschutzkonzeptes ohne Berücksichtigung der technischen Einrichtungen, auf denen die Verfahren automatisierter Verarbeitung implementiert werden sollen oder bereits sind, folgenlos und somit keine wirkliche Verbesserung. Andererseits ist eine Auditierung einer technischen Einrichtung ohne Berücksichtigung ihrer Funktionalität einschließlich der angestrebten und erreichten Verbesserung in einem Datenschutzkonzept wenig aussagekräftig.

Der Begriff des Datenschutzkonzeptes und der technischen Einrichtungen umfasst sowohl die technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Erreichung der Datensicherheit einschließlich der internen Datenschutzkontrolle als auch die materiellen Datenschutzkriterien wie die Grundsätze der Erforderlichkeit, der Zweckbindung, der Transparenz oder der Datenvermeidung. Außerdem sind in diesem Zusammenhang auch die Ausgestaltung von Einwilligungserklärungen oder die Handhabung der Betroffenenrechte (vgl. dazu insbesondere die §§ 83 und 84 SGB X mit den dort festgeschriebenen Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung von Daten).

---

26 Vgl. Simitis/Bizer, § 9a BDSG Rdnr. 55.

Die im Gesetzestext des § 78c SGB X bzw. § 9a BDSG verwendeten Begriffe „Datenverarbeitungssysteme“ und „-programme“ genügen im Hinblick auf die zur Diskussion stehenden Möglichkeit, das Angebot der Anbieter von DV-Systemen und -programmen zu differenzieren, nicht. Auch die Nennung des Datenschutzkonzeptes sowie der technischen Einrichtungen ist insbesondere deshalb nicht hinreichend präzise, weil in § 78a / § 9 BDSG auch diejenigen organisatorischen Maßnahmen ausdrücklich genannt werden, die nicht zwingend vom Datenschutzkonzept mit umfasst sind.<sup>27</sup>

Die Aufteilung des Gegenstands des Datenschutzaudits in ein Verfahrensaudit einerseits und ein Produktaudit andererseits hat seine Grundlage in den verschiedenen Normadressaten der rechtlichen Regelung: Die für die Datenverarbeitung verantwortlichen Stellen lassen ihr Datenschutzkonzept einschließlich ihrer technischen Einrichtungen in einem Verfahrensaudit prüfen und bewerten, während Anbieter von Datenverarbeitungssystemen und -programmen das Datenschutzkonzept einschließlich ihrer technischen Einrichtungen für ein angebotenes bzw. in Zukunft anzubietendes Produkt auditieren lassen. In beiden Varianten müssen die Anforderungen an das Datenschutzkonzept im Hinblick auf ihre jeweiligen Gegenstände, Verfahren oder Produkt konkretisiert werden.<sup>28</sup>

Die Festlegung des Datenschutzkonzeptes sowie die Gestaltung und Auswahl der technischen Einrichtungen, die Gegenstand des Datenschutzkonzeptes sind, sind Ausfluss der Selbstverantwortung der datenverarbeitenden Stelle bzw. des Anbieters eines Datenverarbeitungssystems und -programms.

Wenden wir unsere Aufmerksamkeit zunächst dem Verfahrensaudit zu. Dieser Begriff orientiert sich an dem Begriff der „Verfahren automatisierter Verarbeitung“, wie er z.B. in § 4d Abs. 1 Satz 1 BDSG verwendet wird. Vorstellbar ist, dass ein einzelnes Verfahren, aber auch mehrere oder alle Verfahren einer für die Datenverarbeitung verantwortlichen Stelle auditiert werden. In diesem Zusammenhang wird gefordert, dass ein einzelnes Verfahren aber eine in sich geschlossene Prüfung und Bewertung seiner Datenschutzrisiken und der erreichten Verbesserungen ermöglichen muss.<sup>29</sup>

Als entsprechende Beispiele für solche Verfahren sind Personaldatenverarbeitungen, Abrechnungsverfahren oder Benutzerverwaltungen bei Tele- oder

---

27 Vgl. Voßbein, Datenschutzauditierung, Datenschutz und Datensicherheit 2004, S. 93.

28 Ähnlich Roßnagel, Datenschutzaudit (2000), S. 141.

29 Vgl. Roßnagel/Pfitzmann/Garstka, Gutachten über die Modernisierung des Datenschutzrechts (2001), S. 136.

Mediendienst anzuführen. Im Rahmen des Audits wird das Datenschutzkonzept einschließlich der technischen Einrichtungen des bzw. der zur Auditierung dienenden Verfahren betreffenden datenverarbeitenden Stelle bewertet.

Eine gesetzliche Definition des Begriffs des Datenschutzkonzeptes findet sich weder im BDSG noch im SGB X. Unter einem Datenschutzkonzept lässt sich die geplante Vorgehensweise, wie die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit zu gewährleisten sind, verstehen.<sup>30</sup> Ein Bestandteil eines solchen Konzepts besteht in der Gestaltung der innerbehördlichen Organisation, die nach Satz 1 der Anlage zu § 78a SGB X bzw. § 9 BDSG den besonderen Anforderungen des Datenschutzes gerecht werden muss. In anderen Regelungen werden die technischen und organisatorischen Maßnahmen als „Sicherheitskonzept“ bezeichnet.<sup>31</sup>

Grundlage eines Datenschutzkonzeptes ist eine Bestandsaufnahme des zu auditierenden Verfahrens, die neben dem Inhalt der Meldepflicht z.B. nach § 4e Satz 1 BDSG auch Angaben über die für das Verfahren eingesetzten technischen Einrichtungen (Hard- und Software), immateriellen Zulässigkeitsvoraussetzungen sowie die gebotenen und getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen der Datensicherheit einschließlich der Zuständigkeit innerhalb der für die Datenverarbeitung verantwortlichen Stelle beinhaltet.

Mit der Formulierung von Zielen schreibt die verantwortliche Stelle für sich selbst fest, für welche Verfahren bzw. Verfahrensteile sie eine Verbesserung für den Datenschutz und die Datensicherheit anstrebt. Als mögliche Beispiele können hier eine angestrebte Pseudonymisierung, die Implementierung von möglichst kurzen Lösungsfristen, die Gewährleistung von Vertraulichkeit oder Schulungsmaßnahmen usw. genannt werden.

Ein weiteres wesentliches Element des Datenschutzkonzeptes besteht in der Festlegung von geeigneten Maßnahmen zur Umsetzung der formulierten Ziele einschließlich der für ihre Umsetzung vorgesehenen Abläufe, Zeiträume und Zuständigkeiten. Die Maßnahmen können in diesem Zusammenhang die Gestaltung der vorgesehenen technischen Einrichtungen erfassen. Nach dem in Schleswig-Holstein geltenden Auditrecht werden die zur Umsetzung der definierten Datenschutzziele zu treffenden Maßnahmen in einem sogenannten Datenschutzmanagementsystem zusammengefasst.

Die Maßnahmen, mit denen die Umsetzung des Datenschutzkonzeptes im Rahmen der behördeninternen Kontrolle innerhalb der datenverarbeitenden

---

30 Vgl. Simitis/Bizer, § 9a BDSG, Rdnr. 59.

31 Vgl. § 5 Abs. 2 LDSG Schleswig-Holstein, § 87 Abs. 2 TKG.

Stelle überprüft werden (Revision), sind ein wichtiger Bestandteil des Datenschutzkonzeptes. Festzulegen sind diesbezüglich u.a. die Zuständigkeiten, das Prüfverfahren und die Dokumentation des durch die Maßnahmen jeweils erreichten Zustandes. Im Rahmen der Zuständigkeit sollte nicht nur die Verantwortlichkeit für die Durchführung der Revision festgelegt werden, sondern auch gegenüber welcher Stelle in welchen Zeitintervallen der erreichte Zustand zu berichten ist (Eskalation).

Wenn auch das Gesetz keine Festlegung über die Form des Datenschutzkonzeptes trifft, so wird doch gefordert, dass das Datenschutzkonzept in einer reversionssicheren Form vorliegt, aus der sich spätere Veränderungen des Konzeptes erkennen lassen, da das Datenschutzkonzept Grundlage für die Prüfung und Bewertung durch die Datenschutzaudit-Gutachter ist.<sup>32</sup>

Technische Einrichtungen, die für die Verfahren der automatisierten Verarbeitung von Bedeutung sind, sind in das Datenschutzkonzept aufzunehmen. Der Begriff der technischen Einrichtung umfasst Datenverarbeitungsanlagen einschließlich der auf ihn implementierten Verarbeitungsprogramme. Im Unterschied zu den Datenverarbeitungssystemen kann es sich auch um einzelne für die Verarbeitung personenbezogener Daten relevante Komponenten handeln.

Vom Verfahrensaudit ist das Produktaudit zu unterscheiden. Oft können die verantwortlichen Stellen Maßnahmen zum Schutz der informationellen Selbstbestimmung deshalb entweder gar nicht oder nur erschwert ergreifen, weil die verwendeten Produkte der Informations- und Kommunikationstechnik diese Maßnahme nicht zulassen. Als Folgerung aus diesem Manko müssen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit bereits bei der Entwicklung und Herstellung der Produkte erfüllt werden, um so künftig sicherzustellen, dass die Anforderungen, die an die verantwortliche Stelle zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit gestellt werden, von dieser auch erfüllt werden können.

In diesem Zusammenhang wird die Forderung erhoben, dass Hersteller bei der Entwicklung und Herstellung von Produkten der Informations- und Kommunikationstechnik prüfen müssen, wie sie erreichen können, dass ihre Produkte

- die Verarbeitung personenbezogener Daten vermeiden oder vermindern,
- eine ausreichende Transparenz über die Funktionen und die Verarbeitung personenbezogener Daten für den Nutzer schaffen,

---

32 Vgl. Simitis/Bizer a.a.O., Rdnr. 65.

- herstellereitig mit für den Nutzer datenschutzfördernden und sicheren „Default“ Einstellungen versehen sind,
- dem Nutzer die Kontrolle über die Verarbeitung personenbezogener Daten und die Sicherheitseigenschaften an die Hand geben,
- Missbrauch durch die Verwendung von Funktionen und personenbezogenen Daten für nicht vorgesehene Zwecke verhindern oder zumindest erschweren,
- ermöglichen, personenbezogene Daten für unterschiedliche Zwecke getrennt zu verarbeiten sowie
- ihre sichere und datenschutzkonforme oder datenschutzfördernde Verwendung zu kontrollieren.<sup>33</sup>

Auch diejenigen Firmen, die Produkte der Informations- und Kommunikationstechnik herstellen oder vertreiben, müssen darüber aufklären, auf welche Risiken die Nutzer unter dem Blickwinkel des Datenschutzes und der Datensicherheit achten sollten und wie sie diese vermeiden könnten. Insofern sind die Hersteller gefordert, in geeigneter Weise auf Risiken und datenschutzfördernde Eigenschaften ihrer Produkte hinzuweisen und Empfehlungen zu einer datenschutzgerechten und sicheren Verwendung der Produkte der Informations- und Kommunikationstechnik auszusprechen.

Gegenstand des Produktaudits sind technische Einrichtungen, die zur Verarbeitung personenbezogener Daten angeboten werden (Beispiele: Programm zur Personaldatenverarbeitung, Programm zur Versichertendatenverarbeitung usw.). Der Produktbegriff umfasst auch Verfahren automatisierter Datenverarbeitung, die als Dienstleistungen datenverarbeitenden Stellen angeboten werden. Auch das Angebot der Auftragsdatenverarbeitung kann durch ein Produktaudit überprüft werden.

Ergänzend bleibt anzumerken, dass sich das Datenschutzkonzept für ein Produktaudit auf die Funktionalität des Produkts für eine Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit beschränkt. In diesem Zusammenhang werden Eigenschaften wie die Geeignetheit zur Datenvermeidung und Datensparsamkeit, die Gewährleistung der Datensicherheit und der Revisionsfähigkeit des Produkts sowie die Gewährleistung der Betroffenenrechte von Bedeutung sein.

---

33 Vgl. Roßnagel, Handbuch Datenschutzrecht, S. 465, Rdnr. 71.

### 3.5 Grundrechtsrelevanz eines Datenschutzaudits

Die Zuerkennung oder Aberkennung bzw. Versagung des Datenschutzaudit-Prüfsiegels können eine erhebliche Beeinträchtigung der Wettbewerbsfähigkeit des betroffenen Unternehmens nach sich ziehen und sich somit erheblich auf die Umsatz- und Gewinnchancen auswirken. Letztlich können sie sogar die Substanz eines Unternehmens angreifen.<sup>34</sup> Trotz Freiwilligkeit der Teilnahme sind die Beurteilungen daher als ein Eingriff in das Grundrecht auf freie Berufsausübung und in die Gewerbefreiheit der betroffenen Unternehmen anzusehen, so dass diese Maßnahmen einer gesetzlichen Regelung bedürfen. Ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit ist aufgrund eines Gesetzes zulässig, das vernünftige Erwägungen des Allgemeinwohls umsetzt.

Die Regelung der Werbemöglichkeiten und mögliche Werbeverbote zur Verhinderung irreführender Werbung greifen in die Berufsfreiheit der Unternehmen ein. Sie sind rechtmäßig, wenn vernünftige Erwägungen des Allgemeinwohls dies rechtfertigen, erfordern jedoch immer eine gesetzliche Regelung.<sup>35</sup>

Die Zulassung von Datenschutzgutachtern und Gutachterorganisationen und die Aufsicht über gutachterliche Tätigkeit sind Eingriffe in die Berufsfreiheit nach Artikel 12 Abs. 1 GG und bedürfen daher einer gesetzlichen Regelung, die das neu zu schaffende Berufsbild des Datenschutzgutachters gestalten und damit den Kernbereich der in Artikel 12 GG geschützten Berufsfreiheit. Die Zulassung zur Datenschutzauditierung eröffnet für die betreffenden Gutachter und Organisationen einen Dienstleistungsmarkt. Sie führt für diesen Personenkreis zu erheblich besseren Erwerbschancen gegenüber anderen nicht zugelassenen Gutachtern.

Für die Zulassung von Datenschutzaudit-Gutachtern sind die Grundsätze zu beachten, die das Bundesverfassungsgericht für die öffentliche Bestellung von Sachverständigen nach § 36 Gewerbeordnung wie folgt formuliert hat: „Schafft der Gesetzgeber die staatliche Anerkennung einer beruflichen Qualifikation und damit Vorteile im beruflichen Wettbewerb, so wirkt sich die Verweigerung dieser Anerkennung als Eingriff in die Berufsfreiheit aus. Als Freiheitsbeschränkung kommen nicht allein Gebote und Verbote in Betracht; es genügt, dass durch staatliche Maßnahmen der Wettbewerb beeinflusst und die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit dadurch behindert wird.“<sup>36</sup>

---

34 So für das Umweltschutzaudit die Amtliche Begründung zum UAG BT-Drucksache 13/1192, S. 18.

35 Vgl. auch Baumbach/Hefermehl, Wettbewerbsrecht, Allgemeine Grundlagen, Rdnr. 56.

36 Vgl. Entscheidungssammlung des Bundesverfassungsgerichts, Band 86, S. 28 ff. (37).

Die Zulassung von Gutachtern, die in das Grundrecht auf deren Berufsausübung eingreift, ist gerechtfertigt, wenn sie auf einem Gesetz beruht, das vernünftige Erwägungen des Allgemeinwohls umsetzt.

### 3.6 Zusätzliche verfassungsrechtliche Aspekte

Wenden wir zunächst unseren Blick der Frage der Gesetzgebungskompetenz für ein Datenschutzaudit zu. Diese ergibt sich wie für die allgemeinen Regelungen zum Datenschutz aus dem Regelungszusammenhang.<sup>37</sup>

Der Bund kann sich für ein Datenschutzauditgesetz auf seine konkurrierende Kompetenz für das Recht der Wirtschaft nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG berufen, weil Adressaten der Regelung vor allem datenverarbeitende Stellen aus der Wirtschaft und die Gutachter sind und Regelungszweck neben der Zulassung von Gutachtern die Transparenz des Wettbewerbs und der Verbraucherschutz ist.

Eine Bundeskompetenz regelt Artikel 73 Nr. 7 GG auch für die Telekommunikation.

Gemäß Artikel 72 Abs. 2 GG darf der Bund von seinem Recht zur konkurrierenden Gesetzgebung Gebrauch machen, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht. Insoweit ist anzumerken, dass der grenzüberschreitende Wettbewerb verantwortlicher Stellen, soweit es sich um Privatfirmen handelt, die grenzüberschreitende Nachfrage nach Anwendungen und das Erfordernis eines ebenso weiten Schutzes des informationellen Selbstbestimmungsrechts sowie die bundesweite Tätigkeit von Datenschutzgutachtern bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen benötigen. Somit ist die Regelung durch Bundesgesetz zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich.<sup>38</sup>

Sofern in einem Bundesgesetz Landesbehörden neue Aufgaben und Befugnisse übertragen oder bestehende neu geregelt werden, ist das Gesetz nach Artikel 84 Abs. 1 GG zustimmungspflichtig.

Zur Einrichtung von Behörden im Sinne von Artikel 84 Abs. 1 GG rechnet das Bundesverfassungsgericht nicht nur Festlegungen zur Errichtung von Behör-

---

37 Wegen näherer Einzelheiten vgl. Simitis/Simitis § 1 BDSG Rdnr. 63 ff.

38 Vgl. BR-Drucksache 966/96, S. 19 für das Informations- und Kommunikation-dienstegesetz.



den, sondern auch die Festlegung ihres näheren Aufgabenkreises, zumindest dann, wenn der Aufgabenkreis einer Behörde qualitativ erweitert wird.<sup>39</sup>

Auch Vorschriften über das Verwaltungsverfahren begründen die Zustimmungspflicht des Bundesrates nach Artikel 84 Abs. 1 GG. Darunter sind gesetzliche Bestimmungen zu verstehen, die die Tätigkeit der Verwaltungsbehörden im Blick auf die Art und Weise der Ausführungen des Gesetzes einschließlich ihrer Handlungsformen, die Form der behördlichen Willensbildung, die Art der Prüfung und Vorbereitung der Entscheidung, deren Zustandekommen und Durchsetzung sowie verwaltungsinterne Mitwirkungs- und Kontrollvorgänge in ihrem Ablauf festlegen.<sup>40</sup>

Soweit dagegen der Bund seine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz nicht ausübt, können die Länder nach der Grundregel zu Artikel 70 GG diesen Bereich selbst regeln. Deshalb können Regelungen in Ländergesetzen bis zur - erschöpfenden - Regelung des Datenschutzaudits in einem Bundesgesetz auch das Datenschutzaudit wirtschaftlicher Unternehmen und die Anerkennung von Gutachtern umfassen.

Die Bundesländer haben eine eigene Gesetzgebungskompetenz, die nur ihnen zusteht, soweit sie das Datenschutzaudit für öffentliche Landesstellen regeln.

Nachfolgend noch einige Anmerkungen zur Vollzugskompetenz. Soweit die Zulassung und Beaufsichtigung der Datenschutzgutachter sowie die Registrierung der teilnehmenden Anbieter einer Bundesbehörde (z.B. einer beliebigen privaten Organisation oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz oder der Regulierungsbehörde für Telekommunikation und Post) zustehen sollte, folgt die Verwaltungskompetenz des Bundes aus Artikel 87 Abs. 3 GG, wonach für Angelegenheiten, für die dem Bund die Gesetzgebungskompetenz zusteht, selbständige Bundesoberbehörden durch Bundesgesetz errichtet werden können. Erst recht gilt dies, wenn einer bereits bestehenden Bundesbehörde weitere Aufgaben übertragen werden.

Die Vollzugskompetenz nach der Grundregel des Artikel 83 Abs. 1 GG haben die Bundesländer, soweit Ländergesetze zu vollziehen sind oder das Bundesgesetz den Vollzug nicht ausdrücklich einer Bundesbehörde überträgt. Die Länder legen in der Regel die Behörden fest, die die Aufsicht über die Gutachter führen und die Registrierung der auditierten Stellen und zertifizierten Produkte übernehmen, wenn nicht das Bundesgesetz

---

39 Vgl. Entscheidungssammlung des Bundesverfassungsgerichts Band 75, S. 150 f., Band 77, S. 299.

40 Vgl. Bundesverfassungsgericht a.a.O., S. 152.

entsprechend Artikel 84 Abs. 1 GG hierzu mit Zustimmung des Bundesrates bereits konkrete Vorgaben ausspricht.

### 3.7 Ausführungsgesetz

Wegen der bereits oben unter 3.5 dargestellten Grundrechtsrelevanz eines Datenschutzaudits sieht § 78c Satz 2 SGB X und der gleichlautende § 9a BDSG folgerichtig vor, dass die näheren Anforderungen an die Prüfung und Bewertung, das Verfahren sowie die Auswahl und Zulassung der Gutachter durch ein besonderes Gesetz geregelt werden müssen, das allerdings noch auf sich warten lässt.

Nachdem die Bundesregierung in der 14. Legislaturperiode das Ausführungsgesetz zunächst als Bestandteil der sich an die Umsetzung der EG Datenschutzrichtlinie anschließenden zweiten Stufe der Datenschutznovelle angekündigt hatte, reagierten Regierung und Parlament nicht mehr auf die Vorlage eines Regelungsvorschlages zum Datenschutzaudit durch die vom Bundesministerium des Innern beauftragten Gutachter im November 2001, zumal die Terroranschläge vom 11. September 2001 eine Verlagerung der Schwerpunkte der Gesetzgebungstätigkeit ausgelöst hatten.

Seit Mitte 2002 wird im Bundesministerium des Innern an dem Entwurf eines Ausführungsgesetzes unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen in Schleswig-Holstein und mit Unterstützung durch eine Gesetzesfolgenabschätzung der Universität Speyer gearbeitet, ohne dass bisher das entsprechende Gesetzgebungsverfahren auf den Weg gebracht worden wäre.

Deshalb hat das unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein kürzlich Bundesinnenminister Otto Schily in einem offenen Brief aufgefordert, endlich die Bundesgesetzgebung zum Datenschutzaudit in Angriff zu nehmen,<sup>41</sup> nachdem zuvor in einer Entschließung der 65. Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder am 27./28. März 2003 in Dresden darauf gedrängt wurde, dass die noch ausstehenden gesetzlichen Regelungen zur Einführung des Datenschutzaudits umgehend geschaffen werden sollten.<sup>42</sup>

Im Hinblick auf einen entsprechenden Entwurf eines Ausführungsgesetzes zum Datenschutzaudit war bisher offenbar insbesondere die Trägerschaft der

---

41 Vgl. Recht der Datenverarbeitung 2004, S. 93.

42 Vgl. 6. Tätigkeitsbericht des Landesbeauftragten für den Datenschutz Mecklenburg-Vorpommern, S. 195 (10. Anlage).

Akkreditierung der Gutachter ungeklärt.<sup>43</sup> Eine Übertragung an Private scheitert entweder am fehlenden wirtschaftlichen Interesse oder wie im Fall der Industrie- und Handelskammern an rechtlichen Bedenken. Bekanntlich handelt es sich bei den letztgenannten Stellen um öffentlich-rechtliche Zwangskörperschaften, die die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben über die Beiträge ihrer Mitglieder finanzieren. Neben rechtlichen Zweifeln, ob die Finanzierung der Aufgabe, Gutachter für das Datenschutzaudit zu akkreditieren und zu beaufsichtigen, nicht die Grenzen der Verhältnismäßigkeit überschreitet,<sup>44</sup> sei eine weitere Belastung dieser Zwangskörperschaften mit öffentlichen Aufgaben nach Ansicht des Staatssekretärs politisch nicht wünschenswert.

Denkbar wäre die Übernahme der Akkreditierung und Beaufsichtigung von Datenschutzauditgutachtern durch das Bundesamt für Informationssicherheit nach Artikel 87 Abs. 3 GG als Bundesoberbehörde (Bundeslösung), die jedoch fachlich nicht den Bereich des Datenschutzes abdecken kann.

Als selbständiger Aufgabenträger im vorstehenden Sinne scheidet auch der Bundesbeauftragte für den Datenschutz aus, weil er keine Bundesoberbehörde im Sinne des Artikel 87 Abs. 3 GG, sondern lediglich Teil des Bundesinnenministeriums ist.

Eine denkbare Alternative für eine Bundeslösung könnte zumindest für den Bereich der Wirtschaft und der Landesverwaltung eine Trägerschaft der Auditierung in der Verwaltungskompetenz der Länder (Länderlösung) sein, für die die Erfahrungen aus Schleswig-Holstein mit der Durchführung von Behördenaudits wie von Produktgütesiegeln einen gewissen Vorbildcharakter haben könnte.

Der Gesetzgeber wird bei der Konzeption eines Ausführungsgesetzes zum Datenschutzaudit insbesondere auch berücksichtigen müssen, dass das Datenschutzaudit so „schlank“ geregelt wird, dass es nicht zu einer spürbaren finanziellen Belastung der interessierten Anbieter führt.<sup>45</sup>

### 3.8 Rechtsfolgen

Weil es sich bei dem Datenschutzaudit lediglich um eine freiwillige Angebotsregelung handelt, können sich aus § 78c SGB X keine Rechtsfolgen ergeben.

---

43 Vgl. Rede des Staatssekretärs im BMI Wewer im Rahmen der Sommerakademie in Kiel Ende August 2003.

44 Vgl. Bundesverwaltungsgericht, Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht 2002, S. 335.

45 Vgl. auch Voßbein, Datenschutzauditierung, Datenschutz und Datensicherheit 2004, S. 97.

Jedoch kann die künftige Verwendung auditiertes IT-Verfahren für die Frage der Verantwortlichkeit im Sinne des § 82 Satz 2 SGB X in Verbindung mit § 7 Satz 2 BDSG als Exkulpationsmöglichkeit bei der Gefährdungshaftung im Falle einer unrichtigen oder unzulässigen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten für die Sozialversicherungsträger dienen.<sup>46</sup>

#### 4. Fazit

Eine datenschutzkonforme Technikgestaltung ist eine wichtige Voraussetzung für einen wirksamen Datenschutz.<sup>47</sup> Diese Feststellung gilt umso mehr in einem Zeitalter, in der sich die Informations- und Kommunikationstechnik immer schneller fortentwickelt und damit immer komplexer / unübersichtlicher wird.

Was bringt das Datenschutzaudit? Ein erfreulicher Aspekt aus Kundensicht besteht darin, dass die Anbieter von DV-Systemen im Rahmen eines Auditierungsprozesses zum aktiven Handeln gezwungen sind und sich dementsprechend verstärkt mit den Themen Datenschutz und Datensicherheit befassen müssen, die ohne den äußeren Anstoß eines Datenschutzaudits möglicherweise nicht oder aber nicht derart intensiv einbezogen worden wären. Insoweit wird die Maßnahme des Gesetzgebers, das freiwillige Datenschutzaudit auf Bundesebene als ein Instrument der Selbstregulierung einzuführen, ausdrücklich begrüßt.

Allerdings wird sich die Akzeptanz bei den Anbietern von DV-Systemen nur dann einstellen, wenn sich bei der künftigen Durchführung von Datenschutzaudits nicht die negativen Erfahrungen wiederholen, die mit der Zertifizierung nach ISO 9000 ff. gemacht wurden. Neben hohen Kosten und erheblichem Aufwand wurden diesbezüglich die mit der Zertifizierung häufig einhergehende Überreglementierung und ein ausufernder Bürokratismus angeführt. Ob die Befürchtung, dass durch die Einführung eines Datenschutzaudits ein gewisser „Selbstläufereffekt“ entsteht, durch den die eigentlich angestrebte freiwillige Teilnahme in der Weise unterlaufen wird, dass Anbieter von Hardware und Software sich einem Audit unterziehen müssen, obwohl sie dies eigentlich für nicht erforderlich halten, bleibt abzuwarten.<sup>48</sup>

Für die Anbieter von Hardware und Software, bei denen es sich um wirtschaftlich ausgerichtete Unternehmen handelt, wird von entscheidender Bedeutung

---

46 Vgl. Hauck/Noftz/Rombach, § 78c SGB X, Rdnr. 10.

47 Vgl. Entschließung der 65. Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder a.a.O., S. 195.

48 Vgl. Stellungnahme des Arbeitskreises „Datenschutzbeauftragter“ im Verband der Metallindustrie Baden-Württemberg a.a.O. (Fußnote 19) S. 282.

sein, ob die Kosten der Datenschutzauditierung durch den Werbeeffect eines Gutesiegels aufgefangen werden können.<sup>49</sup> Deshalb bedarf es einer pragmatisch und praxisorientierten Gestaltung des freiwilligen Datenschutzaudits im Ausführungsgesetz.

Nach derzeitiger Einschätzung dürfte das Datenschutzaudit im Bereich der sozialen Sicherung in erster Linie für die Anbieter von Hardware und Software von Bedeutung sein.<sup>50</sup> Der Sinn des Datenschutzaudits besteht darin, für potentielle Kunden das Datenschutzniveau von Firmen und anderen Institutionen transparenter zu machen und den Kunden so die Möglichkeit zu eröffnen, ihre persönlichen Daten nur solchen Stellen anzuvertrauen, deren Datenschutzkonzept und deren technische Einrichtungen zur Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit besonders wirksam sind. Dies setzt notwendigerweise voraus, dass die Betroffenen überhaupt die Möglichkeit haben, aufgrund eines Vergleichs der Datenschutzniveaus eine Wahl zu treffen. Diese Möglichkeit besteht z.B. für die LSV-Träger und ihre Verbände in ihrer Eigenschaft als potentielle Kunden der Anbieter von Hard- und Software.

Fraglich ist hingegen der Nutzen eines Datenschutzaudits im Hinblick auf Datenschutzkonzepte und technische Einrichtungen wie etwa Gemeinschaftsrechenzentren von Sozialversicherungsträgern und ihren Verbänden. Auch hier kann ein Datenschutzaudit nur dann etwas bringen, wenn ein (potentieller) Kunde/Versicherter überhaupt die Wahl zwischen mehreren Alternativen aufgrund eines Vergleichs des Datenschutzniveaus treffen kann.

Auf Anfrage wurde mit E-Mail vom 10. Dezember 2004 seitens des unabhängigen Zentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein erklärt, dass sich in Schleswig-Holstein, dem einzigen Bundesland, das bereits über eine entsprechende Zertifizierungspraxis in Deutschland verfügt, bisher kein einziger Sozialversicherungsträger einer entsprechenden Zertifizierung unterzogen hat und dass auch kein entsprechendes Verfahren anhängig ist. Diese Tatsache erklärt sich leicht, wenn man den fraglichen Nutzen einer derartigen Zertifizierung bezogen auf Sozialversicherungsträger und ihre Verbände betrachtet.

Zumindest in der Rentenversicherung und Alterssicherung der Landwirte, der gesetzlichen Unfallversicherung, aber auch der landwirtschaftlichen Kranken-

---

49 Vgl. Gola/Klug, Die Entwicklung des Datenschutzrechts in den Jahren 2001/2002, NJW 2002, S. 2441.

50 So auch Klässer im Handbuch zum Sozialrecht, Band 8, SGB X-Sozialdaten, Guppe 11b, S. 235, 423/10, ähnlich auch Rombach in Hauck/Noftz, § 78c SGB X, Rdnr. 4.

versicherung haben die Versicherten beim Vergleich des Datenschutzniveaus der einzelnen unabhängigen Körperschaften der genannten Versicherungszweige gar nicht die Möglichkeit, bei ihrer Auffassung nach fraglichem Datenschutzniveau einen anderen Träger zu wählen.

Dies gilt umso mehr, als der Gesetzgeber für die landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger in Gestalt der Vorschrift des § 58 b Absatz 5 ALG durch das Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zwingend festgelegt hat, dass die Datenverarbeitung für alle LSV-Träger nur noch in dem gemeinsamen Rechenzentrum erfolgen darf. Eine andere Wahl gibt es danach nicht.

Somit lässt sich festhalten, dass ein Datenschutzaudit für die LSV-Träger und ihre Verbände in ihrer Eigenschaft als potentielle Kunden von Anbietern von Hardware und Software durchaus von Interesse ist.

Zum Schluss noch ein Hinweis zum Sachstand: Der Innenausschuss des Deutschen Bundestages hat am 1. Dezember 2004 einen gemeinsamen Entschließungsantrag aller Fraktionen verabschiedet, mit dem die Bundesregierung aufgefordert wird, die Arbeiten zu einer Vereinfachung des Datenschutzrechts und der Konzentration der über verschiedene Bundesgesetze verteilten datenschutzrechtlichen Vorschriften im Bundesdatenschutzgesetz „zügig durchzuführen“. Mit umfasst wird davon die Erwartung, dass noch in dieser Legislaturperiode ein Ausführungsgesetz zum Datenschutzaudit vorgelegt wird.<sup>51</sup>

Verfasser:

Volkmar Heinecker

Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften

Weißensteinstraße 70 - 72

34131 Kassel

---

51 Vgl. Datenschutz-Berater 12/2004, S. 4.

**Rechtsanwaltsvergütung und Kostenerstattung  
gem. § 63 Abs. 2 SGB X nach In-Kraft-Treten  
des Kostenrechtsmodernisierungsgesetzes – KostRMoG**

### **I. Einleitung**

Das Justizkostenrecht wird von den meisten Juristen und Praktikern unumwunden als „Geheimwissenschaft“ bezeichnet, also als eine Materie, die nur wenigen Auserwählten zugänglich bzw. vertraut ist. Demzufolge bemüht sich der Gesetzgeber seit über 50 Jahren, dem Ruf nach Vereinfachung jener Komplikation stückweise näher zu kommen.

Am 01.07.2004 ist das Kostenrechtsmodernisierungsgesetz<sup>1</sup> als sog. Artikelgesetz in Kraft getreten. Dadurch wurden drei Justizkostengesetze neu gefasst, nämlich

- das Gerichtskostengesetz (GKG),
- das Gesetz über die Vergütung von Sachverständigen, Dolmetscherinnen, Dolmetschern, Übersetzerinnen und Übersetzern sowie die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen, ehrenamtlichen Richtern, Zeuginnen, Zeugen und Dritten (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz – JVEG) und
- das Gesetz über die Vergütung der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Rechtsanwaltsvergütungsgesetz – RVG).

Zeitgleich sind das bisherige GKG, die Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte (BRAGO), das Gesetz über die Entschädigung von Sachverständigen und Zeugen (ZSEG) sowie das Gesetz über die Entschädigung der ehrenamtlichen Richter außer Kraft getreten. Altrecht ist nur noch anzuwenden, wenn das Neurecht dies in Übergangsvorschriften (§ 72 GKG, § 25 JVEG, § 61 RVG) ausdrücklich bestimmt.

Damit vollendet der Gesetzgeber die Justizkostenreform, die im Bereich des Sozialversicherungsrechts bereits mit dem am 02.01.2002 in Kraft getretenen 6. SGGÄndG vom 17.8.2001<sup>2</sup> begonnen wurde und u.a. zu einer Neuregelung

---

1 Kostenrechtsmodernisierungsgesetz – KostRMoG vom 05.05.2004, BGBl. I S. 718; Gesetzesbegründung in BT-Drucks. 15/1971 = [www.bundestag.de/drucksache 15/1971](http://www.bundestag.de/drucksache/15/1971) (Std. Nov. 04).

2 BGBl. I S. 2144.

des Kostenrechts im sozialgerichtlichen Verfahrens geführt hat.<sup>3</sup> Bis dahin galt der Grundsatz der Gerichtskostenfreiheit für natürliche Personen und juristischen Personen des Privatrechts, während die übrigen Beteiligten i.S.d. § 69 SGG eine erfolgsunabhängige Pauschgebühr zu entrichten hatten.

Nunmehr kennt das Sozialgerichtsgesetz (i.d.F. des 6. SGGÄndG) zwei unterschiedliche Kostensysteme:

- (1) Gehören Kläger oder Beklagter zum Kreis der nach § 183 SGG kostenprivilegierten Personen (das sind im Wesentlichen Versicherte, Leistungsempfänger, Behinderte sowie deren Sonderrechtsnachfolger gem. § 56 SGB I), finden §§ 183 - 197 SGG Anwendung, wobei die
  - §§ 183-192 SGG das Kostenverhältnis zwischen Beteiligten und Staat (Gerichtskasse) und
  - §§ 193-197 SGG das Kostenverhältnis zwischen den Beteiligten regeln.<sup>4</sup>
- (2) Ist hingegen keine der in § 183 SGG genannten Person als Kläger oder Beklagter am gerichtlichen Verfahren beteiligt, so findet im Verhältnis zwischen den Beteiligten und dem Staat nach § 197a SGG das Gerichtskostengesetz Anwendung mit der Folge, dass gegenstandswertbezogene Gebühren und Auslagen erhoben werden und sich die Kostenverteilung im Verhältnis zwischen den Beteiligten nach den Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) richtet.

Die Vorschriften der §§ 183 - 197a SGG regeln den prozessualen Kostenerstattungsanspruch, d.h. die Kosten des gerichtlichen Verfahrens. Prozesskosten sind Gerichts- und außergerichtliche Kosten. Kosten des Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren werden von den Vorschriften nicht erfasst; sie fallen unter die sogleich näher darzustellenden Regelungen der §§ 63, 64 SGB X.

Außergerichtliche Kosten für bare Auslagen und Zeitverlust eines Beteiligten sind nach § 191 SGG auf Antrag grundsätzlich nur zu erstatten, wenn das persönliche Erscheinen eines Beteiligten angeordnet worden ist. Demnach trägt der Beteiligte die Kosten seiner Rechtsberatung und -vertretung selbst, sofern er nicht nach § 193 SGG einen Kostenerstattungsanspruch gegen den Gegner oder nach § 73a SGG einen Anspruch auf Prozesskostenhilfe hat.

---

3 Vgl. dazu Köhler, SdL 2003, S. 231 ff.

4 Vgl. Köhler, a.a.O., S. 232 ff.



## **II. Der Anspruch auf Erstattung der Rechtsanwaltsgebühren im Falle eines erfolgreichen Widerspruchsverfahrens**

### **1. Die verfahrensrechtliche Grundnorm - § 63 Abs. 1, 2 SGB X**

Nach § 63 Abs. 1 SGB X hat der Rechtsträger, dessen Behörde den angefochtenen Verwaltungsakt erlassen hat, demjenigen, der dagegen erfolgreich Widerspruch erhoben hat, die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung notwendigen Aufwendungen zu erstatten. Die Gebühren und Auslagen eines Rechtsanwalts sind dabei erstattungsfähig, wenn dessen Zuziehung notwendig war (§ 63 Abs. 2 SGB X).<sup>5</sup>

Die Festsetzung der erstattungsfähigen Aufwendungen und Gebühren eines Rechtsanwaltes richtet sich nach den einschlägigen Vorschriften des Gesetzes über die Vergütung der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Rechtsanwaltsvergütungsgesetz – RVG), das am 01.07.2004 in Kraft getreten ist<sup>6</sup> und die bis dahin geltende Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte (BRAGO) ablöst. Höhere Gebühren, die sich beispielsweise aus einer Honorarvereinbarung zwischen dem Widerspruchsführer und seinem Rechtsanwalt nach § 4 RVG ergeben könnten, werden nicht erstattet.<sup>7</sup>

### **2. Die materiell-rechtliche Grundnorm - § 3 Abs. 1 RVG**

Der hier zu erörternde Vergütungstatbestand einer anwaltlichen Vertretung im sozialrechtlichen Widerspruchsverfahren ist in § 3 Abs. 2 RVG geregelt. Danach gilt § 3 Abs. 1 RVG für die anwaltliche Tätigkeit außerhalb eines gerichtlichen Verfahrens, also beispielsweise im Vorverfahren gem. §§ 78 ff. SGG, entsprechend.

Nach § 3 Abs. 1 Satz 1 RVG entstehen in Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, in denen das Gerichtskostengesetz (GKG) nicht anwendbar ist, Betragsrahmengebühren, während die Gebühren in sonstigen Verfahren gem. § 3 Abs. 1 Satz 2 RVG nach dem Gegenstandswert berechnet werden (Wertgebühr), wenn der Auftraggeber des Anwalts nicht zu den in § 183 SGG genannten Personen gehört. Wann die eine bzw. andere Regelung zum Zuge kommt, lässt sich dem Gesetz nur aufgrund einer recht komplizierten Verweisungstechnik entnehmen.

---

5 Vgl. dazu Köhler, WzS 1997, S. 353, 363.

6 Verkündet als Art. 3 des Gesetzes zur Modernisierung des Kostenrechts (Kostenrechtsmodernisierungsgesetz – KostRMoG) v. 05.05.2004, BGBl. I S. 718; kritisch zum KostRMoG: Lappe, NJW 2004, S. 2409 ff.

7 Vgl. zum Recht der BRAGO: Pickel, SGB 1994, S. 365, 370; Krasney, KassKomm, § 63 Rdnr. 26; Stüwe, SdL 1981, S. 235, 239.

<b>Betragsrahmengebühren entstehen in</b>	<b>Gebühren nach dem Gegenstandswert entstehen in</b>
Verfahren der Sozialgerichtsbarkeit, in denen das GKG nicht anwendbar ist, weil Kläger oder Beklagte zu den nach § 183 SGG privilegierten Personen gehören.	Verfahren der Sozialgerichtsbarkeit, in denen das GKG nach § 197a SGG anwendbar ist, weil weder Kläger oder Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören.

### **2.1 Betragsrahmengebühren**

Gem. § 197a SGG werden in den Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit Gerichtskosten nach dem GKG nur dann erhoben, wenn weder Kläger noch Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören. D.h. im Umkehrschluss: das sozialgerichtliche Verfahren ist gerichtskostenfrei für Personen, die in ihrer Eigenschaft als

- Versicherte,
- Leistungsempfänger, einschließlich Hinterbliebenenleistungsempfänger,
- Behinderte oder
- Sonderrechtsnachfolger (§ 56 SGB I) der vorstehend Genannten

darin als Kläger oder Beklagte beteiligt sind.<sup>8</sup>

Nach § 3 Abs. 1 Satz 1 RVG entstehen in derartigen Verfahren im Hinblick auf die Anwaltsvergütung sog. Betragsrahmengebühren. Das sind nach § 14 RVG Gebühren, die im Rahmen eines Höchst- und Mindestbetrages aufgrund der Gesamtumstände des Einzelfalles, insbesondere nach der Bedeutung der Sache, dem Umfang und der Schwierigkeit der anwaltlichen Tätigkeit, aber auch nach den finanziellen Verhältnissen des Auftraggebers vom Anwalt nach billigem Ermessen bestimmt werden.

Der Gebührenrahmen bestimmt sich gem. § 2 Abs. 2 Satz 1 RVG nach dem Vergütungsverzeichnis der Anlage 1 zum RVG (VV RVG).

Die Gebühren für die außergerichtliche Vertretung in sozialrechtlichen Angelegenheiten, in denen im gerichtlichen Verfahren - unterstellt, es findet statt - Betragsrahmengebühren entstehen, sind in den Nrn. 2500 und 2501 VV RVG geregelt.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Vgl. dazu Köhler, SdL 2003, S. 231, 233 f.

<sup>9</sup> Enders, RVG für Anfänger, 12. Aufl. 2004, Rdnr. 2019; Lutz, Gerichtskosten- und Rechtsanwaltsvergütungsgesetz, 5. Aufl. 2004, S. 161; Hartmann, Kostengesetze, 34. Aufl. 2004, VV 2500, 2501 Rdnr. 1; Mayer/Kroiß/Teubel, Das neue Gebührenrecht, 1. Aufl. 2004, S. 68.

**Auszug aus dem VV RVG**

Teil 2. Außergerichtliche Tätigkeiten einschließlich der Vertretung im  
Verwaltungsverfahren  
Abschnitt 5. Vertretung in bestimmten sozialrechtlichen Angele-  
genheiten

Nr.	Gebührentatbestand	Gebühr oder Satz der Gebühr nach § 13 RVG
<p>Vorbemerkung 2.5:</p> <p>(1) Im Verwaltungszwangsverfahren ist Teil 3 Abschnitt 3 Unterabschnitt 3 entsprechend anzuwenden.</p> <p>(2) Vorbemerkung 2.4 zu Abs. 3 gilt entsprechend.</p>		
2500	<p>Geschäftsgebühr in sozialrechtlichen Angelegenheiten, in denen im gerichtlichen Verfahren Betragsrahmengebühren entstehen (§ 3 RVG) .</p> <p>Eine Gebühr von mehr als 240 € kann nur gefordert werden, wenn die Tätigkeit umfangreich oder schwierig war.</p>	40 bis 520 €
2501	<p>Es ist eine Tätigkeit im Verwaltungsverfahren vorausgegangen:</p> <p>Die Gebühr 2500 für das weitere, der Nachprüfung des Verwaltungsakts dienende Verwaltungsverfahren beträgt</p> <p>(1) Bei der Bemessung der Gebühr ist nicht zu berücksichtigen, dass der Umfang der Tätigkeit infolge der Tätigkeit im Verwaltungsverfahren gering ist.</p> <p>(2) Eine Gebühr von mehr als 120 € kann nur gefordert werden, wenn die Tätigkeit umfangreich oder schwierig war.</p>	40 bis 260 €

Die Geschäftsgebühr nach Nr. 2500 VV RVG erhält der Rechtsanwalt zunächst für seine außergerichtliche Tätigkeit im ursprünglichen Verwaltungs- bzw. Antragsverfahren. Der Gebührenrahmen liegt dabei zwischen 40 und 520 €; die sog. Mittelgebühr beträgt somit 280 €. Eine Gebühr von mehr als 240 € kann allerdings nur gefordert werden, wenn die Tätigkeit umfangreich oder schwierig war (Anmerkung zu Nr. 2500 VV RVG).

Der Rechtsanwalt erhält die Geschäftsgebühr nach Nr. 2500 VV RVG sowohl, wenn er erstmals im Verwaltungs- bzw. Antragsverfahren tätig wird, als auch,

wenn er erstmals im außergerichtlichen Verfahren zur Nachprüfung eines Verwaltungsaktes (Widerspruchsverfahren) tätig wird.

War der Anwalt jedoch schon im Verwaltungs- bzw. Antragsverfahren tätig und wird er sodann in derselben Sache auch im Widerspruchsverfahren aktiv, so erhält er neben der Geschäftsgebühr Nr. 2500 VV RVG eine weitere Geschäftsgebühr nach Nr. 2501 VV RVG für seine Bemühungen im Widerspruchsverfahren. Dies folgt nicht zuletzt aus § 17 Nr. 1 RVG, wonach das Verwaltungs- bzw. Antragsverfahren einerseits und das der Nachprüfung des Verwaltungsaktes dienende Rechtsbehelfsverfahren andererseits verschiedene gebührenrechtliche Angelegenheiten darstellen. Die zuletzt genannte Gebühr Nr. 2501 ist innerhalb eines Betragsrahmens von 40 bis 260 € zu bestimmen, so dass die Mittelgebühr hier lediglich 150 € beträgt. Eine Gebühr von mehr als 120 € kann nur gefordert werden, wenn die Tätigkeit umfangreich oder schwierig war (Abs. 2 der Anmerkung zu Nr. 2501 VV RVG). Durch den niedrigeren Rahmen der Nr. 2501 VV RVG wird berücksichtigt, dass der Anwalt durch seine Vorkenntnisse aus dem Verwaltungsverfahren einen geringeren Arbeitsaufwand im Widerspruchsverfahren hat.

Zur Klarstellung sei nochmals betont: der Anwalt, der erstmals im Rechtsbehelfsverfahren tätig wird, erhält nicht die Geschäftsgebühr nach Nr. 2501 VV RVG, sondern die höhere nach Nr. 2500 VV RVG.

**Beispiel:**

Rechtsanwalt Klug vertritt einen versicherten Landwirt in einem Verfahren gegen die Landwirtschaftliche Alterskasse. Er stellt für seinen Mandanten einen sehr umfangreichen und zeitaufwändigen Antrag auf Leistungen, der von der Alterskasse abgelehnt wird. Gegen den ablehnenden Bescheid legt der Anwalt auftragsgemäß Widerspruch ein. Auch das Widerspruchsverfahren gestaltet sich als schwierig, führt aber immerhin dazu, dass dem Landwirt mit Abhilfebescheid vom 23.07. die ursprünglich beantragte Leistung bewilligt wird.

Der Rechtsanwalt kann Gebühren, pauschale Entgelte, Auslagen und Umsatzsteuer wie folgt berechnen:

Für die Tätigkeit im ursprünglichen Verwaltungs- bzw. Antragsverfahren		
1.	Geschäftsgebühr §§ 2, 3, 14 RVG i.V.m. Nr. 2500 VV RVG - Mittelgebühr	280,00 €
2.	Pauschale für Entgelte für Post- und Telekommunikationsdienstleistungen Nr. 7002 VV RVG	20,00 €
3.	16 % Umsatzsteuer aus 300 €	48,00 €

<b>Für die Tätigkeit im anschließenden Widerspruchsverfahren</b>		
1.	Geschäftsgebühr §§ 2, 3, 14 RVG i.V.m. Nr. 2501 VV RVG - Mittelgebühr	150,00 €
2.	Pauschale für Entgelte für Post- und Telekommunikationsdienstleistungen Nr. 7002 VV RVG	20,00 €
3.	16 % Umsatzsteuer aus 170 €	27,20 €
<b>Insgesamt</b>		<b>545,20 €</b>

Während Rechtsanwalt Klug seinem Mandanten 545,20 € in Rechnung stellen kann, hat jener nach § 63 Abs. 1 SGB X gegen die Landwirtschaftliche Alterskasse nur einen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihm durch eine zweckentsprechende Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung im Rahmen eines erfolgreichen Widerspruchsverfahrens entstanden sind.<sup>10</sup> Das sind lt. vorstehender Rechnung 197,20 €.

Diese relativ niedrige Anwaltsgebühr kam allerdings nur deshalb zustande, weil dem Widerspruchsverfahren ein Verwaltungs- bzw. Antragsverfahren vorausgegangen war, das seinerseits mit einer relativ hohen Gebühr gem. Nr. 2500 VV RVG kostenpflichtig war. Diese Gebühr geht ohne Erstattungsmöglichkeit gem. § 63 SGB X in voller Höhe zu Lasten des Versicherten. Mit anderen Worten: Die nach erfolgreichem Widerspruchsverfahren unterlegene Behörde würde bei einer Erstattungspflicht von nur 197,20 € von der Tatsache profitieren, dass der Versicherte bereits im Antragsverfahren auf eigene, nicht erstattungsfähige Kosten anwaltlich vertreten war. In Parallelfällen, in denen der Versicherte (Widerspruchsführer) erstmals im für ihn erfolgreichen Rechtsbehelfsverfahren anwaltlich vertreten ist, muss die Behörde - wie vorstehend ausgeführt - Gebühren nach Nr. 2500 VV RVG und weitere Kosten i.H.v. insgesamt 348 € erstatten. M.E. sind jene Kosten i.H.v. 348 € daher auch dann zu erstatten, wenn der Versicherte bereits vor dem Rechtsbehelfsverfahren während der Antragstellung auf eigene Kosten anwaltlich vertreten war.

Wäre die anwaltliche Tätigkeit im vorstehenden Beispiel nicht besonders umfangreich und schwierig gewesen, so hätte die Mittelgebühr im Ausgangsverfahren nicht 240 €, und im sich anschließenden Widerspruchsverfahren nicht 120 € überschreiten dürfen.<sup>11</sup> Zusammengefasst ergibt sich vergleichsweise folgende Gegenüberstellung.<sup>12</sup>

<sup>10</sup> Vgl. zur Regelung des § 63 SGB X Köhler, WzS 1997, S. 359 ff.; Dahm, Die Sozialversicherung 2002, S. 205 ff.

<sup>11</sup> Vgl. die jeweiligen Anmerkungen zu VV RVG 2500 und 2501.

<sup>12</sup> Vgl. Burhoff/Kindermann, Rechtsanwaltsvergütungsgesetz 2004, 2004, S. 74.

Tätigkeit im <b>Antragsverfahren:</b> Geschäftsgebühr nach Nr. 2500 VV: 40 - 520 €; mehr als 240 € nur, wenn Tätigkeit umfangreich oder schwierig.		
Nachfolgende Tätigkeit im <b>Widerspruchsverfahren:</b> Geschäftsgebühr nach Nr. 2501 VV: 40 - 260 €; mehr als 120 € nur, wenn Tätigkeit umfangreich oder schwierig.	Erstmals Tätigkeit im <b>Widerspruchsverfahren:</b> Geschäftsgebühr nach Nr. 2500 VV: 40 - 520 €; mehr als 240 € nur, wenn Tätigkeit umfangreich oder schwierig.	
Nachfolgende Tätigkeit im <b>sozialgerichtlichen Verfahren 1. Instanz:</b> Verfahrensgebühr nach Nr. 3103 VV: 20 - 320 €. Terminsgebühr nach Nr. 3106 VV: 20 - 380 €.	Nachfolgende Tätigkeit im <b>sozialgerichtlichen Verfahren 1. Instanz:</b> Verfahrensgebühr nach Nr. 3103 VV: 20 - 320 €. Terminsgebühr nach Nr. 3106 VV: 20 - 380 €.	Erstmals Tätigkeit im <b>sozialgerichtlichen Verfahren 1. Instanz:</b> Verfahrensgebühr nach Nr. 3102 VV: 40 - 460 €; Terminsgebühr nach Nr. 3106 VV: 20 - 380 €.
Summe aller Mittelgebühren: 800 €	Summe aller Mittelgebühren: 650 €	Summe aller Mittelgebühren: 450 €

Dessen ungeachtet stellt sich generell die Frage, nach welchen Kriterien die Betragsrahmengebühr in einem konkreten Fall zu bemessen ist.

Nach § 14 Abs. 1 Satz 1 RVG bestimmt bei Rahmengebühren allein der Rechtsanwalt die Gebühr im Einzelfall nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände, vor allem des Umfangs und der Schwierigkeit der anwaltlichen Tätigkeit, der Bedeutung der Angelegenheit sowie der Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Auftraggebers. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Gebührenerhöhend kann sich beispielsweise die Qualifikation eines Fachanwalts auswirken, daneben aber auch andere Umstände des Einzelfalls.<sup>13</sup>

Dabei ist die Mittelgebühr bei durchschnittlicher Bedeutung der Angelegenheit, durchschnittlichem Umfang und durchschnittlicher Schwierigkeit der anwaltlichen Tätigkeit und bei Vermögens- und Einkommensverhältnissen, die dem Durchschnitt der Bevölkerung entsprechen, angemessen.<sup>14</sup> Ein Abweichung

<sup>13</sup> Klier, NZS 2004, S. 469.

<sup>14</sup> BSG, SozR 1300 § 63 SGB X Nr. 2.

nach oben oder unten ist je nach den Umständen des Einzelfalls gerechtfertigt bzw. geboten, wobei insbesondere vor dem Hintergrund des § 14 Abs. 1 Satz 4 RVG weitere Probleme auftreten können. Danach ist die von dem Rechtsanwalt getroffene Bestimmung nicht verbindlich, wenn die von einem Dritten (z.B. nach § 63 SGB X) zu ersetzende Gebühr unbillig ist.

Plagemann vertritt die Auffassung, eine Korrektur durch das Gericht (bzw. die Behörde) wegen Unbilligkeit komme vor dem Hintergrund des durch § 14 RVG eingeräumten anwaltlichen Ermessens bei der Gebührenberechnung nur dann in Betracht, wenn die seitens des Gerichts (bzw. der Behörde) für angemessen erachtete Gebühr um mindestens 20 % überschritten wird.<sup>15</sup> Das Bundessozialgericht hingegen „neigt der Ansicht zu“, dass nicht erst eine um 20 % überhöhte Gebühr als unbillig und damit unverbindlich anzusehen sei, sondern schon jede, „die von der billigen Gebühr nicht unerheblich abweicht“.<sup>16</sup>

Wann aber eine solchermaßen erhebliche Abweichung letztlich vorliegt, wird sich immer nur anhand der konkreten Umstände des Einzelfalles entscheiden lassen. Die Instanzgerichte sind insoweit, jedenfalls was die Anerkennung einer überdurchschnittlichen Bedeutung der Rechtsangelegenheit anbelangt, nicht gerade kleinlich: In einem gerichtlichen Verfahren um die Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit hat beispielsweise das Sozialgericht Freiburg entschieden, dass in Anbetracht der existentiellen Bedeutung des Rechtsstreits der Ansatz einer erheblich über die Mittelgebühr hinausgehenden Gebühr (konkret: Höchstgebühr) nicht unbillig sei.<sup>17</sup> Auch die Sozialgerichte Düsseldorf und Fulda erkannten in vergleichbaren Fällen eine überdurchschnittliche Bedeutung der Sache mit derselben Kostenfolge an.<sup>18</sup> Nach Auffassung des Sozialgerichts Saarbrücken ist in einem Verfahren auf Aner-

---

15 Plagemann, Neue Anwaltsgebühren im Sozialrecht, NJW 1990, S. 2717, 2718 zu § 12 BRAGO, der Vorgängerregelung des § 14 RVG; so auch Klier, NZS 2004, 469, 470.

16 BSG, SozR 1300 § 63 SGB X Nr. 2; vgl. auch LSG Rheinl.-Pfalz, Breithaupt 1993, S. 170 ff.

17 SG Freiburg, AnwBl 1984, S. 570; vgl. auch Schroeder-Printzen, SGB X, 3. Aufl. 1996, Anh. zu § 63 Rdnr. 23.

18 SG Düsseldorf, AnwBl 1984, S. 570; SG Fulda, Urt. v. 17.04.1990 - S 3b/J-68/85 -, zit. nach Plagemann, NJW 1990, S. 2718.

kennung eines Impfschadens regelmäßig die Höchstgebühr angemessen.<sup>19</sup> Eine die Mittelgebühr erheblich übersteigende Gebühr wurde schließlich von anderen Sozialgerichten damit gerechtfertigt, dass medizinische bzw. andere<sup>20</sup> Sachverständigenaussagen sowie ärztliche Befundberichte auszuwerten gewesen seien.

Mit dem von den Instanzgerichteten hervorgehobenen Argument der „existentiellen Bedeutung“ der Rechtsstreitigkeit lassen sich die jeweiligen Entscheidungen auf den ersten Blick sicherlich einleuchtend begründen; nur übersieht diese Argumentation, dass nahezu jede rentenrechtliche Entscheidung von eben solcher Bedeutung ist. Bei der Gebührenfestsetzung sollte daher, auch im Rahmen des Tatbestandsmerkmals „Bedeutung der Angelegenheit“ (§ 14 Abs. 1 Satz 1 RVG), mehr auf deren tatsächlichen Schwierigkeitsgrad geachtet werden. Der Erstattungsberechtigte (mittelbar: der Rechtsanwalt) sollte im Zweifel zu einer substantiierten Begründung der Kostenforderung im Hinblick auf die Bedeutung und die besonderen Schwierigkeiten der Angelegenheit aufgefordert werden. Akzeptiert der Erstattungsberechtigte die von der Behörde sodann festgesetzten Gebühren nicht, so steht ihm gegen diese Entscheidung der Rechtsweg offen. Das Gericht wird somit letztlich über die Billigkeit der Gebührenforderung zu entscheiden haben, wobei es im Zweifel gem. § 14 Abs. 2 RVG ein vom Vorstand der Rechtsanwaltskammer kostenlos zu erstattendes Gutachten einzuholen hat.

Neben den Gebühren nach § 3 RVG hat der Rechtsanwalt gem. Nr. 7001, 7002 VV RVG Anspruch auf Ersatz der Post- und Fernspreckgebühren (usw.), höchstens jedoch 20 €. Daneben kann er nach Maßgabe der Nr. 7000 VV RVG Ersatz der Schreibauslagen für Abschriften und Ablichtungen und nach Nrn. 7003 – 7006 VV RVG Fahrtkostenerstattung verlangen. Schließlich ist auch die Mehrwertsteuer zu erstatten.<sup>21</sup>

## **2.2 Wertgebühren**

### *2.2.1 Anwendungsfälle*

Nach § 3 Abs. 1 Satz 2 RVG werden die Anwaltsgebühren in sonstigen Verfahren nach dem Gegenstandswert berechnet, wenn der Auftraggeber des Rechtsanwalts nicht zu den in § 183 SGG genannten Personen gehört, also

---

19 SG Saarbrücken, AnwBl 1986, S. 211.

20 Z.B.: technische Sachverständigengutachten in Unfall- oder Berufskrankheitensachen oder berufskundliche Gutachten in Rentenverfahren, SG Itzehoe, AnwBl. 1988, S. 360; SG Düsseldorf, AnwBl 1984, S. 517.

21 BSG, SozR 1300 § 63 Nr. 2, S. 11; Hauck/Haines, SGB X/1 § 63 Rdnr. 9; Krasney, a.a.O., § 63 Rdnr. 30.



weder Versicherter noch Leistungsempfänger, einschließlich Hinterbliebenen leistungsempfänger, Behinderter oder Sonderrechtsnachfolger (§ 56 SGB I) der vorstehend Genannten ist.

Sonstige Verfahren i.S.d. § 3 Abs. 1 Satz 2 RVG sind solche, in denen nach § 197a SGG das Gerichtskostengesetz (GKG) anzuwenden ist (Umkehrschluss aus § 3 Abs. 1 Satz 1 RVG). Nach § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG werden Kosten nach den Vorschriften des GKG erhoben, wenn in einem Rechtszug weder der Kläger noch der Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehört.<sup>22</sup>

Auf den ersten Blick erscheint die Regelung im 2. Halbs. des § 3 Abs. 1 Satz 2 RVG überflüssig, weil sie mit der tatbestandlichen Voraussetzung eines „sonstigen Verfahrens“ (§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG: Nichtzugehörigkeit zum Kreis der in § 183 SGG genannten Personen) übereinstimmt. Indes fällt bei genauer Betrachtung auf, dass der Anwalt in einem sonstigen Verfahren i.S.d. §§ 3 Abs. 1 Satz 2 RVG, 197a Abs. 1 Satz 1 SGG ja durchaus einen Beigeladenen vertreten kann, der zum Kreis der in § 183 SGG genannten Personen gehört. In diesem Fall erhält der Anwalt keine Gebühren nach dem Gegenstandswert, sondern eine Betragsrahmengebühr.<sup>23</sup> Vor diesem Hintergrund hat die Regelung des § 3 Abs. 1 Satz 2, 2. Halbs. RVG durchaus ihre Berechtigung.<sup>24</sup>

Als Beispiele für sonstige Verfahren i.S.d. § 3 Abs. 1 Satz 2 RVG, in denen aufgrund der Regelung des § 197a SGG das Gerichtskostengesetz (GKG) anzuwenden ist, sind zu nennen:

- Zuständigkeits- und Erstattungsstreitigkeiten der Sozialversicherungsträger untereinander, §§ 102 ff. SGB X,
- Streitigkeiten zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen insbesondere über Fragen der Beitrags- und Versicherungspflicht,
- Beitragsstreitigkeiten zwischen landwirtschaftlichen Unternehmern und den (vermeintlich) zuständigen Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften,
- Streitigkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Gebiet des Vertragsarztrechts.

---

22 Vgl. dazu Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 4. Aufl. 2005, Kap. 12 Rdnr. 107 ff. (S. 511 ff.); Timme, NZS 2004, S. 292, 295.

23 Vgl. dazu unter (1); so auch Hartmann, Kostengesetze, 34. Aufl. 2004, RVG § 3, Rdnr. 11.

24 So auch Mayer/Kroiß/Teubel, Das neue Gebührenrecht, 2004, S. 81, Rdnr. 4.

In solchen Verfahren bestimmt sich der Gegenstandswert über § 23 Abs. 1 Satz 1 RVG nach § 52 GKG, also nach dem Streitwert. Streitwert und Gegenstandswert berechnen sich somit grundsätzlich nach denselben Kriterien.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist der Streitwert grundsätzlich nach der sich aus dem Antrag des Klägers für ihn (also nicht für den Beklagten oder Beigeladenen) ergebenden Bedeutung der Sache nach pflichtgemäßem Ermessen des Gerichts zu bestimmen (§ 52 Abs. 1 GKG). In der Regel ergibt sich die Bedeutung der Sache aus den wirtschaftlichen Auswirkungen des Obsiegens, also dem Vermögenswert, den der Kläger im Falle seines vollständigen Obsiegens erzielt bzw. erhält.<sup>25</sup> Abzustellen ist folglich auf das wirtschaftliche Interesse des Klägers an der erstrebten Entscheidung und ihren Auswirkungen.<sup>26</sup> Fehlen wirtschaftliche Auswirkungen oder tragen sie dem Interesse nicht in vollem Umfang Rechnung, sind auch ideelle Interessen wirtschaftlich zu bewerten, nicht aber mögliche Fernziele, Liebhaberinteressen oder mittelbare Auswirkungen.<sup>27</sup> Bietet der Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwerts nicht genügend Anhaltspunkte, so ist gem. § 52 Abs. 2 GKG ein „Auffangstreitwert“ von 5000 € anzunehmen.<sup>28</sup>

Betrifft der Antrag des Klägers eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt, ist gem. § 52 Abs. 3 GKG deren Höhe maßgebend.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, in denen Ansprüche auf wiederkehrende Leistungen dem Grunde oder der Höhe nach geltend gemacht oder abgewehrt werden, ist nach § 42 Abs. 3 Satz 1 GKG der dreifache Jahresbetrag der wiederkehrenden Leistungen maßgebend, wenn nicht der Gesamtbetrag der geforderten Leistungen geringer ist. Die praktische Relevanz der Vorschrift dürfte gering sein, denn beim Streit um wiederkehrende Sozialleistungen dürfte regelmäßig eine nach § 183 SGG kostenprivilegierte Person als Kläger beteiligt sein, so dass das GKG keine Anwendung findet.

Ist im Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit die Höhe des Jahresbetrags nicht nach dem Antrag des Klägers bestimmt oder nach die-

---

25 Kopp/Schenke, VwGO, 12. Aufl. 2000, § 189 Rdnr. 7; Kraiczek, SV 2002, S. 230, 233.

26 BSG, SozR 3 -1930 § 8 Nr. 2, S. 8 und Nr. 3, S. 12.

27 Kopp/Schenke, a.a.O.

28 BT-Drucks. 14/5943, S. 30.

sem Antrag mit vertretbarem Aufwand bestimmbar, ist der Streitwert nach § 52 Abs.1 und 2 GKG zu bestimmen (§ 42 Abs. 3 Satz 2 GKG).

Auch dann, wenn sämtliche vorstehend beschriebenen Berechnungsmodalitäten ausgeschöpft bzw. beachtet wurden, steht fest, dass in sozialgerichtlichen Verfahren und solchen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz der Streitwert nicht über 2,5 Millionen Euro liegen darf (§ 52 Abs. 4 GKG).

**Beispiele** für den Streitwert / Gegenstandswert in sonstigen Verfahren i.S.d. § 3 Abs. 1 Satz 2 RVG:

- Im Verfahren um die Aufnahme eines Arzneimittels in die amtliche Liste richtet sich der Streitwert (Gegenstandswert) nach dem wirtschaftlichen Interesse des Herstellers.<sup>29</sup>
- Im Streit um die Mitgliedschaft in einer Berufsgenossenschaft ist das Achtfache des Jahresbeitrags maßgebend.<sup>30</sup>
- Im Streit um die Zugehörigkeit zu einer anderen Berufsgenossenschaft ist die Differenz der für den streitigen Zeitraum zu zahlenden Beiträge maßgeblich.<sup>31</sup>
- Der Gegenstandswert im Verfahren um die Errichtung einer Betriebskrankenkasse ergibt sich aus dem wirtschaftlichen Interesse der klagenden AOK.<sup>32</sup>
- Beim Streit um die Zulassung als Kassenarzt ist das zu erwartende oder erzielte Mehreinkommen maßgeblich und zwar für mindestens 5 Jahre.<sup>33</sup> Die durchschnittlichen Praxiskosten der jeweiligen Arztgruppe sind abzuziehen.<sup>34</sup>
- Der Gegenstandswert für Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes in Zulassungs- und Zulassungsentziehungsangelegenheiten ist in der Höhe der Einnahmen festzusetzen, die der Antragsteller während der wahrscheinlichen Verfahrensdauer erzielen könnte.<sup>35</sup> Maßstab sind entweder - soweit bezifferbar – die jeweils um die Praxis-

---

29 SG Köln, PharmaR 92, S. 272.

30 BSG, AnwBl. 1982, S. 30.

31 LSG Essen, AnwBl. 1984, S. 563.

32 BSG, NZS 1997, S. 438.

33 BSG, JB 1996, S. 149; Wenner/Bernard, NZS 2003, S.568, 570 f., m.w.N.

34 LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 21.01.2002, - L 4 KA 38/00 -.

35 SG Kiel, Beschl. v. 20.03.2001, - S 14 KA 26/00 ER -.

kosten verminderten erzielbaren Einnahmen des Arztes oder andernfalls die des Durchschnitts der Arztgruppe.

- Betrifft der Rechtsstreit die Genehmigung zur Anstellung eines Arztes in der Vertragsarztpraxis, so bedarf es nicht des Rückgriffes auf § 12 Abs. 7 Satz 2 ArbGG, um der Berechnung des Gegenstandswertes einen kürzeren Zeitraum als fünf Jahre zu Grunde zu legen.<sup>36</sup> Dies folgt bereits aus der für ärztliche Anstellungsverhältnisse i.d.R. bestehenden Befristung.<sup>37</sup>
- Beim Streit im Zusammenhang mit Honorarberichtigungen bemisst sich der Gegenstandswert nach der Höhe der geltend gemachten Honorarforderung bzw. dem wirtschaftlichen Wert der angefochtenen Berichtigungen.<sup>38</sup>
- Beim Streit um eine Krankenhauszulassung wird der Streitwert auf den fünffachen Jahresgewinn beziffert.<sup>39</sup>
- Beim Streit um die Standortanerkennung eines Großgerätes ergibt sich der Wert aus den Anschaffungskosten oder aus dem Wert der Nutzung für 5 Jahre<sup>40</sup>.
- Im Einzelfall entschieden wurde der Gegenstandswert im Rahmen einer kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, wenn die Leistung im Ermessen des Sozialversicherungsträgers liegt<sup>41</sup> sowie
- einer Anfechtungs- und Feststellungsklage über die Mitgliedschaft eines Unternehmens in einer BG.<sup>42</sup>

In der Praxis herrscht im Hinblick auf die Wertfestsetzung eine Divergenz innerhalb der Sozialgerichtsbarkeit. Da Gegenstandswertbeschlüsse selten veröffentlicht werden,<sup>43</sup> haben Wenner und Bernard schon 2001 gemutmaßt,

---

36 SG Potsdam, Beschl. v. 03.07.2002, - S 1 KA 427/00 -.

37 Wenner/Bernard, a.a.O., S. 572.

38 SG Mainz, Beschl. v. 24.04.2003, - S 8 KA 111/00 -.

39 BSG, NZS 2001, S. 280.

40 LSG Stuttgart, MedR 1992, S. 243.

41 BSG, SozR 1930 § 8 Nr. 3.

42 BSG, SozR 1930 § 8 Nr. 5.

43 Vgl. hingegen Streitwertkatalog der Verwaltungsgerichtsbarkeit 7/2004, NVwZ 2004, S. 1327 ff.

dass insoweit jeder Spruchkörper „seine“ Sammlung früherer Beschlüsse besitzt, die im Bedarfsfall herangezogen wird.<sup>44</sup>

Wenn sich die Anwaltsgebühren - wie in der hier (2.) zu behandelnden Fallgruppe - nach dem Gegenstandswert (regelmäßig identisch mit dem Streitwert i.S.d. GKG) richten, beträgt die Gebühr gem. § 13 Abs. 1 RVG bei einem Gegenstandswert bis 300 € = 25 €. Die Gebühr erhöht sich gem. § 13 Abs. 2 RVG bei einem

<b>Gegenstandswert bis ... Euro</b>	<b>für jeden angefangenen Betrag von weiteren ... Euro</b>	<b>um ... Euro</b>
1500,-	300,-	20,-
5000,-	500,-	28,-
15000,-	1000,-	37,-
25000,-	3000,-	40,-
50000,-	5000,-	72,-
200000,-	15000,-	77,-
500000,-	30000,-	118,-
über 500000,-	50000,-	150,-

Die nachstehende Gebührentabelle für Gegenstandswerte bis 500.000 € ist dem RVG als Anlage 2 (zu § 13 Abs. 1) beigelegt.<sup>45</sup>

44 Wenner/Bernard, NZS 2001, S. 57, 58.

45 Eine darüber hinausgehende Tabelle findet sich bei Lappe, Gebührentabellen, 22. Aufl. 2004.

<b>Gegenstandswert bis ... €</b>	<b>Gebühr ... €</b>	<b>Gegenstandswert bis ... €</b>	<b>Gebühr ... €</b>
300	25	40000	902
600	45	45000	974
900	65	50000	1046
1200	85	65000	1123
1500	105	80000	1200
2000	133	95000	1277
2500	161	110000	1354
3000	189	125000	1431
3500	217	140000	1508
4000	245	155000	1585
4500	273	170000	1662
5000	301	185000	1739
6000	338	200000	1816
7000	375	230000	1934
8000	412	260000	2052
9000	449	290000	2170
10000	486	320000	2288
13000	526	350000	2406
16000	566	380000	2524
19000	606	410000	2642
22000	646	440000	2760
25000	686	470000	2878
30000	758	500000	2996
35000	830		

Innerhalb der Gebührentabelle ist jedem Gegenstandswert eine bezifferte Gebühr zugeordnet. Der prozentuale Anteil der Gebühr am Gegenstandswert entwickelt sich entsprechend § 11 Abs. 2 GKG degressiv, d.h. er wird von Stufe zu Stufe geringer.

**Beispiel:**

Gegenstandswert	Anwaltsgebühr	Prozentualer Anteil
300	25	8,33
3.000	189	6,30
30.000	758	2,53
300.000	2.288	0,76
3.000.000	10.496	0,35

Die Gebührentabelle ist immer nach oben zu lesen, da Gegenstandswerte „bis ... Euro“ angegeben sind. Bei einem Gegenstandswert von beispielsweise 23.000 € beläuft sich eine Anwaltsgebühr auf 686 €.

Auch in Angelegenheiten, in denen Wertgebühren entstehen, kann der Rechtsanwalt sowohl im originären Verwaltungsverfahren als auch im sich daran anschließenden Widerspruchsverfahren tätig werden. Für diese außergerichtliche Vertretung erhält der Rechtsanwalt eine Geschäftsgebühr, wobei sich seine Vergütung nach den Nrn. 2400 und 2401 VV RVG richtet.

*2.2.2 Tätigkeit im Verwaltungsverfahren*

Die Höhe der Geschäftsgebühr bestimmt sich gem. Nr. 2400 VV RVG nach einem Gebührenrahmensatz in Höhe von 0,5 bis 2,5. Der Mittelsatz der Gebühr beträgt somit 1,5. Eine Gebühr von mehr als 1,3 kann allerdings nur gefordert werden, wenn die Tätigkeit umfangreich oder schwierig war (Anm. zu Nr. 2400 VV RVG).

*2.2.3 Tätigkeit im Widerspruchsverfahren*

Die Höhe der Geschäftsgebühr bestimmt sich gem. Nr. 2401 VV RVG nach einem Gebührenrahmensatz in Höhe von 0,5 bis 1,3. Bei der Gebührenbemessung ist nicht zu berücksichtigen, dass der Umfang der Tätigkeit infolge der Tätigkeit im Verwaltungsverfahren geringer ist (Abs. 1 der Anm. zu Nr. 2401 VV RVG). Der Mittelsatz der Gebühr beträgt 0,9. Eine Gebühr von mehr als 0,7 kann allerdings nur gefordert werden, wenn die Tätigkeit umfangreich oder schwierig war (Abs. 2 der Anm. zu Nr. 2401 VV RVG).

Die Tätigkeit im Verwaltungsverfahren und diejenige im Widerspruchsverfahren sind verschiedene Angelegenheiten (§ 17 Nr. 1 RVG), so dass beide Gebühren nebeneinander fällig werden. Wird der Rechtsanwalt aber erstmals im Widerspruchsverfahren tätig, entsteht ihm die Geschäftsgebühr der Nr. 2400 VV RVG.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Enders, RVG für Anfänger, 12. Aufl. 2004, Rdnr. 1926.

**Beispiel:**

A betreibt (ohne Beschäftigte oder sonstige Mitarbeiter) seit Beginn des Jahres 2004 unter der Firma „GWD – Grabenreinigung, Wegebau und Drainage“ ein mit zahlreichen Spezialmaschinen ausgestattetes Lohnunternehmen, mit dem er gegen Entgelt Tätigkeiten verrichtet, die sonst von seinen Kunden, selbstständigen Unternehmern, erledigt werden müssten. Dabei ist A u.a. auch für landwirtschaftliche Unternehmen tätig.

Die örtlich zuständige Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (LBG) hat von dem Betrieb des A erfahren und ihm unter Berufung auf § 123 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII<sup>47</sup> einen Aufnahme-Fragebogen übersandt. A übergab die Angelegenheit seinem Anwalt, der den Fragebogen ausfüllte und mit einem Begleitschreiben versehen an die LBG zurücksandte. In dem Begleitschreiben wies der Anwalt darauf hin, dass das Unternehmen seines Mandanten nicht in den sachlichen Zuständigkeitsbereich der LBG falle und der Mandant demnach als gewerblicher Unternehmer versicherungs- und beitragsfrei sei.

Die LBG zog den A gleichwohl mit Bescheid vom 04.03.2005 zu UV-Beiträgen für das Jahr 2004 i.H.v. 980 € heran. Dagegen legte der Rechtsanwalt namens und im Auftrag des A Widerspruch ein. Der Rechtsbehelf hatte Erfolg.

Der Gegenstandswert beträgt nicht etwa 980 €, sondern 7840 €, weil im Streit um die Mitgliedschaft in einer Berufsgenossenschaft - wie vorstehend bereits dargestellt - das Achtfache des Jahresbeitrags maßgebend ist.<sup>48</sup> Der Rechtsanwalt kann daher seinem Mandanten z.B.<sup>49</sup> folgendes in Rechnung stellen:

---

47 Vgl. dazu Köhler, LPK-SGB VII, 2000, § 123 Rdnr. 25 ff.

48 BSG, AnwBl. 1982, S. 30.

49 Die Beispielhaftigkeit bezieht sich auf den im Einzelfall unterschiedlich denkbaren Gebührensatz von 0,5 bis 2,5 im Ausgangs- bzw. 0,5 bis 1,3 im Widerspruchsverfahren.



Tätigkeit im Verwaltungsverfahren: Gegenstandswert: 7840 €	
1,3 Geschäftsgebühr §§ 2, 13, 14 RVG i.V.m. Nr. 2400 VV RVG	535,60 €
Pauschale für Post- und Telekom-Entgelte Nr. 7002 VV RVG	20,00 €
16 % USt. von 555,60 € =	88,90 €
Summe	644,50 €
Tätigkeit im Widerspruchsverfahren: Gegenstandswert: 7840 €	
0,7 Geschäftsgebühr §§ 2, 13, 14 RVG i.V.m. Nr. 2401 VV RVG	288,40 €
Pauschale für Post- und Telekom-Entgelte Nr. 7002 VV RVG	20,00 €
16 % USt. von 308,40 € =	49,34 €
Summe	357,74 €
Gesamtsumme	1002,24 €

Weil das Widerspruchsverfahren des A erfolgreich war, werden nach § 63 SGB X die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung und Rechtsverteidigung notwendigen Kosten erstattet. Dazu gehören grundsätzlich auch die Kosten einer anwaltlichen Vertretung, allerdings nicht die insoweit entstandenen Kosten des ursprünglichen Verwaltungsverfahrens. Von den 1002,24 € Gebühren, die der Rechtsanwalt seinem Mandanten (A) in Rechnung stellt, sind dem A die Kosten des erfolgreichen Widerspruchsverfahrens gem. § 63 SGB X zu erstatten. Auf den ersten Blick sind das 357,74 €. Wäre der Rechtsanwalt hingegen erstmals im Widerspruchsverfahren tätig geworden, entstände ihm, wie bereits ausgeführt, die Geschäftsgebühr der Nr. 2400 VV RVG, so dass die LBG dem A 644,50 € zu erstatten hätte. M.E. kann die Tatsache, dass sich A bereits im Verwaltungsverfahren hat anwaltlich vertreten lassen, ihm erstattungsmäßig nicht zum Schaden gereichen, so dass ihm 644,50 € zu erstatten sind.

### III. Kostenfestsetzung von Anwaltsgebühren im atypischen Fall

#### 1. Bisherige Rechtslage

In Verfahren vor Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, in denen Betragsrahmengebühren nach § 116 Abs. 1 BRAGO entstanden sind, erhielt der Rechtsanwalt gem. § 116 Abs. 4 BRAGO keine besonderen Gebühren nach den §§ 23 und 24 BRAGO (Vergleichs- und Erledigungsgebühren), sondern statt dessen eine Erhöhung der Höchstbeträge des § 116 Abs. 1 BRAGO um 50 %.

Diese Regelung sollte im Vorverfahren entsprechend anwendbar sein,<sup>50</sup> wobei sich die Anwendung im Einzelfall schon immer als höchst problematisch erwies.

Für die Möglichkeit der vergleichsweisen Beilegung eines sozialverwaltungsrechtlichen Konflikts im Widerspruchsverfahren blieb und bleibt angesichts der Realität einer Massenverwaltung regelmäßig kein Raum. Praktisch verläuft ein Vorverfahren in der Weise, dass dem Widerspruch entweder abgeholfen wird oder dass der Rechtsbehelf durch Widerspruchsbescheid zu Gunsten oder zu Ungunsten des Widerspruchsführers entschieden wird.<sup>51</sup>

Plagemann vertrat allerdings die Meinung, dass im Widerspruchsverfahren zumindest die Abhilfeentscheidung auf Sachbearbeiterebene als Erledigung i.S. der §§ 24, 116 Abs. 4 BRAGO anzusehen sei, weil dadurch das Verfahren nicht nur beschleunigt, sondern auch ein weiteres Entscheidungsgremium (Widerspruchsstelle) entlastet werde.<sup>52</sup> In der Literatur wurde darüber hinaus die Ansicht vertreten, dass eine auf Prozessvermeidung gerichtete und damit den Tatbestand des § 116 Abs. 4 BRAGO auslösende besondere Aktivität des Rechtsanwalts dann anzunehmen sei, wenn dieser den Widerspruch besonders begründet, „was in vielen Fällen beinhaltet, eingehende medizinische (oder sonstige tatsächliche) Ausführungen zu machen und dazu ggf. geeignete Atteste o.ä. Unterlagen beizufügen. Wenn die Behörde unter dem Eindruck dieses Vortrags ihre Auffassung ändert, wird man eine gebührenrelevante Mitwirkung nicht verneinen können.“<sup>53</sup> Eine von Fachpraktikern als insoweit typisch dargestellte Fallkonstellation ergibt sich aus folgendem

**Beispiel<sup>54</sup>:**

Der Versicherte V hatte bei der BfA eine Rente wegen voller Erwerbsminderung ab Antragstellung beantragt. Gegen die Ablehnung dieses

---

50 BSG, Urt. v. 9.8.1995 - 9 RVs 7/94 -, SozR 3-1930 § 116 Nr. 7 = Anlage zu LSV-GA-Rdschr. 48/96.

51 Dabei wird nicht verkannt, dass sich einige Widerspruchsverfahren - erst dank später in Anspruch genommener anwaltlicher Bemühungen - in der Weise erledigen, dass der eingelegte Rechtsbehelf zurückgenommen wird. Gerade hier hat der Rechtsanwalt zur Entlastung von Verwaltung und Gerichtsbarkeit wesentlich beigetragen, ohne dass seinem Mandanten deshalb eine von der öffentlichen Hand zu erstattende Gebühr zusteht (Widerspruchsverfahren war nicht erfolgreich, § 63 Abs. 1 SGB X).

52 Plagemann, NJW 1990, S. 2717, 2719.

53 Kunze, DAngVers 1994, S. 335, 337.

54 Weisner, Mitt. d. bayer. LVAen 2003, S. 459, 472.

Antrags erhob V, rechtsanwaltlich vertreten durch Dr. Klug, form- und fristgemäß Widerspruch. Der Rechtsbehelf war insoweit erfolgreich, als Rente wegen voller Erwerbsminderung auf Zeit zugesprochen wurde. Dr. Klug nahm daraufhin namens des V den Widerspruch zurück.

Wird im Rechtsbehelfsverfahren eine Dauerrente erstritten, in der daraufhin ergangenen Entscheidung aber nur eine Rente auf Zeit bewilligt, so ist der Rechtsbehelf nach std. Rspr. zu 50 % erfolgreich, d.h., es werden 50 % der nach § 63 SGB X im Falle des vollen Obsiegens zu tragenden Kosten erstattet.<sup>55</sup>

Nach § 116 Abs. 1 BRAGO erhielt der Rechtsanwalt im Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, in denen das Gerichtskostengesetz nicht anzuwenden war,

- vor dem Sozialgericht 50 bis 660 €,
- vor dem Landessozialgericht 60 bis 780 €,
- vor dem Bundessozialgericht 90 bis 1.300 €.

Die erstinstanzliche Mittelgebühr betrug somit  $50 + 660 : 2 = 355$  €.

Im isolierten Vorverfahren, d.h. in einem Widerspruchsverfahren, dem kein Klageverfahren folgte, galt eine sog. 2/3-Gebühr, d.h. der Gebührenrahmen betrug 2/3 des erstinstanzlichen Gebührenrahmens, also 33,33 bis 440 €. Die Mittelgebühr für das Vorverfahren betrug somit 236,67 €.

Gem. § 116 Abs. 4 BRAGO trat im hier zu erörternden Beispielsfall eine Erhöhung der Höchstbeträge des § 116 Abs. 1 BRAGO um 50 % ein, d.h., der Gebührenrahmen betrug 33,33 bis 660 (440 + 50%) €. Die Mittelgebühr für das Widerspruchsverfahren betrug im Anwendungsbereich des § 116 Abs. 4 BRAGO folglich 346,67 €. Dr. Klug konnte somit wie folgt berechnen:

2/3 Mittelgebühr gem. § 116 Abs. 1 und 4 BRAGO	346,67 €
Pauschale Auslagen gem. § 26 BRAGO	20,00 €
Zwischensumme	366,67 €
16 % USt.	58,67 €
Gesamt	425,34 €
Davon die Hälfte	212,67 €

Dem war - bereits unter der Geltung der BRAGO - entschieden zu widersprechen, was auch geschehen ist.<sup>56</sup> Auch das Bundessozialgericht hat

<sup>55</sup> BSG, Urt. v. 13.03.1985, - 5a RKn 9/84 -.

<sup>56</sup> Vgl. etwa Köhler, WzS 1997, S. 359, 368 ff.

in mehreren Entscheidungen<sup>57</sup> betont, dass nach §§ 116 Abs. 4 SATZ 2 i.V.m. 24 BRAGO von dem Bevollmächtigten ein besonderes Bemühen um eine außergerichtliche Erledigung des Rechtsstreits verlangt wird, und dafür weder die Begründung der Klage oder des Rechtsmittels noch die bloße Erledigungserklärung ausreicht; dies müsse auch dann gelten, wenn § 116 BRAGO entsprechend für das Widerspruchsverfahren angewendet wird.

Im Ergebnis bleibt somit festzuhalten, dass - bereits nach alter Rechtslage - die auch noch so intensive Bemühung eines Rechtsanwalts, bereits im Vorverfahren zum Erfolg zu kommen, um damit ein Klageverfahren zu verhindern, grundsätzlich nicht als gebührenausschlagend i.S.d. § 116 Abs. 4 Satz 2 BRAGO anzuerkennen war.

## 2. Neue Rechtslage

Das RVG führt nunmehr mit der Nr. 1005 VV RVG eine Betragsrahmengebühr für die Einigung oder Erledigung in sozialrechtlichen Angelegenheiten ein, in denen im gerichtlichen Verfahren Betragsrahmengebühren entstehen. Danach betragen die Gebühren nach Nrn. 1000 und 1002 VV RVG 40 bis 520 €.

Diese Gebühren erhält der Rechtsanwalt neben den in den anderen Teilen des Vergütungsverzeichnisses bestimmten Gebühren. Das ergibt sich aus der Gesetzesbegründung zu Teil 1 VV RVG, wo es heißt: „Dieser Teil enthält die Tatbestände für solche Gebühren, die unabhängig davon entstehen können, welchen Tätigkeitsbereich der dem Rechtsanwalt erteilte Auftrag umfasst und nach welchen weiteren Teilen des Vergütungsverzeichnisses Gebühren anfallen.“<sup>58</sup>

Auch hier gilt, dass zwischen dem Gebührenanspruch des Rechtsanwalts gegenüber seinem Mandanten und dem Erstattungsanspruch des Mandanten gegenüber dem Sozialversicherungsträger streng zu unterscheiden ist. Es mag durchaus sein, dass der Rechtsanwalt seinem Mandanten eine weitere bzw. erhöhte Gebühr in Rechnung stellen kann. Unabhängig davon stellt sich aber stets die Frage, ob diese Gebühr nach § 63 SGB X von dem im Widerspruchsverfahren unterlegenen Sozialversicherungsträger zu erstatten ist. Im Regelfall obsiegt der Widerspruchsführer, in dem seinem Widerspruch stattgegeben wird, d.h. es wird seitens der Widerspruchsstelle attestiert, dass der Widerspruch zulässig und begründet ist. In diesem Fall ist die

---

57 Beschl. v. 13.12.1994 - BVs 48/94 - in: AnwGeb 1995, S. 65; BSG SozR 3-1930 § 116 Nr. 4; BSG, Urt. v. 9.8.1995 - 9 RVs 7/94 -, SozR 3-1930 §116 Nr. 7 = LSV-GA-Rdschr.48/96.

58 Referentenentwurf, Gesetzesentwurf der BReg. mit Stand vom 27.08.03, zit. nach Klier, NZS 2004, S. 469, 471.

Kostenregelung des § 63 SGB X eindeutig. Im hier zu lösenden Problemfall geht es um die Beantwortung der Rechtsfrage, ob die Regelung des § 63 SGB X analog auch auf diejenigen Fälle anzuwenden ist, in denen das Widerspruchsverfahren ohne streitige Entscheidung erledigt wird. Zu denken ist dabei insbesondere an eine Beendigung des Widerspruchsverfahrens durch Vergleich oder Erledigungserklärung.

In Bezug auf die mit § 63 Abs. 1 u. 2 SGB X identische Regelung des § 80 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 VwVfG wird überwiegend die Auffassung vertreten, dass eine (analoge) Anwendung der Vorschrift auf Fälle der Verfahrensbeendigung durch Vergleich oder Erledigungserklärung nicht in Betracht kommt. D.h., Anwaltsgebühren werden nach § 63 SGB X nur erstattet, wenn das Widerspruchsverfahren durch streitige Entscheidung zu Gunsten des Widerspruchsführers entschieden wurde, nicht aber, wenn sich Behörde und Widerspruchsführer vergleichsweise geeinigt haben oder der Widerspruchsführer den Rechtsbehelf zurücknimmt bzw. dessen Erledigung erklärt.<sup>59</sup>

Verfasser:

Karl-Friedrich Köhler  
Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung  
- Fachbereich Landwirtschaftliche Sozialversicherung -  
Weißensteinstraße 72  
34131 Kassel  
Karl-Friedrich.Koehler@bv.lsv.de

---

59 BVerwGE 70, 53; 62, 201; Kopp/Ramsauer, VwVfG, 7. Aufl. 2000, § 80 Rdnr. 18 m.w.N.

## BÜCHER

**Der Verwaltungsakt mit Dauerwirkung**, Uwe Brede; Frankfurt a.M., Berlin, Bern, New York, Paris: Lang 1997, (*Europäische Hochschulschriften: Reihe 2, Rechtswissenschaft; Bd. 2087*), Zugl.: Hannover, Univ., Diss., 1996, ISBN 3-631-31396-9, 253 S., br. 46,00 €

Im Sozialversicherungsrecht werden häufig Bescheide erlassen, die dem Betroffenen ein mehrfaches, fortdauerndes Handeln, Dulden oder Unterlassen aufgeben oder mit denen dem Versicherten eine wiederkehrende Leistung bewilligt wird. Derartige Verwaltungsakte mit Dauerwirkung sind dadurch gekennzeichnet, dass bei ihnen die tatbestandlichen Voraussetzungen, die zu ihrem Erlass geführt haben, typischerweise während der gesamten Dauer ihrer Wirksamkeit vorliegen müssen. Tritt hingegen eine wesentliche Änderung der Sach- oder Rechtslage ein, werden diese Verwaltungsakte - bezogen auf den Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse - nachträglich rechtswidrig und damit korrekturbedürftig. Jene Korrekturen werfen in der Praxis noch immer zahlreiche Rechtsfragen auf, die sich oftmals nicht mit einem raschen Blick in die Kommentarliteratur lösen lassen.

Obwohl schon an Jahren gereift, besticht die Dissertation Uwe Bredes noch immer durch thematische Zeitnähe, also praktische Relevanz und Aktualität.

Der Verwaltungsakt mit Dauerwirkung wird bekanntlich in § 48 SGB X tatbestandlich vorausgesetzt, ohne dort näher umschrieben, geschweige denn legaldefiniert zu sein. Auch Literatur und Rechtsprechung haben es lange Zeit nicht vermocht, den Begriff des Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung überzeugend zu definieren. Es wird insoweit bis heute zumeist auf die amtliche Begründung zu § 43 Abs. 3 des Regierungsentwurfs zum SGB X (BT-Drucks. 8/2034, S. 34) verwiesen, wo es heißt: Ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung liegt vor, wenn sich die im Bescheid getroffene Regelung „nicht in einem einmaligen Ge- oder Verbot oder in einer einmaligen Gestaltung der Rechtslage erschöpft, sondern ein auf Dauer berechnetes oder in seinem Bestand vom Verwaltungsakt abhängiges Rechtsverhältnis begründet oder inhaltlich verändert“.

Die hier vorgestellte Arbeit konkretisiert diese Aussage und stellt in ihrem ersten Teil einleitend die Aufhebung von Verwaltungsakten nach dem SGB X dar, um sodann den Begriff des Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung an exemplarisch ausgewählten Gerichtsentscheidungen zu erläutern. In einem ausführlichen Kapitel widmet sich Brede sodann dem Begriff des Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung und seiner dogmatischen Herleitung. Dabei überzeugt vor allem die breit angelegte Untersuchungspalette, die stets das Verfahrensrecht nach SGB X, VwVfG und AO mit umfasst. Dieser für den Sozialrechtler hilfreiche Blick über den Tellerrand eröffnet eine neue Sichtweise und damit ein tieferes Verständnis für die Bedeutung und praktische Dimension des

Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung, dessen Relevanz aus sozialrechtlicher Sicht zumeist auf den Rentenbescheid reduziert ist.

Es folgt eine Untersuchung darüber, wie sich nachträgliche Veränderungen der Sach- oder Rechtslage auf die Rechtmäßigkeit von Verwaltungsakten auswirken, was naturgemäß im Falle eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung auf besonderes Interesse stößt. Recht breiten Raum widmet der Autor schließlich der (parallelen) Problemdarstellung im allgemeinen Verwaltungsverfahrens- und Abgabenrecht, um am Ende auf über 50 Seiten in Fallbeispielen zu untersuchen, ob aus den unterschiedlichsten Rechtsgebieten jeweils ein VA mit oder ohne Dauerwirkung vorliegt.

Uwe Bredes Studie ist sorgfältig und detailreich. Sie ist vor allem grundlegend dogmatisch, so dass sie an Aktualität bis heute nichts eingebüßt hat. Weil sie bei alledem stets anschaulich bleibt, ist sie leicht zu lesen, lehrreich und vor allem nicht langweilig, was bei verwaltungsverfahrensrechtlichen Themen nicht selbstverständlich ist.

Karl Friedrich Köhler

**Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens;** *Krasney/Udsching; 4. neu bearbeitete Auflage 2005, Erich Schmidt Verlag, 616 Seiten, fester Einband, ISBN 3 503 083685.*

Die gravierenden Neuerungen durch Hartz IV erreichen nun auch die Sozialgerichte. Ihr Know-how im Verfahrensrecht und der Verfahrensorganisation ist damit gefragter denn je. Ein erfolgreiches Verfahren hängt besonders jetzt an profunden Kenntnissen des sozialgerichtlichen Verfahrensrechts.

Das Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens überzeugt bereits durch seinen klaren Aufbau. Die Lösung für ein Problem lässt sich durch ausführliche Verzeichnisse besonders schnell auffinden. Eingearbeitet ist bereits das am 1.1.2005 in Kraft getretene Siebente Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (7.SGGÄndG). Berücksichtigt sind selbstverständlich auch die Änderungen durch das Rechtsanwaltsvergütungsgesetz vom 5.4.2004 sowie die zahlreichen Änderungen im Kostenrecht in anderen wichtigen Verfahrensgesetzen.