



# Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

2/2008

**Benchmarking ▪ Zusammenarbeit**

## Inhalt 2/2008

---

### FACHBEITRÄGE

Dr. Erich Koch	
Zur Frage der Beteiligung der landwirtschaftlichen Krankenkassen an den Mitteln des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen	137
Karl-Heinz Kollmann	
IT-Koop: zukunftsweisende Zusammenarbeit	172
Gunnar Höhn	
Das Benchmarking-Kriterium „Mitarbeiterorientierung“ am Beispiel der LSV- Mitarbeiterbefragung	181
Karl Friedrich Köhler	
Die Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Sozial-und Arbeitsgerichtsgesetzes auf die Verwaltungspraxis der Sozialleistungsträger	189

### DOKUMENTATION

Verzeichnis der Beitragsstaffeln der LKKen für die monatlichen Beiträge der landwirtschaftlichen Unternehmer	209
---	-----

### BÜCHER

Aufsicht in der Sozialversicherung	214
Übersicht über das Sozialrecht - Ausgabe 2008	214
Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht - Ausgabe 2008.	215

PERSÖNLICHES

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen  
Günter Reiff, ehemaliger stellvertretender Geschäftsführer,  
verstorben

216

Dr. Erich Koch

**Zur Frage der Beteiligung der landwirtschaftlichen  
Krankenkassen an den Mitteln des Bundes zur pauschalen  
Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für  
versicherungsfremde Leistungen**

**Inhalt:**

**A. Einführung**

**B. Ausgangssituation**

**C. Sozialversicherungsrechtliche Bestandsaufnahme**

- I. Bisherige gesetzliche Regelung und Praxis
  - 1. Regelung des § 221 SGB V
  - 2. Verteilungsmaßstab
- II. Partizipation der LKKn
  - 1. Status quo
  - 2. Perspektive

**D. Entwicklungsprozess des § 221 SGB V in der Fassung des GKV-WSG**

- I. Eckpunktepapier
- II. Arbeitsentwürfe
- III. Referentenentwurf
- IV. Regierungsentwurf
- V. Gesetzesbeschluss des Bundestages und Zustimmung des Bundesrates

**E. Terminologische Klärung**

- I. Klärungsbedarf
- II. Textanalyse, Praxis, Stellungnahme von BMI und BMJ
- III. Zwischenergebnis

**F. Verfassungsrechtliche Betrachtung**

- I. Prämisse
- II. Verfassungsrechtliche Relevanz
  - 1. Allgemeiner Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG)
    - a. Bindung des Gesetzgebers
    - b. Frage der Ungleichbehandlung

- c. Differenzierungsgründe
  - aa. Nichterbringung versicherungsfremder Leistungen?
  - bb. Nichtteilnahme der LKKen am Gesundheitsfonds
  - cc. Gleichsetzbarkeit der LKKen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV)
  - dd. Bundesmittelbezug der LKKen nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989
    - aaa. Fragestellung
    - bbb. Regelungsinhalt und Zweck der Beteiligung des Bundes an den Leistungsaufwendungen für die Altenteiler gem. § 37 Abs. 2 KVLG 1989
    - ccc. Keine rechtlichen Kongruenzen
    - ee. Finanzwirtschaftliche Überlegungen
- 2. Schutz der Familie (Art. 6 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG)

## G. Zusammenfassung

### A. Einführung

Das Sondersystem der landwirtschaftlichen Sozialversicherung war für einen Zeitraum von über einem Jahr der brisanten Frage ausgesetzt, ob die landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKKen) auch zukünftig von den sog. § 221er Mitteln profitieren oder aber gegenüber den anderen Krankenkassen eklatant benachteiligt werden würden.

Durch Art. 4 des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)<sup>1</sup> wurde diese Frage schließlich vom Gesetzgeber positiv beantwortet und an § 221 SGB V der folgende Absatz 2 angefügt:

*„Der Gesundheitsfonds überweist von den ihm zufließenden Leistungen des Bundes nach Abs. 1 Satz 3 den auf die Landwirtschaftlichen Krankenkassen entfallenden Anteil an der Beteiligung des Bundes an den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zur Weiterleitung an die Landwirtschaftlichen Krankenkassen. Der Überweisungsbetrag nach Satz 1 bemisst sich nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkassen zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen; maßgebend sind die Verhältnisse am 1. Juli des Vorjahres.“*

Die Regelung tritt gem. Art. 7 Abs. 2 GKV-OrgWG am 01.01.2009 in Kraft.

---

<sup>1</sup> Bei Drucklegung war das Gesetzgebungsverfahren noch nicht abgeschlossen. Es wird deshalb auf den Gesetzentwurf der Bundesregierung, BR-Drs. 342/08 vom 23.05.2008 Bezug genommen.

Die LKKen gehören seit Einführung des § 221 SGB V<sup>2</sup> wie alle Krankenkassen zu den Empfängern von Bundesmitteln zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Aufwendungen im Sinne von § 221 SGB V. Nach dieser Vorschrift leistet der Bund einen jahresbezogenen Euro-Betrag in Milliardenhöhe. Das ergibt sich bezüglich der Beteiligung der LKKen aus gesetzestechnischen Gründen bislang nicht direkt aus § 221 SGB V (die Finanzierung des Sondersystems der Krankenversicherung der Landwirte ist spezialgesetzlich im sechsten Abschnitt des KVLG 1989 geregelt), sondern über § 37 Abs. 4 KVLG 1989: „Für die Beteiligung des Bundes an Aufwendungen ist § 221 SGB V entsprechend anzuwenden.“

Durch das GKV-WSG<sup>3</sup> wurde § 37 Abs. 4 KVLG 1989 in seinem Wortlaut nicht verändert. Auch durch § 221 SGB V oder eine andere Norm wird die Beteiligung der LKKen nicht ausgeschlossen. Die Änderung des § 221 SGB V durch Art. 1 Nr. 153 GKV-WSG greift in deren Rechtsposition insofern nicht ein. Die Zahlungen erfolgen für die Jahre 2007 und 2008 wie bisher zum 1. Mai und zum 1. November über das Bundesversicherungsamt an alle Krankenkassen, d.h. auch an die LKKen. Jedoch ergab sich aus den Umständen der Entstehungsgeschichte des GKV-WSG und u.a. aus dokumentierten Äußerungen verschiedener Politiker der Regierungskoalition der Eindruck, dass die LKKen möglicherweise ab dem Jahr 2009 nicht mehr (entsprechend ihrem relativen Anteil) an den Bundesmitteln partizipieren würden.

Gegenstand der folgenden Überlegungen ist die nunmehr durch den Gesetzgeber entschiedene, aber womöglich in der Zukunft erneut virulente Frage, ob ein Ausschluss oder eine sonstige Benachteiligung der LKKen bezüglich der Bundesmittel im Sinne von § 221 SGB V im Lichte verfassungsrechtlicher Bestimmungen Bestand haben kann.

## **B. Ausgangssituation**

Durch das am 02.02.2007 im Deutschen Bundestag in zweiter und dritter Lesung verabschiedete GKV-WSG - der Bundesrat hat am 16.02.2007 seine Zustimmung erteilt - ist ein Ausschluss der LKKen vom Bezug der Bundesmittel nach § 221 SGB V nicht fixiert worden. Wohl aber ließen die Gesamtschau der Äußerungen verschiedener Koalitionspolitiker und insbesondere die Formulierungen des Entschließungsantrags der Koalitionsfraktionen (siehe unten) den Schluss zu, dass ab dem Jahr 2009 die Beteiligung der LKKen nicht mehr

---

2 Eingefügt durch Art. 1 Nr. 141 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003, BGBl. I 2003, 2190.

3 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, BGBl. I 2007, 378.

gesichert ist. Die Verlautbarungen bzw. Antworten verschiedener Politiker der Regierungskoalition sind nachfolgend im Wortlaut wiedergegeben:

Pressemitteilung vom 30.01.2007 von Wolfgang Zöllner, stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag und Verhandlungsführer der CDU/CSU-Fraktion:

*„Landwirtschaft wird nicht benachteiligt  
Entschließungsantrag der Koalition zu LKKe*

*Zur Diskussion um eine befürchtete Benachteiligung der Landwirtschaftlichen Krankenversicherungen im Zuge der Umsetzung der Gesundheitsreform erklärt der Stellvertretende Fraktionsvorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Wolfgang Zöllner, MdB:*

*„Die Landwirtschaftliche Krankenversicherung (LKV) nimmt in Deutschland eine Sonderstellung ein, weil es sich um eine Zwangsversicherung handelt und die Bäuerinnen und Bauern kein Wahlrecht zum Kassenwechsel haben. Der auch politisch gewünschte und beeinflusste Strukturwandel in der Landwirtschaft hat dafür gesorgt, dass sich die Mitgliederstrukturen in der LKV immer ungünstiger entwickelt haben. Inzwischen stehen einer sehr großen Zahl von Rentnern nur noch verhältnismäßig wenige Beitragszahler gegenüber. Die sich daraus ergebenden Beiträge könnten alleine von den wenigen verbliebenen aktiven Landwirten nicht mehr getragen werden. Da die LKV, wie auch andere gesetzliche Krankenkassen (GKV), gesamtgesellschaftliche Aufgaben erfüllt, steht auch ihr ein Teil des Bundeszuschusses zur Abgeltung dieser Aufgaben zu. Der Bundeszuschuss fließt nach der Gesundheitsreform ab 2009 in den Gesundheitsfonds, an dem die LKV nicht beteiligt ist. Die Regierungskoalition hat sich darauf verständigt, zunächst den Aufbau der neuen Finanzierungsstrukturen in der GKV vorzunehmen und erst dann eine Einbeziehung der LKV in die Beteiligung des Bundes an solchen Aufgaben in die Wege zu leiten. Dieses Vorgehen bringt daher nicht die von Verbänden befürchteten Nachteile für die Landwirte und ihre Familien mit sich. Bis Ende 2008 ist eine Beteiligung der LKV an den Steuergeldern ohnehin gesichert. Bei den Zahlen zu den angeblich drohenden Beitragserhöhungen wurde zudem auf einen Bundeszuschuss in einer Höhe abgestellt, die erst in vielen Jahren erreichbar sein wird. Auf starkes Drängen der Union hat sich die Koalition darauf verständigt, einen Entschließungsantrag einzubringen, der darauf abzielt, rechtzeitig vor 2009 eine Lösung zur Beteiligung der LKV am Bundeszuschuss zu erarbeiten, um so auch weiterhin unter anderem die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder in der LKV sicherzustellen. Für eine Verunsicherung der Landwirte und ihrer Familien besteht daher also kein Anlass.“*

Pressemitteilung vom 31.01.2007 von Peter Bleser, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz der CDU/CSU-Bundestagsfraktion:

*„Union steht bei landwirtschaftlichen Familien im Wort - Entschließungsantrag zur Landwirtschaftlichen Krankenversicherung“.*

*Zur Behandlung der Gesundheitsreform im Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz erklärt der Vorsitzende der Arbeitsgruppe Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Peter Bleser MdB:*

*„Die Bundesregierung soll bis spätestens Ende 2008 ein Gutachten darüber vorlegen, wie sich vor dem Hintergrund des anhaltenden Strukturwandels in der Land- und Forstwirtschaft das Verhältnis der aktiven Beitragszahler zur Zahl der Altenteiler in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung (LKV) entwickelt. Auf dieser Basis soll geprüft werden, wie eine Beteiligung der LKV an der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Leistungen, vor allem der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern, durch Steuermittel auch nach 2009 gewährleistet werden kann. Dies ist Teil eines Entschließungsantrages, den die Koalition zur GKV einbringen wird. Eine gesetzliche Regelung, wie von der CDU/CSU-Fraktion gefordert, ließ sich aber in den Verhandlungen um die Gesamtreform nicht umsetzen. Mit der Aufnahme unserer Forderung in den Entschließungsantrag ist aber ein gangbarer Kompromiss gefunden worden. Die Union steht hier gegenüber den landwirtschaftlichen Familien klar im Wort, rechtzeitig vor dem Inkrafttreten des Fonds im Jahr 2009 eine Lösung zu erarbeiten. Dabei geht es nicht um eine Besserstellung des landwirtschaftlichen Bereiches, sondern um eine Gleichbehandlung der in der LKV pflichtversicherten Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft mit Versicherten der anderen gesetzlichen Krankenkassen. Es ist es mehr als gerechtfertigt, dass die LKV - wie bereits heute - auch nach 2009 an der Mitfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Ausgaben durch Steuermittel beteiligt wird. Denn die landwirtschaftlichen Familien haben durch eine überdurchschnittliche Kinderzahl und die Pflege und Betreuung älterer Familienangehöriger einen sehr großen Anteil an der gesamtgesellschaftlichen Leistung.“*

Die Pressemitteilungen der beiden Mitglieder der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz erscheinen nicht deckungsgleich. Während nach MdB Zöller die weitere Beteiligung der LKVen an den Bundesmitteln für versicherungsfremde Leistungen sichergestellt ist, wird dies nach der Pressemitteilung von MdB Bleser von einem Gutachten abhängig gemacht, welches sich mit dem Verhältnis der aktiven Beitragszahler zur Zahl der Altenteiler befassen wird. Hieraus kann der Schluss gezogen werden, dass die Höhe der Bundesmittel im Sinne von



§ 221 SGB V zumindest nicht allein von der Erbringung versicherungsfremder Leistungen abhängig sein soll.

Ähnlich wie MdB Bleser lässt sich der Parlamentarische Staatssekretär bei der Bundesministerin für Gesundheit, Schwanitz, vernehmen. Anlässlich einer aktuellen Fragestunde des Deutschen Bundestages am 31.01.2007 antwortete er auf entsprechende Fragen des MdB Geisen:

*„Die Bundesregierung wird prüfen, inwieweit die LKKen auch in Zukunft in den Genuss der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch Steuermittel kommen können. Es ist daran gedacht, bis Ende 2008 ein Gutachten zu erstellen, das die aktuelle Höhe und die voraussichtliche Entwicklung der sogenannten „alten Last“ - gemeint ist das ungünstige Verhältnis der Altenteiler zur Zahl der beitragszahlenden Landwirte durch den andauernden Strukturwandel im landwirtschaftlichen Bereich - darlegt, deren Tragung durch besondere Bundesmittel im Agrarhaushalt gerechtfertigt ist.“... „Ich habe in meiner Antwort ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die zurzeit nicht vorgesehene Beteiligung der LKKen an den Zahlungen des Bundes ab 2009 nicht bedeutet, dass die Bundesregierung die Wahrnehmung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch die landwirtschaftliche Krankenkasse infrage stellt.“*

Im Anschluss an die aktuelle Fragestunde gab der MdB Geisen eine Pressemitteilung heraus:

Pressemitteilungen des MdB Geisen (FDP) vom 31.01.2007

*„Schwarz-Rot nimmt Ungleichbehandlung von Landwirten bei Gesundheitsreform in Kauf*

*Die LKKen (LKKen) werden im Rahmen des Gesetzentwurfs zur Gesundheitsreform ab 2009 nicht an den Bundesmitteln für versicherungsfremde Leistungen beteiligt. Nun soll ein Gutachten bis Ende 2008 klären, wie mit der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des anhaltenden Strukturwandels in der Landwirtschaft weiter verfahren wird. Dies geht aus der Antwort des Parl. Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Rolf Schwanitz, auf die Frage des Agrar-Experten der FDP-Fraktion, Edmund Geisen, in der heutigen Fragestunde hervor. Damit setzt der FDP-Politiker den Spekulationen der letzten Wochen ein Ende. Geisen wertet diese Hiobsbotschaft als Armutszeugnis für Bundeslandwirtschaftsminister Seehofer und seine Bundestagsfraktion: Wieder einmal ist der Schwarz-Rote Machtpoker zu Lasten der Landwirte ausgegangen. Nun versucht die CDU/CSU-Bundestagsfraktion von ihrer Unterlegenheit abzulenken und ein rechtlich völlig unverbindliches Gutachten als Lösung zu präsentieren. Zu klären, wie mit dem landwirtschaftlichen Berufsstand zu verfahren sei, hätte nach all den langen Verhandlungen zur Gesund-*

*heitsreform doch schon längst erledigt sein müssen! Ein Gutachten steht normalerweise am Anfang und nicht am Ende eines Gesetzgebungsprozesses. Doch was ist bei diesem „Gesundheitsmurks“ schon normal! Die nun fehlende gesetzliche Verankerung führt zu großer Verunsicherung und Wut in den bäuerlichen Familien. Es bleibt nach diesem Machtpoker die Befürchtung, dass sie für ihre Krankenversicherungen nun noch deutlich tiefer in die Tasche greifen müssen. Erneut vernachlässigt die Bundesregierung die berechtigten Interessen der Landwirte. Schwarz-Rot nimmt billigend in Kauf, dass landwirtschaftliche Familien – anders als andere gesetzlich versicherte Familien - benachteiligt werden. Da die LKKen aber wie alle anderen gesetzlichen Krankenkassen gesamtgesellschaftliche Aufgaben übernehmen (u.a. die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder), bleiben berechnete Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit einer solchen Ungleichbehandlung.“*

Vgl. hierzu auch die Pressemitteilung der Bundestagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN vom 2. Februar 2007

*„Koalition schließt Landwirtinnen und Landwirte von den Bundesmitteln für versicherungsfremde Leistungen aus*

*Zur Streichung der Bundesmittel für die versicherungsfremden Leistungen der LKKen erklärt Cornelia Behm, agrarpolitische Sprecherin: Die große Koalition ist dabei geblieben: Die Landwirtinnen und Landwirte werden ab 2009 von den Bundesmitteln für die versicherungsfremden Leistungen in der Krankenversicherung ausgeschlossen. Dies ist eine eklatante Ungleichbehandlung gegenüber den gesetzlich Versicherten. Eine sachliche Begründung dafür ist die Koalition schuldig geblieben. Noch am Mittwoch hatte der agrarpolitische Sprecher der Union im Agrarausschuss verkündet, die große Koalition werde diese Streichung zwar beschließen, sich aber in einem begleitenden Entschließungsantrag verpflichten, diese Streichung noch vor 2009 rückgängig zu machen. Wie viele Landwirtinnen und Landwirte an diese Zusicherung geglaubt hätten, wird allerdings für immer ungeklärt bleiben. Denn diese Zusicherung entpuppte sich mittlerweile als Prüfauftrag: „Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf zu prüfen, inwieweit die LKKen auch in den Genuss der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch Steuermittel in Zukunft kommen können.“*

*Dazu soll bis Ende 2008 ein Gutachten vorgelegt werden, das darlegt, ob nicht die Zuschüsse zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung (LKV) für die Altenteiler überhöht sind. Wir wollen Leistungs- und Beitragsgerechtigkeit für die Versicherten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. Eine genaue Prüfung, an welcher Stelle die Landwirtinnen und Landwirte bei der Krankenversicherung benachteiligt sind, und wo sie Vorteile haben, ist von daher sinnvoll. Um aber Leistungs- und Beitragsgerechtigkeit herzustellen, verbietet es sich, zunächst eine neue Ungleichbehandlung einzuführen.*

*Zumal man sich fragt, wie die große Koalition zwischen Ende 2008 und dem 1. Januar 2009 diese Streichung gegebenenfalls rückgängig machen will. Schließlich hat sie es bisher als finanztechnisch unmöglich erklärt, diese Mittel weiter zu zahlen, solange die LKV nicht am Gesundheitsfonds beteiligt ist. Aus dieser peinlichen Angelegenheit lässt sich einmal mehr schließen, dass erstens die Agrarpolitikerinnen und -politiker der Union keinerlei Einfluss auf die Entscheidungen ihrer Fraktionsführung haben, dass sich zweitens die Spitze der Union überhaupt nicht für die Interessen der Landwirte interessiert, und dass drittens der agrarpolitische Sprecher der Union ganz offensichtlich keinerlei Ahnung hat, was und wie in der Koalition entschieden worden ist.“*

Nach einem Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD vom 31.01.2007 (dort unter II. 6.) fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf „zu prüfen, inwieweit die LKKen auch in den Genuss der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch Steuermittel in Zukunft kommen können. Zur Umsetzung wird die Bundesregierung gebeten, bis Ende 2008 ein Gutachten vorzulegen, welches die aktuelle Höhe und die voraussichtliche Höhe der so genannten alten Last (ungünstiges Verhältnis der Zahl der Altenteiler zur Zahl der beitragszahlenden Landwirte durch den andauernden Strukturwandel) darlegt, deren Tragung durch besondere Bundesmittel im Agrarhaushalt gerechtfertigt ist.“

Nach dem erreichbaren Erkenntnisstand war deshalb zunächst von einer (gesicherten) Beteiligung der LKKen an den Bundesmitteln ab dem Jahr 2009 nicht auszugehen. Die Partizipation der LKKen erschien weder in der bisherigen Relation (anteilig) noch dem Grunde nach geklärt. Vielmehr hielt es die Bundesregierung bzw. die Koalition augenscheinlich zumindest für möglich, dass die LKKen vom Bundesmittelbezug - ggf. abhängig vom Ergebnis eines noch anzufertigenden Gutachtens über die Entwicklung des Verhältnisses der aktiven Beitragszahler zur Zahl der Altenteiler in der Krankenversicherung der Landwirte - durch Streichung oder Änderung des § 37 Abs. 4 KVLG 1989 zumindest teilweise ausgenommen werden.

Mit persönlichem Schreiben an den Vorstandsvorsitzenden des Bundesverbandes der LKKen vom 13.02.2007 stellte der Bundesminister für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz fest:

*„Die Bundesregierung wird prüfen, inwieweit die LKKen auch in Zukunft in den Genuss der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch Steuermittel kommen können. Ich möchte ausdrücklich betonen, dass es bei der Frage nicht um das „Ob“, sondern um das „Wie“ geht.“*

Bei genauer Analyse des Schreibens fällt auf, dass weder ein Hinweis auf eine generell anteilige Beteiligung der LKKen noch die Nennung von Parametern

bzw. Verteilungsmaßstäben erfolgt. Insbesondere wird sowohl im persönlichen Schreiben als auch in dem beigefügten „Material zur Information Fragen und Antworten zur Beteiligung der landwirtschaftlichen Krankenversicherung an den Bundesmitteln zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen nach dem GKV-WSG“ (Stand 02.02.2007) des BMELV nicht Stellung genommen zu der im o.g. Entschließungsantrag vom 31.01.2007 aufgeworfenen Frage der Abhängigkeit der Bundesmittel im Sinne von § 221 SGB V von denen nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989.

Obgleich kein Grund bestand, an der Einhaltung der erteilten Zusagen zu zweifeln, erschien und erscheint eine rechtliche Begutachtung der Problematik angezeigt.

### **C. Sozialversicherungsrechtliche Bestandsaufnahme**

#### **I. Bisherige gesetzliche Regelung und Praxis**

##### **1. Regelung des § 221 SGB V**

Mit dem am 01.01.2004 in Kraft getretenen § 221 SGB V stellt der Gesetzgeber sicher, dass der gesetzlichen Krankenversicherung als pauschale Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen Mittel des Bundes zur Verfügung gestellt werden.<sup>4</sup> Durch die Regelung ist erstmals die Mitfinanzierung des Bundes für die GKV gesetzlich angeordnet worden. Damit wird auch dieser Zweig der Sozialversicherung zu einem Teil durch Steuern finanziert.<sup>5</sup> Die Regelung bedeutet, dass § 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Gegensatz zu § 37 Abs. 1 KVLG 1989<sup>6</sup> nicht mehr abschließend die Finanzierungsquellen der GKV nennt; nach bisherigem und auch nach dem zukünftigen Verständnis sind Bundeszuschüsse keine sonstigen Einnahmen.<sup>7</sup>

Die Vorschrift wurde in das SGB V eingefügt durch Art. 1 Nr. 141 GMG.<sup>8</sup> Sie lautete:

*„(1) Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2004 1 Milliarde Euro, für das Jahr 2005 2,5 Milliarden Euro und ab dem Jahr 2006*

---

4 Zur Begründung des Gesetzentwurfs vgl. BT-Drucks. 15/1525, S. 138 f.

5 Vgl. BT-Drucks. 15/1525, S. 71.

6 „Die Mittel der landwirtschaftlichen Krankenversicherung werden durch Beiträge, durch Zuschüsse des Bundes, die Beteiligung des Bundes an Aufwendungen und durch sonstige Einnahmen aufgebracht.“

7 Vgl. Art. 1 Nr. 152 Buchstabe a GKV-WSG.

8 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003, BGBl. I 2003, 2190.

*4,2 Milliarden Euro jeweils am 1. Mai und 1. November zur Hälfte über das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich eine Krankenkasse oder einen Verband als zentrale Stelle für die Abrechnung mit dem Bundesversicherungsamt. Das Bundesversicherungsamt zahlt die Beteiligung des Bundes an die zentrale Stelle zur Weiterleitung an die berechtigten Krankenkassen.*

*(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Verteilung nach Absatz 1 zu bestimmen. Maßstab für die Verteilung sind die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen.“*

§ 221 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V regeln die Abwicklung des Transfers an die Krankenkassen. Danach weist der Bund die Beträge über das Bundesversicherungsamt an. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen für die vielen bestehenden Einzelkassen eine „Clearingstelle“ der Krankenkassen einrichten.<sup>9</sup> Dies erleichtert den Zahlungsweg, denn das Bundesversicherungsamt kann den Gesamtbetrag an diese Stelle zahlen, die ihrerseits erst die Weiterleistung der Gelder an die Einzelkassen organisieren muss. Die zentrale Zahlstelle - eingerichtet beim Bundesverband der Ortskrankenkassen aufgrund einer Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der GKV vom 02.04.2004 - hat eine Art Treuhänderfunktion. Sie ist selbst nicht Inhaberin der Forderung, sondern zieht diese in fremdem Namen ein. Das Nähere über die Abrechnung und den Schlüssel für die Verteilung auf die Krankenkassen soll in einer Rechtsverordnung des (jetzt) Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates geregelt werden. Dies ist geschehen durch Art. 1 der Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund und zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 26.04.2004.<sup>10</sup>

## **2. Verteilungsmaßstab**

Die zentrale Frage, nach welchem Modus die Beträge nach § 221 Absatz 1 Satz 1 SGB V auf die einzelnen Krankenkassen verteilt werden, hatte der Gesetzgeber in Absatz 2 Satz 2 zunächst ausdrücklich geregelt. Maßstab für die Verteilung auf die Einzelkassen sind (bis Ende 2008) deren Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen.<sup>11</sup> Das Problem dieses Maßstabs liegt darin, dass der Begriff der versicherungsfremden Leistung in der gesetzlichen

---

9 Vgl. BT-Drucks. 15/1525, S. 138 f.

10 BGBl. I Nr. 19 S. 644.

11 Vgl. BT-Drucks. 15/1525, S. 138 f.

Krankenversicherung weder in § 221 SGB V selbst noch in der Gesetzesbegründung definiert ist. Allein die Anlage zu Art. 1 § 2 Abs. 1 der Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund und zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 26.04.2004 aufgelisteten Kontengruppen, Kontenarten und Konten liefern insofern eine detaillierte Zuordnung:

<b>Kontengruppe 47:</b>	<b>Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld</b>
Konto 4710:	Krankengeld bei Betreuung eines kranken Kindes – Mitglieder bis unter 12 Jahre
Konto 4715:	Krankengeld bei Betreuung eines kranken Kindes – Mitglieder ab 12 Jahre
Konto 4720:	Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter
Konto 4730:	Krankengeld bei stationären Rehabilitationsleistungen und medizinischer Rehabilitation für Mütter
Konto 4740:	Krankengeld bei Sterilisation und Schwangerschaft
<b>Kontengruppe 53:</b>	<b>Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch</b>
Kontenart 530:	Ärztliche Beratung und Behandlung
Kontenart 531:	Krankenhausbehandlung
Kontenart 532:	Arznei- und Verbandmittel
Kontenart 537:	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 2 GSG
Kontenart 539:	Übrige Aufwendungen
<b>Kontengruppe 55:</b>	<b>Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft</b>
Kontenart 550:	Ärztliche Betreuung
Kontenart 551:	Hebammenhilfe
Kontenart 552:	Stationäre Entbindung
Kontenart 553:	Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung
Kontenart 554:	Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung
Kontenart 555:	Sonstige Sachleistungen
Kontenart 556:	Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO, § 29 KVLG/Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit
<b>Kontenart 559:</b>	<b>Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG</b>
Kontengruppe 56:	Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege
Kontenart 564:	Gestellte Haushaltshilfe – Regelleistung -
Kontenart 565:	Erstattungen für selbst beschaffte Haushaltshilfe – Regelleistung -

## II. Partizipation der LKKen

### 1. Status quo

Durch Art. 10 Nr. 7 Buchst. b GMG wurde an § 37 KVLG 1989 als Abs. 4 in der heutigen Fassung angefügt. „Für die Beteiligung des Bundes an Aufwendungen ist § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.“ In der Gesetzesbegründung heißt es lapidar „Folgeänderung zu § 221 SGB V“. Damit wurde die Einbeziehung der Krankenversicherung der Landwirte in die Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen gesetzestechisch umgesetzt.

Der Anteil der LKKen an den Bundesmitteln berechnet sich nach tatsächlichen Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen, die in besonderen Konten erfasst werden (vgl. Art. 1 § 2 Abs. 1 der Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund und zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 26.04.2004). Er betrug 2006 0,49 %. In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, den LKKen flossen 2004 ca. 5,3 Mio. Euro zu; 2005 waren es ca. 12,3 Mio. Euro, 2006 ca. 20,8 Mio. Euro und 2007 13,6 Mio. Euro. Die Aufteilung auf die einzelnen LKKen stellt sich wie folgt dar:

	2004	2005	2006	2007
LKK Schleswig-Holstein und Hamburg	343.094,71	1.073.468,40	759.476,41	635.272,44
LKK Niedersachsen-Bremen	1.066.745,64	1.833.153,53	4.167.055,13	2.523.000,73
LKK Nordrhein-Westfalen	501.857,38	1.334.681,62	2.202.789,31	1.097.593,95
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland	228.581,61	835.704,28	1.430.210,72	777.733,92
LKK Franken und Oberbayern	1.016.411,73	1.999.503,40	3.442.730,48	1.877.621,00
LKK Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben	628.867,25	1.393.502,85	2.609.806,54	1.670.003,04
LKK Baden-Württemberg	713.064,43	1.538.630,67	3.384.441,26	2.324.161,12
KK für den Gartenbau	550.384,26	1.423.237,91	2.036.198,98	1.152.656,60
LKK Mittel- und Ostdeutschland	300.738,00	831.735,44	753.876,15	1.571.844,31

Die Beteiligung der LKKen ist gemessen an ihrem Anteil von ca. 1,2 % an der Gesamtzahl der gesetzlich versicherten Personen u.a. deshalb relativ gering, weil das Leistungsrecht der berufsständischen Krankenversicherung für Land-



wirtinnen bzw. die Ehefrauen von Landwirten bestimmte Leistungen, wie z.B. Mutterschaftsgeld, nicht vorsieht. Anders ausgedrückt: Weil die LKKen bestimmte Leistungen, die zu den versicherungsfremden zu zählen sind, aufgrund ihres besonderen Leistungsspektrums nicht gewähren, partizipieren sie nur unterdurchschnittlich an den Bundesmitteln im Sinne von § 221 SGB V.

## **2. Perspektive**

Durch die für die kommenden Jahre steigenden Gesamtleistungen des Bundes (siehe unter D.V.) würden sich die Leistungen an die LKKen bereits bei einem gleichbleibenden Anteil mittel- und langfristig deutlich erhöhen (0,49 % von 14 Mrd. Euro = 68,6 Mio. Euro).

Würde abweichend von dem aktuellen Verteilungsmaßstab die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder zur wesentlichen Berechnungsgrundlage gemacht (Näheres unter E.), wären die Beträge stärker ansteigend, denn der Kinderanteil ist bei den aktiv Versicherten in der Krankenversicherung der Landwirte deutlich höher als bei den aktiv Versicherten in der allgemeinen Krankenversicherung. Nach der Statistik KM 6 waren in der gesetzlichen Krankenversicherung am 01.07.2006 12.689.882 Kinder unter 20 Jahren mitversichert. Das sind 38,04 % im Verhältnis zur Zahl der aktiven Mitglieder. In der Krankenversicherung der Landwirte sind 143.253 Kinder mitversichert, das sind in der gleichen Relation 56,79 %.<sup>12</sup>

Sollten also die Bundesmittel künftig überwiegend oder zumindest auch der kostenfreien Mitversicherung der Kinder dienen,<sup>13</sup> würde der Anteil der LKKen von 0,49 % (2006 nur für versicherungsfremde Leistungen) deutlich ansteigen. Unterstellt man einen Anteil von lediglich 0,8 %, wären das für die LKKen 112 Mio. Euro, wenn der Bund 14 Mrd. Euro zur Verfügung stellen sollte. Im GKVOrgWG hat sich der Gesetzgeber für den relativen Versichertenanteil der LKKen entschieden.

---

12 Die 143.253 Kinder sind gemessen an der Gesamtkinderzahl ca. 1,13 %. Eine Statistik für Kinder bis 18 Jahre gibt es nicht. Für das Verhältnis der Krankenversicherung der Landwirte zur allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung dürfte indessen die Statistik „Kinder bis 20 Jahre“ aussagekräftig sein.

13 Die Aufwendungen für die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen werden für 2003 mit etwa 25,7 Mrd. Euro veranschlagt, wobei 12,8 Mrd. Euro auf die Gruppe der unter 20-jährigen entfallen und 12,9 Mrd. Euro auf die Ehegatten. Vgl. Althammer/Romahn, Reform der monetären Familienpolitik - Notwendigkeit und Optionen, in: Althammer/Klammer (Hrsg.), Ehe und Familie in der Steuerrechts- und Sozialordnung, 2006, S. 24, 45.

## **D. Entwicklungsprozess des § 221 SGB V in der Fassung des GKV-WSG**

Die Entstehungsgeschichte des § 221 SGB V i. d. F. des GKV-WSG ist u.a. deshalb von Bedeutung, weil sie einen differenzierten Blick auf die gesetzgeberischen Intentionen hinsichtlich Zielrichtung und Umfang des Einsatzes der Bundesmittel ermöglicht.

### **I. Eckpunktepapier**

Am 12.07.2006 hat das Bundeskabinett die „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ beschlossen. Diese sollten als Grundlage zur Erarbeitung eines entsprechenden Gesetzes dienen.

Im sogenannten Eckpunktepapier vom 04.07.2006 ist zu Ziffer 15 Buchst. e „Ergänzende Steuerfinanzierung“ bestimmt:

*„Mit dem Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) aus dem Bundeshaushalt wird die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Zu diesem Zweck wird im Haushaltsjahr 2008 ein Zuschuss von 1,5 Mrd. Euro und im Jahr 2009 von 3 Mrd. Euro geleistet.“ Unter Buchst. f „Zusatzbeitrag, Zu- und Abschläge“ ist zu lesen: „Durch die schrittweise Mitfinanzierung durch Haushaltsmittel (Kinder) werden die Beiträge der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber stabilisiert.“*

Zu Ziffer 14 Buchst. c „Sondersysteme“ ist ausgeführt:

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

Für die Krankenversicherung der Landwirte bedeutet dies, sie wird (zunächst) nicht in die Finanzierungsstruktur der allgemeinen Krankenversicherung mit einem einheitlichen Beitragssatz, einem Gesundheitsfonds und einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einbezogen.

### **II. Arbeitsentwürfe**

Nach den Formulierungen im 1. Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) - sollte § 221 Abs. 1 wie folgt geändert werden:

*„Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2008 1,5 Mrd. Euro und für das Jahr 2009 3 Mrd. Euro in den Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2010 erhöhen sich die Leistungen des Bundes.“*

Sätze 2 und 3 werden gestrichen. Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

*„Die LKKen erhalten aus den in den Gesundheitsfonds geleisteten Zahlungen des Bundes nach Abs. 1 einen Anteil, der dem Verhältnis der bei den LKKen Versicherten zur Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen entspricht. Das Bundesversicherungsamt zahlt diesen Anteil an den Bundesverband der LKKen. Dieser verteilt die Zahlung an seine Mitgliedskassen, entsprechend ihrer jeweiligen Versichertenzahl.“*

In der Begründung zu § 221 heißt es:

*„Mit dieser Vorschrift wird sichergestellt, dass Mittel aus dem Bundeshaushalt für die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, zur Verfügung gestellt werden. Durch die sich steigernde Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben aus Steuermitteln wird die gesetzliche Krankenversicherung auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Ab 2010 soll der Zuschuss weiter steigen. Der Gesetzgeber legt einen höheren Zuschuss für die Folgejahre fest. Es handelt sich um eine Folgeänderung der Einführung des Gesundheitsfonds, durch die das bisherige Abrechnungsverfahren (Verteilung der Bundesmittel für versicherungsfremde Leistungen) der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt entfällt.“*

*„Die LKKen nehmen nicht am Risikostrukturausgleich teil und erhalten somit keine Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Insoweit muss sichergestellt werden, dass auch sie von den Zahlungen des Bundes profitieren. Das Bundesversicherungsamt stellt daher den LKKen, entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtheit aller gesetzlich Krankenversicherten, über deren Spitzenverband einen Anteil für die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben zur Verfügung. Die Bemessung richtet sich nach der Zahl der Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der GKV-Versicherten.“*

Im 2. Arbeitsentwurf ergeben sich insoweit keine Änderungen. Auch der 3. Arbeitsentwurf bleibt gleich, liefert jedoch eine geänderte Begründung: Buchst. b):

*„Es handelt sich um eine Folgeänderung der Einführung des Gesundheitsfonds, durch die der bisherige Verteilungsmodus der Bundesmittel für versicherungsfremde Leistungen der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt entfällt.“*

Die LKKen werden mithin im 3. Arbeitsentwurf nicht mehr erwähnt. Der 4. Arbeitsentwurf bringt bezogen auf die behandelte Thematik keine relevanten Veränderungen: Auch im 4. Arbeitsentwurf werden die LKKen nicht mehr erwähnt.

### III. Referentenentwurf

Der Referentenentwurf übernimmt Inhalt und Begründung des 4. Arbeitsentwurfs.

In der Begründung zu Nr. 153 Buchst. a des Referentenentwurfs wird lediglich ausgeführt:

*„Der Bund leistet im Jahr 2008 insgesamt Zuschüsse in Höhe von 1,5 Mrd. Euro zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen an die gesetzliche Krankenversicherung. Die Zahlung erfolgt wie bisher zum 1. Mai und zum 1. November in gleichgroßen Teilbeträgen über das Bundesversicherungsamt an die Krankenkassen. Ab dem Jahr 2009 erfolgt die Zahlung des Bundeszuschusses an den dann bis dahin errichteten Gesundheitsfonds.“ Von einem Anteil der LKKe ist insoweit keine Rede mehr.“*

### IV. Regierungsentwurf

Der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD - Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)<sup>14</sup> enthält zur behandelten Thematik an den angegebenen Stellen folgende Festlegungen:

#### B. Lösung:

*„Durch die anteilige Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt wird die Finanzierung der GKV auf eine langfristig gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Hierfür werden aus Bundesmitteln im Jahr 2008 1,5 Mrd. Euro, 2009 3 Mrd. Euro bereitgestellt. Ab 2010 soll der Bundeszuschuss weiter anwachsen.“*

#### D. Finanzielle Auswirkungen:

*„Ab dem Jahr 2008 wird die teilweise Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus Steuermitteln fortgeführt und in den Folgejahren ausgebaut. Hierfür werden den Krankenkassen aus Bundesmitteln im Jahr 2008 1,5 Mrd. Euro, in 2009 3 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Ab 2010 soll dieser Bundeszuschuss weiter ansteigen.“*

In der Begründung, A. Allgemeiner Teil, II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes heißt es:

*„Der Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung wird fortgeführt und ausgebaut. Durch die teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem*

---

14 BT-Drucks. 16/3100 vom 24.10.2006.

*Bundeshaushalt wird die Finanzierung der GKV auf eine langfristig sichere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt.“*

Unter A. II. 12. „Mehr gesamtgesellschaftliche Solidarität durch Steuerzuschüsse“ liest man:

*„Die gesetzliche Krankenversicherung trägt auch heute noch eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Lasten, wie insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung gesamtgesellschaftlicher Solidarität. Mit der Errichtung des Gesundheitsfonds verbunden sind Fortführung und Ausbau der teilweisen Finanzierung der eingangs beschriebenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben über Steuermittel. Damit wird die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Gleichzeitig gelingt es, in der GKV gesamtgesellschaftliche Solidarität zu verwirklichen.“*

In der Begründung zu Art. 2 Nummer 29 (§ 221) heißt es:

*„Die gesetzliche Krankenversicherung trägt auch heute noch eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Lasten, wie insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung gesamtgesellschaftlicher Solidarität. Mit der Errichtung des Gesundheitsfonds verbunden sind Fortführung und Ausbau der teilweisen Finanzierung der eingangs beschriebenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben über Steuermittel. Auf diese Weise wird die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Ab 2010 soll der Zuschuss weiter steigen. Der Gesetzgeber legt einen höheren Zuschuss für die Folgejahre fest.*

*Ab dem Jahr 2009 wird der Bundeszuschuss in monatlichen Teilbeträgen jeweils am ersten Bankarbeitstag an den Fonds gezahlt. Mit dessen Einführung wird zugleich das bisherige Abrechnungsverfahren der Krankenkassen mit dem Bundesversicherungsamt zur Verteilung der Bundesmittel für versicherungsfremde Leistungen entbehrlich.“*

#### C. Finanzielle Auswirkungen

##### 1. Gesetzliche Krankenversicherung:

*„In 2008 erhält die gesetzliche Krankenversicherung durch den Bundeszuschuss für gesamtgesellschaftliche Aufgaben der GKV im Vergleich zum geltenden Recht Mehreinnahmen von rd. 1,4 Mrd. Euro. Dieser Zuschuss beträgt 2009 3,0 Mrd. Euro und soll in den Folgejahren weiter ansteigen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in 2007 nach geltendem recht letztmalig ein Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 1,5 Mrd. Euro gezahlt wird.“*

##### 3. Finanzielle Auswirkungen auf Bund, Länder und Gemeinden

## a) Bund

*„Mit dem Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) aus dem Bundeshaushalt entstehen dem Bund im Vergleich zum derzeit geltenden Recht (unter Berücksichtigung der Maßnahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 2006) Mehrausgaben von 1,5 Mrd. Euro in 2008 und rd. 3 Mrd. Euro in 2009.“*

**V. Gesetzesbeschluss des Bundestages und Zustimmung des Bundesrates**

Aufgrund der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses vom 31.01.2007<sup>15</sup> hat der Deutsche Bundestag das GKV-WSG am 02.02.2007 in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Gegenüber dem Regierungsentwurf ergeben sich insofern relevante Änderungen, als nach § 221 Abs. 1 Satz 1 für die Jahre 2007 und 2008 jeweils 2,5 Mrd. Euro geleistet werden und nach dem neuen Satz 2 sich die Leistungen des Bundes in den Folgejahren um jährlich 1,5 Mrd. Euro bis zu einer Gesamtsumme von 14 Mrd. Euro erhöhen.<sup>16</sup> Der Bundesrat hat am 16.02.2007 seine Zustimmung erteilt.

**E. Terminologische Klärung****I. Klärungsbedarf**

Berechtigung und Umfang der Partizipation der LKKen an den Mitteln im Sinne von § 221 SGB V hängen von deren Bestimmungszweck ab. Der spielt an sich ab 2009 für die Kassen der allgemeinen Krankenversicherung nach dem neuen Finanzierungskonzept (Fondsmodell) keine Rolle mehr. Da jedoch die LKKen am Gesundheitsfonds nicht teilnehmen, bleibt die Frage nach dem Bestimmungszweck für ihre Beteiligung relevant. Der Gedanke einer Aufrechterhaltung mit Bundesmitteln könnte in diesem Zusammenhang nur dann eine Berechtigung haben, wenn eine inhaltliche bzw. zweckdefinierte Kongruenz der Leistungen besteht.

Der Gesetzgeber des GKV-WSG hat nicht deutlich gemacht, ob er den durch Art. 1 der Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund und zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 26.04.2004 definierten Begriff der versicherungsfremden Leistungen grundsätzlich beibehalten oder ändern will. Der maßgebliche Abs. 2 des § 221 SGB V wird gem. Art. 2 Nr. 29 i.V.m. Art. 46 Abs. 10 GKV-WSG zum 01.01.2009 auf-

---

15 BT-Drucks. 16/4247.

16 Gesetzesbeschluss, BR-Drucks. 75/07 vom 02.02.2007.

gehoben. Damit wird die entsprechende Verordnung gegenstandslos. Das ist grundsätzlich folgerichtig, denn auf die Frage des Maßstabes kommt es nicht mehr an, weil ab dem Jahr 2009 eine pauschale Zuweisung der Steuermittel nach § 221 SGB V erfolgen soll.

Insofern ist es für die Verteilung der Mittel innerhalb der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung unbeachtlich, dass im Gesetzentwurf der Bundesregierung sowie in verschiedenen Materialien wahlweise von „versicherungsfremden Leistungen“ und von „gesamtgemeinschaftlichen Aufgaben“ die Rede ist. Gleiches gilt bezüglich des Umstandes, dass verschiedentlich weitere konkrete Gesetzeszwecke (insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder) bzw. weitere Leistungen als versicherungsfremd genannt wurden, die bislang nicht zum Kanon der berücksichtigungsfähigen Leistungen gezählt haben (z.B. die Gruppenprophylaxe).

Klärungsbedarf besteht aus Sicht der LKKen jedoch deshalb, weil Ziele und Inhalte der Leistung im Sinne von § 221 SGB V im Rahmen der verfassungsrechtlichen Begutachtung von Bedeutung sind (siehe unter F.).

Es ist deshalb zu klären, ob sich das bisherige Verständnis (siehe unter C.1.2.) mit dem des GKV-WSG deckt. Sollte (weitgehende) inhaltliche Kongruenz bzw. Kontinuität gegeben sein, dürfte dies eine Argumentation zusätzlich erschweren, welche die Beteiligung der LKKen infrage zu stellen versucht. Sollten die Aufwendungen für die beitragsfrei mitversicherten Kinder allein oder zusätzlich mitumfasst sein, wäre eine Ausnahme der LKKen nicht minder problematisch. Sollte dagegen von einer makroökonomisch intendierten Zuweisung ohne jegliche Zweckidentifikation ausgegangen werden, würde sich ein manifester Anhaltspunkt für die Prüfung der Aufrechnung der § 221-er Leistung mit den Mitteln der Altenteilerfinanzierung gem. § 37 Abs. 2 KVLG 1989 ergeben.

In der amtlichen Begründung des GMG<sup>17</sup> wird lediglich das Sterbegeld bzw. jetzt der Bestattungskostenzuschuss als versicherungsfremde Leistung genannt. Das LSG Baden-Württemberg<sup>18</sup> hat Zweifel daran, ob es sich beim Mutterschaftsgeld um eine versicherungsfremde Leistung handelt.<sup>19</sup> Hilfsweise könnte man auf diejenigen Leistungen abstellen, welche weder dem Erkennen noch dem Verhüten noch dem Heilen von Krankheiten zu dienen

---

17 Vgl. BT-Drucks. 15/1525, S. 91.

18 Urteil vom 08.03.2005 - L 11 KR 63/05 - Rn. 19.

19 Vgl. zum Thema zuletzt Kingreen, Europarechtliche Implikationen des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) Rechtsgutachten für den Deutschen Gewerkschaftsbund und die Hans-Böckler-Stiftung, Januar 2007, S. 36 ff.

bestimmt sind. Dabei ist der Begriff der versicherungsfremden Leistungen nicht deckungsgleich mit dem der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, welche von den Krankenkassen erledigt werden, was sich an der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V exemplifizieren lässt.

## **II. Textanalyse, Praxis, Stellungnahme von BMI und BMJ**

Im derzeit gültigen und im zukünftigen Gesetzestext ist unter der Normüberschrift „Beteiligung des Bundes an Aufwendungen“ von „versicherungsfremden Leistungen“ die Rede. An anderer Stelle benutzt der Gesetzgeber die Bezeichnung „Beteiligung des Bundes“ (vgl. Art. 1 Nr. 152 Buchst. a GKV-WSG = § 220 Abs. 1 SGB V). Wohl von ordnungspolitischen Vorstellungen inspiriert<sup>20</sup> finden sich auch in den verschiedenen Arbeitsentwürfen bis hin zum Regierungsentwurf und der Beschlussvorlage des Gesundheitsausschusses des Bundestages in den Begründungen zu § 221 SGB V Formulierungen betreffend „insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern“ (siehe unter D.).

Die verwaltungstechnische Umsetzung des § 221 SGB V - Verteilung der Mittel auf die verschiedenen Krankenkassen - orientiert sich dagegen bislang an einer Anzahl fixer Ausgabenpositionen bzw. Kontengruppen (siehe unter C.I.2.). Auf die verwaltungstechnischen Inhalte scheinen sich auch das BMI und BMJ in ihrer „Stellungnahme zur Verfassungsmäßigkeit des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) - Bundesrats-Drucksache 755/06 –“ vom 09.01.2007 zu beziehen, in der u.a. das Mutterschaftsgeld, die beitragsfreie Versicherung während des Erziehungsurlaubs, Leistungen rund um die Schwangerschaft (z.B. Pflegedienste während der Schwangerschaft oder Entbindung), Leistungen zur Empfängnisverhütung, Betriebs- und Haushaltshilfen sowie Krankengeld bei der Betreuung eines kranken Kindes zu den versicherungsfremden Leistungen gezählt werden. Weiter werden die Leistungen der Prävention und zur Selbsthilfe sowie Leistungen der Gruppenprophylaxe genannt.

---

20 Vgl. z.B. Union in Deutschland Nr. 37 S. 9 ff.



### III. Zwischenergebnis

Aus der Gesamtschau der nicht gerade als kongruent zu bezeichnenden Äußerungen einschließlich der Begründungen im Regierungsentwurf wird erkennbar, dass eine definitorisch stringente Festlegung des Gesetzgebers für die Zeit nach dem Jahr 2008 nicht vorliegt.

Auch wegen der verfassungsrechtlichen Problematik der möglichen Diskriminierung der PKV ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber des GKV-WSG bezüglich der Mittelverwendung im Rahmen des § 221 SGB V zumindest nicht im Schwerpunkt auf die Leistungen für Kinder abstellen wollte. Für die verfassungsrechtliche Begutachtung bedeutet dies, dass es zumindest keinen evidenten Anhaltspunkt für die Prüfung der rechtlichen Zulässigkeit der Aufrechnung der § 221-er Leistung mit den Mitteln der Altenteilerfinanzierung gem. § 37 Abs. 2 KVLG 1989 gibt.

## F. Verfassungsrechtliche Betrachtung

### I. Prämisse

Die verfassungsrechtliche Betrachtung erfolgt unter der Prämisse, dass der Gesetzgeber die LKKen zukünftig ggf. entweder nicht mehr oder nur unterhalb des bisher in § 221 SGB V angelegten Verteilungsmaßstabs an den Bundesmitteln zur Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen beteiligen würde (siehe Erläuterungen unter A.).

### II. Verfassungsrechtliche Relevanz

Ein Anspruch auf fortdauernde Beteiligung an den Bundesmitteln im Sinne von § 221 SGB V ergibt sich insbesondere aus Art. 3 Abs. 1, unter Umständen auch aus Art. 6 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG.

#### 1. Allgemeiner Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG)

Eine Nichtbeteiligung an den Bundesmitteln im Sinne von § 221 SGB V bzw. eine relative Schlechterstellung der LKKen gegenüber dem Status quo würde gegen Art. 3 Abs. 1 GG verstoßen. Der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG gebietet es, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln (vgl. BVerfGE 1, 14, 52; 98, 365, 385; 113, 167; insbes. BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005 - 2 BvF 2/01 - Rn. 126 zur Verfassungsmäßigkeit der Regelungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung).

#### a. Bindung des Gesetzgebers

Der 2. Senat des BVerfG hat bereits am 23.10.1951 in seinem Urteil zum Südweststaat - BvG 1/51 - im Leitsatz 18 ausgeführt:

*„Der Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) bindet auch den Gesetzgeber. Er verbietet, dass wesentlich Gleiches ungleich, nicht dagegen, dass wesentlich*

*Ungleiches entsprechend der bestehenden Ungleichheit ungleich behandelt wird.“*

Über diese a priori bestehende Bindung hinausgehend, kann sich der Gesetzgeber im Rahmen seiner Politikgestaltung zu einer weitergehenden Gleichbehandlung von Organisationen bzw. Personen verpflichten. Die unter der verfassungsmäßigen Ordnung mögliche weitergehende Selbstbindung des Gesetzgebers erfolgt z.B. durch Beschreibung der Ziele staatlicher Leistungen. Das heißt, der Gesetzgeber legt sich (hinsichtlich der Destinatäre) inzidenter selbst fest, wenn er die Kriterien/Ziele der Bundesmittel benennt. Reichweite und Stringenz der Selbstbindung sind in diesem Fall wiederum abhängig von verfassungsrechtlichen Grundsatzentscheidungen.<sup>21</sup>

#### *b. Frage der Ungleichbehandlung*

Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gesetzgeber, die vom bloßen Willkürverbot bis zu einer strengen Bindung an Verhältnismäßigkeitserfordernisse reichen.<sup>22</sup> Bei der Ungleichbehandlung von Personengruppen unterliegt der Gesetzgeber regelmäßig einer strengen Bindung. Das gilt auch dann, wenn eine Ungleichbehandlung von Sachverhalten mittelbar eine Ungleichbehandlung von Personengruppen bewirkt. Das Bundesverfassungsgericht prüft dann im Einzelnen nach, ob für die vorgesehene Differenzierung Gründe von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleichen Rechtsfolgen rechtfertigen können (vgl. BVerfGE 88, 87, 96 f.; 95, 267, 316 f.; BVerfGE 101, 54).

*„Das Bundesverfassungsgericht hat dabei sozialpolitische Entscheidungen des Gesetzgebers hinzunehmen, solange seine Erwägungen weder offensichtlich fehlsam noch mit der Wertordnung des Grundgesetzes unvereinbar sind (vgl. BVerfGE 13, 97, 107 und 110; 14, 288, 301). Andererseits sind dem Gestaltungsraum des Gesetzgebers dort engere Grenzen gezogen, wo eine Ungleichbehandlung Auswirkungen auf grundrechtlich gesicherte Freiheiten hat (vgl. BVerfGE 62, 256, 274; 74, 9, 24; 82, 126, 146). Dieser Gesichtspunkt ist angesichts der Zwangsmitgliedschaft der Versicherten in einem öffentlich-rechtlichen Verband, die deren allgemeine Handlungsfrei-*

---

21 Vgl. grundlegend Peine, Systemgerechtigkeit - Die Selbstbindung des Gesetzgebers als Maßstab der Normenkontrolle, Habilitationsschrift, Studien und Materialien zur Verfassungsgerichtsbarkeit Bd 27, 1983; Degenhart, Systemgerechtigkeit und Selbstbindung des Gesetzgebers als Verfassungspostulat, Dissertation, Münchner Universitätschriften Reihe der Juristischen Fakultät, Bd 34, 1976.

22 Vgl. BVerfGE 88, 5, 12; 88, 87, 96; 101, 54, 101; 107, 27, 45.

*heit im Sinne Art. 2 Abs. 1 GG einschränkt, von Bedeutung (vgl. BVerfGE 10, 89, 102; 32, 54, 64; 38, 281, 298; 78, 320, 329).“*

Dies gilt besonders für diejenigen Versicherten, die wie der Beschwerdeführer in der hiermit zitierten Entscheidung des 1. Senats des BVerfG 08.02.1994 1 - BvR 1237/85 - nicht zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen können, sondern einer bestimmten Kasse zugewiesen sind.

Der allgemeine Gleichheitssatz ist nach der Rechtsprechung des BVerfG dann verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten oder Normbetroffenen im Vergleich zu einer anderen Gruppe anders behandelt wird.<sup>23</sup> Art. 3 Abs. 1 GG ist jedenfalls dann verletzt, „*wenn sich ein vernünftiger, sich aus der Natur der Sache ergebender oder sonst wie sachlich einleuchtender Grund für die gesetzliche Differenzierung oder Gleichbehandlung nicht finden lässt.*“<sup>24</sup>

Genauere Maßstäbe und Kriterien dafür, unter welchen Voraussetzungen im Einzelfall das Willkürverbot oder das Gebot verhältnismäßiger Gleichbehandlung durch den Gesetzgeber verletzt ist, lassen sich nicht abstrakt und allgemein, sondern nur bezogen auf die jeweils betroffenen unterschiedlichen Sach- und Regelungsbereiche bestimmen (st. Rspr; vgl. BVerfGE 75, 108, 157; 93, 319, 348 f.; 110, 412, 432 m.w.N.).

Der 1. Senat des BVerfG hat in seinem Beschluss vom 08.02.1994<sup>25</sup> zu den unterschiedlichen Beitragssätzen in Rn. 38 ausgeführt, dass weder eine strenge Prüfung der Verhältnismäßigkeit geboten noch eine bloße Willkürkontrolle ausreichend sei. Denn es gehe um eine Ungleichbehandlung von Personengruppen, die nicht an personengebundene Merkmale anknüpft, sondern an den Sachverhalt der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse. Deshalb komme den Besonderheiten des geregelten Lebens- und Sachbereichs für die Frage, ob die Ungleichbehandlung gerechtfertigt ist, erhebliche Bedeutung zu. Ob an dieser Maßstababbildung angesichts der durch das Gesundheitsstrukturgesetz veränderten Rahmenbedingungen im Organisationsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung – kassenübergreifender Finanzverbund einerseits, Kassenwahlfreiheit der Versicherten andererseits – festzuhalten ist, konnte - so das BVerfG - bei seiner Entscheidung zum Risikostrukturausgleich am 18.07.2005 - 2 BvF 2/01 - dahinstehen. Denn der Risikostrukturausgleich halte selbst einer strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung stand.

---

23 St. Rspr; vgl. BVerfGE 55, 72, 88; 93, 386, 397; 110, 412, 432.

24 Vgl. BVerfGE 1, 14, 52; st. Rspr; vgl. etwa BVerfGE 89, 132, 141.

25 1 BvR 1237/85.

Auf die Frage der Beteiligung der LKKe an den Bundesmitteln im Sinne von § 221 SGB V bezogen bedeutet dies: Es kommt darauf an, ob eine Gruppe von Normadressaten oder Normbetroffenen im Vergleich zu einer anderen Gruppe unter solchen Umständen bzw. in einem solchen Umfang anders behandelt wird, dass sich ein vernünftiger, sich aus der Natur der Sache ergebender oder sonst wie sachlich einleuchtender Grund für die gesetzliche Differenzierung oder Gleichbehandlung nicht finden lässt.

Eine verfassungsrechtlich relevante Ungleichbehandlung der Normbetroffenen liegt unter der erläuterten Prämisse (siehe unter A.) darin, dass die Beitragspflichtigen ab dem Jahr 2009 je nach Kassenzugehörigkeit von entsprechenden beitragssatzwirksamen Zahlungen des Bundes profitieren oder nicht. Eine Mitgliedergruppe - die in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung - wird insofern entlastet, eine andere - die in der Krankenversicherung der Landwirte - wird nicht (mehr) entlastet.

Die Ungleichbehandlung ist nicht nur abstrakt, sondern hat spürbare Auswirkungen: Mit einem bis auf 14 Mrd. Euro steigendem Gesamtvolumen (vgl. Art. 1 Nr. 153 GKV-WSG) würde sich das Volumen der den LKKe vorenthaltenen Bundesmittel im Sinne von § 221 SGB V bei konstanter anteiliger Partizipation auf jährlich mindestens ca. 68 Mio. Euro steigern (siehe unter C.II.2.).

Die Ungleichbehandlung wird dadurch brisant, dass sie innerhalb des Mitgliederkreises der gesetzlichen Krankenversicherung stattfindet. Der Diskriminierungsaspekt wird zusätzlich dadurch augenfällig, dass die von 2004 bis 2008 praktizierte Gleichbehandlung aller Krankenkassen nunmehr aufgegeben werden soll.

### *c. Differenzierungsgründe*

Für eine Ungleichbehandlung lässt sich nicht „*ein vernünftiger, sich aus der Natur der Sache ergebender oder sonst wie sachlich einleuchtender Grund für die gesetzliche Differenzierung*“ im Sinne der Rechtsprechung des BVerfG finden.

Als Gründe für eine gesetzliche Differenzierung kämen in Betracht:

#### *aa. Nichterbringung versicherungsfremder Leistungen*

Primärer, wenn nicht gar einziger augenfälliger Grund für eine Ausnahme der LKKe vom Bezug der Bundesleistung im Sinne von § 221 SGB V wäre deren (zukünftige) Nichterbringung versicherungsfremder Leistungen bzw. die Nichterfüllung der in der Gesetzesbegründung des Regierungsentwurfs des GKV-WSG angesprochenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben. Solches ist jedoch bisher - wohl auch angesichts der bisherigen Praxis - nicht erwogen worden (vgl. im Gegenteil die Dokumentationen unter B.)

Mithin kann eine Nichtberücksichtigung der LKKen selbstverständlich nicht darauf gestützt werden, dass diese (zukünftig) keine versicherungsfremden Leistungen (mehr) erbringen würden.

*bb. Nichtteilnahme der LKKen am Gesundheitsfonds*

Nach § 221 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der Fassung des Art. 1 Nr. 153 Buchst. c GKV-WSG erfolgen die Leistungen des Bundes an den Gesundheitsfonds. Gem. Art. 1 Nr. 182 GKV-WSG (§ 271 SGB V) verwaltet das Bundesversicherungsamt als Sondervermögen (Gesundheitsfonds) die eingehenden Beträge aus verschiedenen Beitragszahlungen und den Bundesmitteln nach § 221 SGB V. §§ 266 und 270 SGB V regeln künftig die Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Danach erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer Leistungen, der Programmkosten für die Entwicklung und Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme und der Verwaltungskosten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Im Rahmen dieser Zuweisungen wird auch der Risikostrukturausgleich gem. § 266 SGB V durchgeführt (siehe Art. 1 Nr. 178 GKV-WSG).

Die LKKen erhalten keine Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Sie erheben wegen ihres besonderen Finanzierungssystems die Beiträge nicht nach einem - künftig einheitlichen (siehe Art. 1 Nr. 159 GKV-WSG = § 241 Abs. 2 SGB V) Beitragssatz - und die Beiträge der in der Krankenversicherung der Landwirte Versicherten fließen auch nicht in den Gesundheitsfonds. Es ist daher folgerichtig, dass die LKKen ihre Mittel zur Bestreitung der Ausgaben auch nicht aus dem Gesundheitsfonds überwiesen bekommen. Zur Klarstellung bestimmt § 270 SGB V (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben) in Abs. 1 Satz 2, dass u.a. § 266 Abs. 9 SGB V entsprechend gilt. § 266 Abs. 9 SGB V lautet: „Die LKKen nehmen am Risikostrukturausgleich nicht teil.“ Die entsprechende Anwendung im Rahmen des Gesundheitsfonds bedeutet, dass sie auch keine Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

Fraglich ist, ob dieser Umstand von solcher Art und solchem Gewicht ist, dass er die Ungleichbehandlung, d.h. die (vollständige oder anteilige) Ausnahme von den Bundesmittelzahlungen, zu rechtfertigen geeignet ist. Dies ist zu verneinen, weil es nach der Rechtsprechung des BVerfG auf die (vergleichs)-gruppenimmanenten Unterschiede ankommt und nicht auf solche, die an vom Gesetzgeber manipulierte oder manipulierbare äußere Umstände anknüpfen. Das gilt jedenfalls dann und insoweit, wie die die Ungleichbehandlung bewirkenden Umstände rein technischer und nicht wesensmäßiger Art sind.

Der Gesetzgeber hat mit seiner Entscheidung für die Einrichtung eines Gesundheitsfonds von seinem verfassungsrechtlich verbürgten Gestaltungs-

recht Gebrauch gemacht, denn es ist vornehmlich Sache des Gesetzgebers, auf der Grundlage seiner wirtschafts-, arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Vorstellungen und Ziele und unter Beachtung der Sachgesetzlichkeiten des betreffenden Gebiets zu entscheiden, welche Maßnahmen er im Interesse des Gemeinwohls ergreifen will.<sup>26</sup>

Die relevanten Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Vergleichsgruppen bleiben durch die Einrichtung eines Gesundheitsfonds unberührt. Die Unterschiede werden durch den wesentlich unterschiedlichen Kreis der versicherten Personen bedingt: Beim System der Krankenversicherung der Landwirte handelt es sich im Kern um eine besondere Unternehmerversicherung, während in der allgemeiner gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere Arbeitnehmer versichert sind. Dies bedingt unterschiedliche Finanzierungssysteme. Diese bestanden bereits vor dem GKV-WSG und haben bislang nicht zu einer differenzierenden Behandlung in Sinne eines Ausschlusses der LKKn geführt. Folglich vermögen sie dies auch nach Inkrafttreten der Regelungen über den Gesundheitsfonds nicht, da dieser lediglich die Finanzierungsmodalitäten der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung modifizieren soll.

Etwas Anderes könnte allenfalls dann gelten, wenn es dem Gesetzgeber - beispielsweise aufgrund von Umsetzungsproblemen - schwer oder gar unzumutbar wäre, die LKKn auch nach Einführung des Gesundheitsfonds weiter an den Bundesmitteln partizipieren zu lassen. So hat der 2. Senat des BVerfG am 31.01.1996<sup>27</sup> entschieden, eine dem Gesetzgeber grundsätzlich erlaubte generalisierende Regelung rechtfertigte eine durch sie entstehende Ungeheimtheit (allenfalls) dann, wenn sie nur unter Schwierigkeiten vermeidbar wäre.<sup>28</sup>

Gesetzestechisch und verwaltungspraktisch wäre es ohne Weiteres möglich, die LKKn zu beteiligen, indem der ihnen zukommende Anteil vor Einspeisung in den Gesundheitsfonds abgezweigt würde. Es lässt sich auch nicht erkennen, dass ein solches Verfahren mit einem besonderen oder sogar unzumutbaren Verwaltungsaufwand verbunden wäre. Zwar sollen ab dem Jahr 2009 die Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds pauschal und damit nicht mehr in der Weise erfolgen, dass die konkreten Aufwendungen der jeweiligen Kasse für versicherungsfremde Leistungen beziffert werden müssen,<sup>29</sup> was in der Folge auch bedeutet, dass die zurzeit beim AOK-Bundesverband eingerichtete „Clearingstelle“ überflüssig und in

---

26 Vgl. BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005 - 2 BvF 2/01 - Rn. 224.

27 2 BvL 39/93, 2 BvL 40/93 - Rn. 50.

28 Vgl. auch BVerfGE 45, 376, 390; 63, 119, 128; 84, 348, 360; 87, 234, 255 f.

29 Vgl. Art. 1 Nr. 178 GKV-WSG = § 266 SGB V.

Wegfall kommen wird. Ein Modus für die Beteiligung der LKKen dürfte sich jedoch finden lassen. So könnte man an die bisherige Beteiligung anknüpfen und beispielsweise in Abhängigkeit vom Anteil der LKKen an den Gesamtaufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung fortschreiben. Auch eine Beteiligung unter Zugrundelegung des relativen Versichertenanteils<sup>30</sup> oder eine pauschale Abgeltung wären denkbar.

Die Terminierung des unter a. angesprochenen Gutachtauftrags („bis Ende 2008“) könnte darauf hindeuten, dass der Gesetzgeber - zumindest nach seiner Einschätzung - für die Neuregelung der Beteiligung der LKKen an den Bundesmitteln im Sinne von § 221 SGB V ob der (vermeintlichen) Komplexität einen längeren Zeitraum zur Ausgestaltung der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen benötigt.

Das BVerfG hat am 08.02.1994 - 1 BvR 1237/85 - Rn. 48 entschieden, dass dem Gesetzgeber bei der Neuregelung eines komplexen Sachverhalts ein zeitlicher Anpassungsspielraum gebührt. Es muss ihm grundsätzlich erlaubt sein, eine Neuregelung in mehreren Stufen zu verwirklichen, um den Regelungsaufwand und die organisatorischen und finanziellen Folgen jeweils zu begrenzen und zunächst in einem Teilbereich Erfahrungen zu sammeln, die bei den weiteren Schritten berücksichtigt werden können. Im entschiedenen Fall handelte es sich um die Verletzung des Gleichheitssatzes durch zum Teil erhebliche Unterschiede in den Beitragssätzen bei den Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Zeit vor Einführung des Kassenwahlrechts.

Vgl. in diesem Zusammenhang auch BVerfGE 85, 80, 91 zur Benachteiligung nichtehelicher Kinder bei Unterhaltsklagen durch Beschränkung der Zuständigkeit der Familiengerichte auf Ehesachen. Dort hat das oberste Gericht entschieden: „Der Verfassungsauftrag zur Gleichstellung nichtehelicher und ehelicher Kinder hindert den Gesetzgeber nicht daran, bei einer größeren Reform aus sachlichen Gründen für eheliche Kinder zeitweilig ein besonderes Verfahren zur Verfügung zu stellen; der Gesetzgeber ist dann jedoch verpflichtet, eheliche und nichteheliche Kinder binnen angemessener Zeit insoweit gleichzustellen.“

Ob es sich hier um einen vergleichbar komplexen Regelungsgegenstand handelt, ist zumindest nicht sicher. Dem Gesetzgeber wäre es organisatorisch möglich, sicherzustellen, dass die Bundesmittel zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen künftig vor ihrem Zufluss in den Gesundheitsfonds anteilig den LKKen zugewiesen werden. Außerdem ging das BMG noch im 1. Arbeitsentwurf eines GKV-WSG selbst davon aus, dass die LKKen

---

30 Hierfür hat sich der Gesetzgeber schließlich im GKVOrgWG entschieden.

auch künftig an den Bundesmitteln beteiligt werden (siehe unter D.II). Es unterstellte demnach eine verwaltungspraktikable Regelungsmöglichkeit.

Der Unterschied in der (Nicht-)Teilnahme am Gesundheitsfonds ist folglich im Ergebnis weder von einem Gewicht noch von einer Art, dass er den (anteiligen) Ausschluss von den Bundesmitteln rechtfertigen könnte.

*cc. Gleichsetzbarkeit der LKKen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV)*

Durch eine Nichtberücksichtigung im Rahmen der Bundesmittel im Sinne von § 221 SGB V würden die LKKen faktisch mit den Unternehmen der PKV gleichgesetzt. Die PKV erhält weder nach § 221 SGB V noch nach anderen Bestimmungen Bundesmittel zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen.

Unabhängig von der Frage der rechtlichen Zulässigkeit der Ungleichbehandlung der PKV gegenüber der GKV unter dem Gesichtspunkt der beitragsfreien Mitversicherung der Kinder<sup>31</sup> ist die rechtliche Situation der LKKen von der der PKV wesentlich verschieden. Die Krankenversicherung der Landwirte ist Teil der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 4 Abs. 2, § 166 SGB V), die Vorschriften des SGB V gelten überwiegend und die Versicherten, die in der Krankenversicherung der Landwirte pflichtversichert sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, § 2 KVLG 1989). Die LKKen erbringen - im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung - versicherungsfremde Leistungen bzw. erfüllen gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Insbesondere aus diesem Grund müssen sie daher wie die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt werden und nicht wie private Krankenversicherungsunternehmen. Zur Untermauerung dieser Aussage soll aus der „Stellungnahme des BMI und BMJ zur Verfassungsmäßigkeit des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) - Bundesrats-Drucksache 755/06 –“, vom 09.01.2007 zitiert werden, in der u.a. die Verfassungsmäßigkeit einer Beschränkung des Bundeszuschusses auf die GKV festgestellt wird. Die Abgrenzungskriterien der GKV zur privaten Krankenversicherung können als Argumente für eine Beteiligung der LKKen an den Bundesmitteln im Sinne von § 221 SGB V verwendet werden. In der Stellungnahme heißt es:

*„Die Beschränkung des Bundeszuschusses auf die GKV ist unter Gesichtspunkten des Art. 3 Abs. 1 GG zu prüfen. Der Bund leistet gem. § 221 SGB V zur pauschalen Abgeltung von Aufwendungen der Krankenkasse für versicherungsfremde Leistungen bzw. die Wahrnehmung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben einen Zuschuss, für den das Haushaltsgesetz 2007 (BGBl. I 2006, S. 3346) im Jahr 2007 2,5 Mrd. Euro ansetzt und der nach dem*

---

31 Vgl. hierzu z.B. Kingreen a.a.O. S. 38.



*GKV-WSG-Entwurf im Jahr 2008 1,5 Mrd. Euro, im Jahr 2009 3 Mrd. Euro betragen soll. Ab 2010 sollen sich die Leistungen des Bundes weiter erhöhen. In der Begründung zum GKV-WSG-Entwurf wird zudem auf ,insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern Bezug genommen. Der Gleichhandlungsgrundsatz des Grundgesetzes gebietet nicht, einen Teil des Zuschusses auch der Versicherung von Kindern in der PKV zugute kommen zu lassen. Der Bundeszuschuss dient ganz allgemein der Abgeltung von Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen bzw. für gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die von den privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht mitgetragen werden. Hierzu zählen daneben unter anderem das Mutterschaftsgeld, die beitragsfreie Versicherung während des Erziehungsurlaubs, Leistungen rund um die Schwangerschaft (z.B. Pflegedienste während der Schwangerschaft oder Entbindung), Leistungen zur Empfängnisverhütung, Betriebs- und Haushaltshilfen sowie Krankengeld bei der Betreuung eines kranken Kindes. Weiter erbringt die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen, die nicht nur ihren eigenen Versicherten, sondern der gesamten Bevölkerung zugute kommen, etwa die Leistungen zur Prävention und zur Selbsthilfe sowie zur Gruppenprophylaxe gegen Zahnerkrankungen. In seiner derzeitigen und der im GKV-WSG vorgesehenen Höhe deckt der Bundeszuschuss nur einen kleinen Teil der Aufwendungen für die hier aufgeführten gesamtgesellschaftlichen Aufgaben ab, wobei den einzelnen Ausgabenposten kein bestimmter Anteil zugeordnet ist.“*

Dass die Ministerien ausdrücklich die - nur von den LKKen geleistete! - Betriebshilfe erwähnen, verstärkt die Argumentationsbasis pro Bundesmittelbeteiligung.

*dd. Bundesmittelbezug der LKKen nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989*

*aaa. Fragestellung*

Die Frage der zukünftigen Beteiligung der LKKen an den Bundesmitteln im Sinne von § 221 SGB V soll vom Ergebnis eines noch anzufertigenden Gutachtens über die Entwicklung des Verhältnisses der aktiven Beitragszahler zur Zahl der Altenteiler in der Krankenversicherung der Landwirte abhängig gemacht werden (vgl. unter B.). Somit ist zu fragen, ob ein mögliches Ergebnis des angesprochenen Gutachtenauftrags unter Beachtung des Grundgesetzes einen Einfluss auf die Beantwortung der Frage der Beteiligung der LKKen an den betreffenden Bundesmitteln haben kann. Diese Frage wäre nur dann tendenziell zu bejahen, wenn die Inhalte der beiden Regelungen zur Bundesbeteiligung an den Leistungsaufwendungen der Krankenkassen zumindest teilweise gleichwertig in dem Sinne wären, dass der den LKKen zukommende Teil aus dem „Topf“ der Bundesmittel nach § 221 SGB V quasi bereits in den Bundesmitteln nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 enthalten ist, sich eine Beteili-

gung der LKKen an den Zuschüssen im Sinne von § 221 SGB V insofern als Doppelleistung darstellen würde. Das ist jedoch nicht der Fall.

*bbb. Regelungsinhalt und Zweck der Beteiligung des Bundes an den Leistungsaufwendungen für die Altenteiler gem. § 37 Abs. 2 KVLG 1989*

Gem. § 37 Abs. 2 KVLG 1989 sind die Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen vom Bund zu tragen, soweit sie nicht durch Beiträge nach den §§ 44 und 45 sowie durch die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen nach § 249b SGB V gezahlten Beiträge gedeckt sind. Eine entsprechende Regelung für die bei den anderen Krankenkassen versicherten Rentner gibt es nicht. Durch Art. 15 Nr. 37 i.V.m. Art. 46 Abs. 1 GKV-WSG wird § 37 Abs. 2 KVLG 1989 zum 01.04.2007 neu gefasst. Er lautet:

*„Die Leistungsaufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen sind vom Bund zu tragen, soweit sie nicht durch 1. Beiträge nach §§ 44 und 45, 2. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen nach § 249b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlten Beiträge und 3. den in den Beiträgen nach § 38 Abs. 4 enthaltenen Solidarzuschlag gedeckt sind.“*

§ 37 Abs. 2 KVLG 1989 bezweckt demnach ausschließlich die verfassungsrechtlich gebotene Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen für die so genannten Altenteiler.<sup>32</sup> Die Altenteilerfinanzierung war bei der Verabschiedung des KVLG 1972 unabdingbare Voraussetzung für die Einbeziehung der Gruppe der (selbständigen!) Landwirte in die Versicherungs- und Beitragspflicht.<sup>33</sup> Sie hatte nicht den Zweck, weitergehende gesellschaftliche Leistungen der Krankenversicherung der Landwirte zu berücksichtigen.

*ccc. Keine rechtlichen Kongruenzen*

Eine rechtliche Kongruenz wäre dann beachtlich, wenn die Inhalte der beiden Regelungen zur Bundesbeteiligung an den Leistungsaufwendungen der Krankenkassen zumindest teilweise gleichwertig in dem Sinne wären, dass der den LKKen zukommende Teil der Bundesmittel im Sinne von § 221 SGB V

---

32 Vgl. hierzu ausführlich Siebert, Stand der Diskussion über das eigenständige LKV-System - April 2005 - SdL 2/2005 S. 73, 78 ff. Zwar spricht Siebert im Zusammenhang mit den Leistungsaufwendungen für die Altenteiler von der „Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben“. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Altenteileraufwendungen nicht unter den Telos des § 221 SGB V fallen. Im Übrigen würde eine (teilweise) Gleichsetzung die Entstehungsgeschichte und vor allem den gesetzgeberischen Zweck der Regelung des § 37 Abs. 2 KVLG 1989 verkennen.

33 Vgl. Gutachten Isensee im Auftrag des Deutschen Bauernverbandes zu dem Entwurf des Haushaltsbegleitgesetzes 2004.

quasi bereits durch die Gewährung der Mittel nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 „verbraucht“ ist. Das könnte nur dann der Fall sein, wenn die Bundesmittel nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 spätestens ab dem Jahr 2009 (Teil-)zwecke des der Leistung nach § 221 SGB V verfolgen.

Von einer rechtlichen Kongruenz der beiden in Rede stehenden Bestimmungen in ihrer bis einschließlich 2008 geltenden Fassung kann angesichts des Wortlauts der Normen, der Gesetzesbegründung und der Abwicklungsmodi nicht ausgegangen werden.

Auch in Ansehung der ab 2009 gültigen Gesetzesfassungen scheint es sich aufgrund des Wortlautes der beiden Normen und der Gesetzesbegründungen um grundsätzlich unterschiedliche gesetzgeberische Zielrichtungen und Regelungsgegenstände zu handeln, mit der Folge, dass eine rechtliche Kongruenz ausscheidet.

Dieser Eindruck wird durch das Folgende gestützt: Mit den Bundesmitteln nach § 221 SGB V bezweckt der Gesetzgeber nach der Begründung im Regierungsentwurf zum GKV-WSG insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Des Weiteren ist in der Gesetzesbegründung des Regierungsentwurfs unter „D. Finanzielle Auswirkungen“ ausgeführt:

*„Ab dem Jahr 2008 wird die teilweise Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus Steuermitteln fortgeführt und in den Folgejahren ausgebaut.“*

Auch an anderen Stellen ist von „Fortführung und Ausbau“ der teilweisen Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben die Rede (vgl. Begründung zu Art. 2 Nr. 29 GKV-WSG (§ 221) und S. 244 und S. 259 = 12.). Dies kann nur bedeuten, dass der Gesetzgeber einerseits an die bisherigen Leistungszwecke anknüpft bzw. diese auch weiterhin einschließt und andererseits das Volumen und/oder die Zwecke auszuweiten gedenkt.

Die Begründung im Regierungsentwurf (siehe hierzu oben E.II), lässt in der maximal belasteten Interpretation den Schluss zu, dass die Bundesleistung nach § 221 SGB V über den bisherigen Zweck hinausgehend im Wesentlichen die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder abdecken soll. Von einer (konkludenten) Umwidmung in dem Sinne, dass nunmehr ein Äquivalent für die Bundesleistung gem. § 37 Abs. 2 KVLG im Bereich der allgemeinen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden soll, kann nicht ausgegangen werden. Die Frage, ob und in wie fern ggf. in den Altenteilerleistungen des Bundes nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 spätestens ab dem Jahr 2009 Anteile enthalten sind, welche durch Gesetzeszwecke des § 221 SGB V in seiner ab 2009 geltenden Fassung gedeckt sind, findet folglich keine positive Antwort.

Die Zwecke des § 221 SGB V sind - neben der Formalie der Zuordnung zu den Haushalten zweier unterschiedlicher Ministerien, nämlich BMG und BMELV - folglich von denen des § 37 Abs. 2 KVLG 1989 deutlich verschieden. Offensichtlich geht es bei der Beteiligung an den Leistungsaufwendungen für die Altenteiler nicht um „versicherungsfremde Leistungen“, gleich ob hierunter die Positionen der bisher berücksichtigten Kontengruppen oder zusätzlich bzw. alternativ die Kosten für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern verstanden werden sollten.

Die Vorstellung, der Bundeszuschuss nach § 37 Abs. 2 KVLG beinhalte bereits (anteilig) die Leistung im Sinne von § 221 SGB V, hält - wie ausgeführt - einer Überprüfung nicht stand. Eine Aufrechnung der Leistung im Sinne von § 221 SGB V mit den Bundesmitteln nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 kommt demnach nicht in Betracht.

*ee. Finanzwirtschaftliche Überlegungen*

Losgelöst von der vorstehend behandelten Argumentation kann kein Vorbringen gehört werden, wonach die Finanzausstattung der LKKen (Rücklage und Betriebsmittel) bzw. die Belastung der Beitragszahler gegenüber den anderen Krankenkassen und deren Mitglieder günstiger sei, die LKKen mithin deshalb keine zusätzlichen Bundesmittel benötigten. Unabhängig von der Frage der tendenziellen Richtigkeit der Prämisse, kann man diesbezüglich weder LKV-intern noch GKV-intern von einem homogenen Gesamtbild ausgehen. Da die Regelung des § 221 SGB V auch zukünftig weder *expressis verbis* noch der Intention des Gesetzgebers nach an die Finanzlage der jeweiligen Krankenkassen(art) anknüpft, scheidet dieses Differenzierungskriterium im Zusammenhang mit der Bundesmittelgewährung aus. Eine (spezielle) Bedürftigkeitsprüfung der Krankenkassen(arten) oder der Versichertengruppen fand und findet in § 221 SGB V keine Stütze. Ein Argumentationsansatz, wonach die LKKen vorhandene eigene Mittel anstelle der im Sinne von § 221 SGB V zur Deckung der nämlichen Positionen verwenden können, ist aus den vorgenannten Gründen gleichfalls zu vernachlässigen.<sup>34</sup> Außerdem ist die Unterstellung, die Beitragszahler in der LKV seien gegenüber denen in der allgemeinen Krankenversicherung bessergestellt, nicht belegt. Im Gegenteil entspricht die Belastung der aktiven Landwirte und der freiwillig Versicherten

---

34 Vgl. im Übrigen den Beschluss des 2. Senats des BVerfG vom 31.01.1996 - 2 BvL 39/93, 2 BvL 40/93 - zur unterschiedlichen Behandlung von Soldaten und Beamten in integrierten militärischen Stäben bei der Gewährung des erhöhten Auslandszuschlags, dort Rn. 19: „Fiskalische Gründe rechtfertigten diese Ungleichbehandlung ebenso wenig wie eine dem Gesetzgeber einzuräumende Befugnis, typisierende Regelungen zu treffen.“

bereits heute annähernd der Belastung der in der allgemeinen Krankenversicherung Aktiv-Versicherten im Hinblick auf die Rentnerversicherung. Dies ergibt sich dadurch, dass die durch das Haushaltsbegleitgesetz 2005 eingeführte und zunächst auf die Jahre 2005 bis 2008 begrenzte Beteiligung der Aktiv-Versicherten nunmehr durch Art. 14 Nr. 19 Buchst. b GKV-WSG (§ 38 Abs. 4 KVLG 1989) aufgegeben worden ist, indem die Beteiligung der Beitragszahler an den Leistungsaufwendungen der Altenteiler mit zunächst 87 Mio. Euro jährlich als Dauerlösung eingeführt wird. Die Aktiv-Versicherten in der LKV bringen für sich selbst und ihre Familienangehörigen derzeit ca. 580 Mio. Euro auf und für die in der LKV versicherten Altenteiler 157 Mio. Euro. Der Betrag von 157 Mio. Euro setzt sich aus dem Solidarbeitrag i.H.v. 87 Mio. Euro und den Verwaltungskosten für die Altenteilerversicherung in Höhe von ca. 70 Mio. Euro zusammen. Das sind bereits ca. 27 % des für sie selbst benötigten Beitragsaufkommens.

Ein vernünftiger, sich aus der Natur der Sache ergebender oder sonst wie sachlich einleuchtender Grund für die gesetzliche Differenzierung, sprich die (partielle) Ausnahme der LKKn vom Mittelbezug im Sinne von § 221 SGB V, lässt sich nach alledem nicht finden. Folglich verstößt eine Nicht- oder Minderbeteiligung der LKKn an den Leistungen im Sinne von § 221 SGB V gegen den allgemeinen Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 1 GG.

### **2. Schutz der Familie (Art. 6 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG)**

Eine Verletzung von Art. 6 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG könnte nur dann in Betracht kommen, wenn der Gesetzgeber mit dem Bundeszuschuss nach § 221 SGB V ausschließlich oder mit einem bestimmten Anteil die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder zu finanzieren beabsichtigt. In diesem Fall könnte die Nichtbeteiligung der LKKn zusätzlich gegen Art. 6 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG verstoßen.<sup>35</sup> Diese Absicht wurde zwar in der politischen Diskussion häufig geäußert, kann dem Gesetzgeber aber angesichts der Formulierungen im Regierungsentwurf (siehe unter D. IV) nicht unterstellt werden. Im Ergebnis kann von einem Verstoß gegen Art. 6 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG nicht ausgegangen werden.

## **G. Zusammenfassung**

Unter Berücksichtigung jeglicher rechtlicher und sonstiger relevanter Aspekte verstößt eine Ausnahme der LKKn vom Bezug der Bundesmittel im Sinne von § 221 SGB V gegen das grundgesetzliche Gleichbehandlungsgebot.

---

35 Vgl. hierzu BVerfGE 107, 205 - Ausschluss der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern in der Familienversicherung.

Zwischen den LKKe und den anderen Krankenkassen bzw. den jeweiligen Beitragspflichtigen bestehen keine Verschiedenheiten von solcher Beschaffenheit und solchem Gewicht, dass es mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise vereinbar wäre, die erstgenannten vom Bundesmittelbezug für die Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen bzw. für die Erfüllung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben auszunehmen.

Der Gesetzgeber hat sich durch die bisherige Praxis und durch die Definition seiner Leistungszwecke gebunden. Er knüpft die Leistung auch weiterhin an die Erbringung versicherungsfremder Leistungen bzw. die Erledigung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, welche alle Krankenkassen erfüllen. Weitere Differenzierungen oder gar der a priori Ausschluss bestimmten Krankenkassen oder Kassenarten finden keine Rechtfertigung.

Die Nichtteilnahme der LKKe am Gesundheitsfonds ist weder ein geeigneter noch ein zwingender Grund für ihren Ausschluss vom Bundesmittelbezug im Sinne von § 221 SGB V.

Die Gründe, welche gegen eine Beteiligung der PKV an den Bundesmitteln ins Feld geführt werden, sprechen für eine Beteiligung der LKKe.

Eine Aufrechnung mit Altenteilerleistungen kommt nicht in Betracht. Sowohl § 221 SGB V als auch § 37 Abs. 2 KVLG 1989 sind Elemente einer Steuerfinanzierung des Solidarausgleichs. Sie unterscheiden sich jedoch dadurch wesentlich voneinander, dass die Altenteilerfinanzierung unabdingbare Voraussetzung für die Einbeziehung der Gruppe der (selbständigen) Landwirte in die Versicherungs- und Beitragspflicht war und nicht den Zweck hat, weitergehende gesellschaftliche Leistungen der Krankenversicherung der Landwirte zu berücksichtigen.

Auf eine gemutmaßte, jedoch im Vergleich mit anderen Kassenarten nicht vorhandene verminderte Bedürftigkeit der LKKe kommt es unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten nicht an.

Der Gesetzgeber ist bei der Ausgestaltung der Beteiligung der LKKe frei in der Wahl der Modalitäten. Das Ob steht jedoch aus den aufgezeigten verfassungsrechtlichen Gründen nicht zur Disposition.

Verfasser:

Dr. Erich Koch

Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstraße 70 - 72

34131 Kassel

## **IT-Koop: zukunftsweisende Zusammenarbeit**

Teamwork ist im Gesundheitswesen schon lange ein fester Bestandteil in der Zusammenarbeit der Kassenarten – völlig unabhängig von jeder Reform. So kooperieren die Spitzenverbände der Krankenkassen beispielsweise im Bereich der Informationstechnologie bereits seit über zehn Jahren. Ziel dieser Zusammenarbeit ist der sparsame Ressourceneinsatz, um die Kosten mittel- und langfristig niedrig zu halten und die Aufgabenstellungen zwischen den beteiligten Verbänden arbeitsteilig umzusetzen. Im aktuellen Umfeld bietet hier der Aufbau der Telematikinfrastruktur zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte besonders große Herausforderungen und Chancen.

### **Vom Datenaustausch zur IT-Koop**

Im Zeitalter der digitalen Revolution gibt es auch im Gesundheitswesen enorme Umwälzungen. So werden bewährte Geschäftsprozesse auf elektronische Datenaustauschverfahren umgestellt und erfordern eine verstärkte Abstimmung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, damit die Neuorganisation von Prozessen und Strukturen – neben dem Ziel einer Standardisierung - auch eine Qualitätssteigerung in der Versorgung der Versicherten garantiert.

Im Mai 1995 begann die erste Zusammenarbeit der Spitzenverbände auf dem Gebiet der IT. Ziel der Kooperationsvereinbarung war die Annahme, Prüfung und Weiterleitung der elektronischen Abrechnungsdaten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Um diese Aufgaben gemeinsam zu bewältigen, gründeten der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, der Bundesverband der Innungskrankenkassen, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Knappschaft die „DALE Koop“ (DALE = Datenaustausch mit Leistungserbringern). Die Federführung der Kooperation übernahm der BKK Bundesverband. 1997 trat die See-Krankenkasse der Kooperationsgemeinschaft bei. Mit der für den Datenaustausch notwendigen Softwareentwicklung wurde die ISKV GmbH mit Sitz in Essen beauftragt.

Revolutionäre Gedanken werden bekanntlich häufig aus großer Not heraus geboren. Und revolutionär war die Idee 1995 wirklich, Software kassenarten-übergreifend gemeinsam durch einen Dritten entwickeln zu lassen und dann dezentral bei den beteiligten Verbänden einzusetzen.

Mit der Einführung der Krankenversichertenkarte hatte der Gesetzgeber im SGB V festgelegt, dass ab 01.01.1995 alle Abrechnungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen in elektronischer Form laufen sollten.

Das bedeutete, dass

- 50 Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen
- 25.000 Apotheken
- 2.500 Krankenhäuser und
- 150.000 sonstige Leistungserbringer,

die die damals noch annähernd 400 Krankenkassen jeden Monat mit Bergen von Papierrechnungen „zuschütteten“, diese Rechnungen jetzt in elektronischer Form – sprich: Magnetbänder oder Disketten – abliefern mussten. Modernere Kommunikationsmittel waren damals noch in der Entwicklung.

Abgesehen von den organisatorischen Änderungen – kein Verband oder keine Krankenkasse war in der Lage, die zu erwartenden Mengen von Bändern oder Disketten zu verarbeiten – gab es weder Vereinbarungen zur Struktur der zu übermittelnden Daten noch Software, die die Verarbeitung der Daten hätte steuern können. Die Not war also wirklich groß.

Nach zögerndem Beginn, aber dann mit steigender Aktivität fanden sich

- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
- der Bundesverband der Innungskrankenkassen,
- die Bundesknappschaft,
- der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen und
- die See-Krankenkasse

zur DALE-Koop (Kooperationsgemeinschaft Datenaustausch mit Leistungserbringern) zusammen, um das Problem gemeinsam anzugehen und zu lösen. Vertragspartner der DALE-Koop als Softwareentwickler war die damals noch junge ARGE ISKV GmbH.

Dass revolutionäre Gedanken allein keine Probleme lösen, war schnell festzustellen. Das Basis-Softwareprodukt, mit dem die bei den Verbänden anstehenden Aufgaben zur Datenannahme, -verarbeitung und zur internen Weiterverteilung an die zuständigen Kassen durchgeführt werden sollte, stellte sich bezogen auf immensen Kapazitätsanforderungen als ungeeignet heraus. Ergebnis aus dieser Erkenntnis war eine Eigenentwicklung bei der ARGE ISKV, die den jeweiligen tatsächlichen Gegebenheiten zur Verarbeitung und Prüfung der Abrechnungsdaten angepasst werden konnte.

Nach und nach begannen zum Teil langwierige Verhandlungen mit den einzelnen Leistungserbringersparten über die Art und Weise der Datenübermittlung, die 1997 zu ersten Datenübermittlungen im Arzneimittelbereich führten.



Heute wird die überwiegende Anzahl der Abrechnungen maschinell abgewickelt. Verarbeitet werden die Daten bei den annehmenden Verbänden aber nach wie vor mit der ständig aktualisierten gemeinsamen Software der DALE-Koop – dem positiven Ergebnis des einst revolutionären Gedankens.

Im Jahr 2006 weiteten die Kooperationspartner ihre Zusammenarbeit auf das Gebiet der Telematikinfrastruktur aus und arbeiten seitdem unter dem Namen IT-Koop.

Der Bundesverband der landw. Krankenkassen (BLK) ist Mitbegründer dieser verbändeübergreifenden IT-Kooperation und vertritt im System der landw. Sozialversicherung neun angeschlossene landw. Krankenkassen (LKKen).

Recht früh wurde von den Verantwortlichen erkannt, dass eine Vielzahl von Aufgaben, die der Gesetzgeber den Krankenkassen vorgibt und die innerhalb der unterschiedlich eingesetzten Fachverfahren zur operativen Bearbeitung der Geschäftsprozesse zu entwickeln und umzusetzen sind, sich „vor die Klammer“ ziehen lassen. Somit wurde sowohl bisher im Datenaustausch mit den Leistungserbringern als auch bei den derzeitigen Entwicklungen im Umfeld der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematik-Infrastruktur erreicht, dass eine kassenartenübergreifende Projektarbeit mit standardisierten Schnittstellen möglich ist. Die Gesamtkoordination und die Projektabwicklung erfolgt einerseits zwischen den IT-Koop-Partnern und andererseits zu den LKKen über die Kopfstelle des BLK.

Durch die enge Zusammenarbeit zwischen BLK und den IT-Koop Partnerverbänden beim Datenmanagement werden Synergien genutzt, was wiederum zu einer deutlichen Kostenreduktion führt. So werden beispielsweise bestimmte gemeinsame Aufgaben an einen einzelnen Verband delegiert. Redundanzen werden minimiert. Ein anderes Beispiel ist die gemeinsame Entwicklung bzw. Anschaffung von Softwareprodukten. Statt für jeden Verbandsbereich eine eigene Software in Auftrag zu geben, werden gemeinsame Entwicklungen geplant und nach abgestimmten Regeln standardisiert, entwickelt und zum Einsatz gebracht. Es wird geschätzt, dass allein durch die Zusammenarbeit der IT-Koop ein Beitrag im zweistelligen Millionenbereich eingespart wurde. Die Eigenständigkeit der beteiligten Verbände wird durch diese Kooperation nicht eingeschränkt.

Die Kooperation erfolgt projektbezogen durch konkrete gemeinsam beschlossene Einzelaufträge. Über die Auftragsvergabe entscheidet der Fachbeirat der Kooperation. Alle Kooperationspartner besitzen die Nutzungsrechte über die im Rahmen der Kooperation erstellten Softwareprodukte, sonstige Arbeitsergebnisse und die zugehörigen Dokumentationen. Die Nutzungsrechte gelten des Weiteren für die zugehörigen Krankenkassen der Kooperationspartner und die Anwender der korrespondierenden IT-Verfahren.

Die IT Koop behält die Eigentums-, Nutzungs- und Source-Rechte der Software. Die Weitergabe des Quellcodes sowie die Einräumung von Nutzungsrechten an Dritte - also an Interessenten außerhalb der IT-Koop - ist möglich und wird sektionsweise bereits praktiziert. Dies erfordert die einstimmige Entscheidung der Kooperationspartner im Fachbeirat. Erlöse hieraus mindern die Weiterentwicklungskosten der Gemeinschaft.

Im Zuge der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wird zurzeit die Software für die Fachdienste Kartenanwendungsmanagementsystem (KAMS) und Versichertenstammdatendienst (VSDD) für die IT Koop-Partner entwickelt. An der Softwareentwicklung zum KAMS ist neben den genannten Kooperationspartnern und der ISKV zusätzlich der AOK Bundesverband bzw. die AOK Systems GmbH beteiligt.

### **Von der Krankenversichertenkarte (KVK) zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK)**

Grundlage für die Einführung der eGK ist das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG). In § 291a SGB V wird der Ausbau der KVK zu einer elektronischen Gesundheitskarte beschrieben. Ziele der Einführung der eGK sind insbesondere die Stärkung der Patientenrechte, eine bessere Kommunikation zwischen den Akteuren, die Bekämpfung des Kartenmissbrauchs, durchgängige Transparenz der erbrachten Leistungen sowie langfristig eine Kostenreduktion. Die eGK ist hierbei der zentrale Baustein innerhalb eines riesigen Netzwerks: der Telematikinfrastruktur. An diesem Netzwerk sind neben den rund 80 Millionen Versicherten 21.000 Apotheken, 123.000 niedergelassene Ärzte, 65.000 Zahnärzte, 2.200 Krankenhäuser sowie knapp 240 Krankenkassen beteiligt.

Zu einem späteren Zeitpunkt werden die sonstigen Leistungserbringer wie Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Optiker, Sanitätsfachgeschäfte u.s.w. an die Telematikinfrastruktur angeschlossen.

### **Die Verwaltung der elektronischen Gesundheitskarte**

Das Kartenanwendungsmanagementsystem (KAMS) verwaltet alle zur eGK erforderlichen Komponenten. Dieser Vorgang ist wesentlich umfangreicher als bei der Kartenverwaltung der bisherigen Krankenversichertenkarte (KVK). Denn neben der Erstversorgung, einem Statuswechsel, Zusatzversicherungen, etc. gewährleistet das KAMS auch die Verwaltung von Signaturzertifikaten (Digitale Signatur). Hierdurch ist es u. a. möglich, eine Karte nach der Ausgabe zu sperren und damit Missbrauch zu verhindern. Dies ist bei der bisherigen KVK und dem jetzigen IT-technischen Verfahren nicht möglich.

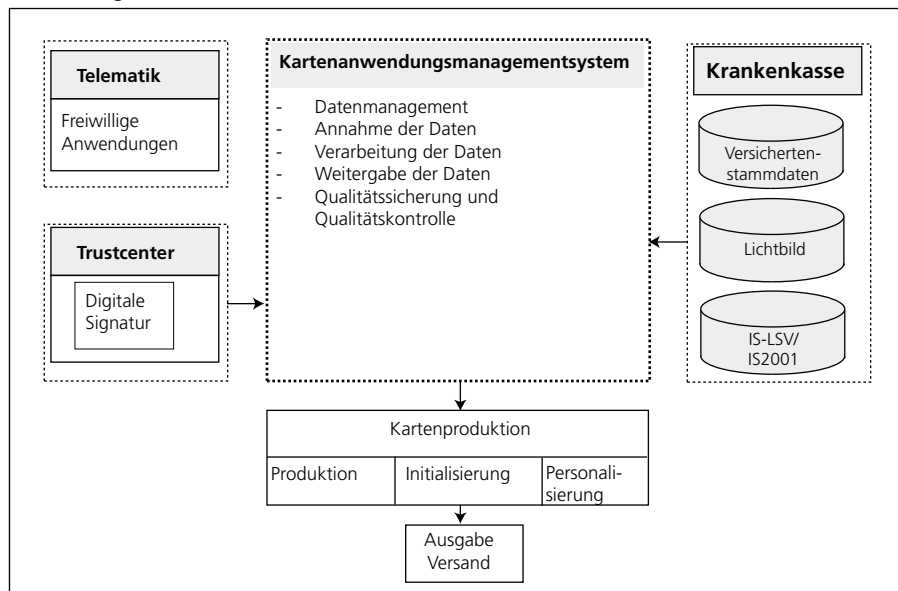
Das KAMS übernimmt damit eine Schlüsselfunktion beim Einsatz der eGK. Einfach und schnell können mit dieser hochkomplexen Software alle Ver-

sichertendaten und Sicherheitsinformationen bearbeitet werden, die zur Erstellung und Verwaltung der eGK nötig sind. Zu diesen Daten zählen alle Versichertenstammdaten, wie der Name des Versicherten, seine Krankenversicherungsnummer, sein Versicherten- und sein Zuzahlungsstatus, aber auch sein Foto. Darüber hinaus werden mit dem KAMS zukünftig alle weiteren freiwilligen Anwendungen in der Telematik, wie z. B. die Notfalldaten, Daten zur Arzneimittelverträglichkeit und die elektronische Patientenakte, verwaltet.

Der Einsatz des KAMS ist in der Praxis aus Sicht der Sachbearbeitung benutzerfreundlich, da die enge Integration in die bestehende Softwareumgebung der Krankenkassen problemlos möglich ist und eine optimale Anbindung an den VSDD und das Bestandssystem der jeweiligen Krankenkasse/Kassenart, z. B. IS-LSV oder auch zukünftig das IS2001, gewährleistet wird (vgl. Abbildung 1). Die Sachbearbeitung der Krankenkasse erfasst die notwendigen Daten zur Kartenproduktion und –verwaltung in seiner gewohnten IT-Umgebung. Durch das KAMS werden die Daten geprüft, aufbereitet und anschließend über standardisierte Schnittstellen an den Kartenproduzenten übergeben. Hier erfolgt dann die Initialisierung, Personalisierung und die Produktion der eGK, die anschließend dem Versicherten zugestellt wird.

Ein Ziel der IT-Koop ist damit auch die Stärkung des Wettbewerbs unter den Kartenanbietern. Daher wurde das KAMS mit offenen Schnittstellen entwickelt. Hierdurch sind die Krankenkassen in ihrer Entscheidung bei der Auswahl ihres Kartenproduzenten flexibel.

Abbildung 1:



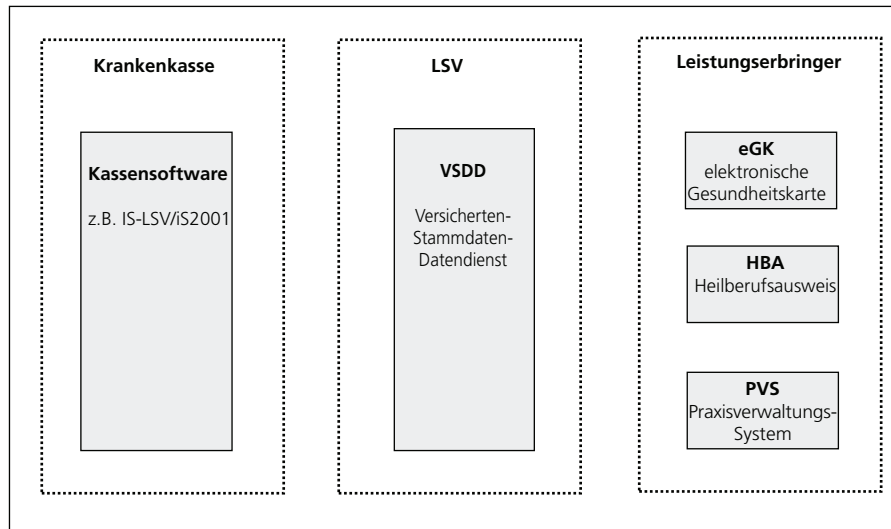
### **Sicherstellung der Datenaktualität**

Sind die Stammdaten eines Versicherten, beispielsweise sein Name, seine Krankenversicherungsnummer, sein Versicherten- und sein Zuzahlungsstatus aktuell? Ist die elektronische Gesundheitskarte noch gültig? Diese Fragen werden künftig innerhalb von Sekundenbruchteilen online schnell und sicher geprüft. Dies geschieht jedes Mal, wenn die elektronische Gesundheitskarte z. B. anlässlich eines Arztbesuches oder in der Apotheke eingelesen wird und ein Online-Zugriff auf das Krankenkassenverfahren (IS-LSV/IS2001) erfolgt (vgl. Abbildung 2).

Die Krankenkassen übermitteln dazu ihre aktuellen Versichertenstammdaten aus der Kassensoftware (z.B. IS-LSV/IS2001) an einen zentralen Server, mit dem die Mitgliedschaftsprüfungen über das Telematiknetz sichergestellt wird. Wird die eGK in der Arztpraxis eingelesen, erfolgt innerhalb weniger Sekunden ein Datenabgleich über gesicherte Netzverbindungen zwischen der eGK und den Versichertendaten der jeweiligen Krankenkasse auf dem Server. Hierzu wird derzeit eine Infrastruktur aufgebaut, die alle Arztpraxen in Deutschland mit den zentralen VSDD-Servern verbindet und den sicheren Datentransport gewährleistet. Auch der VSDD wird nahtlos in die Softwareumgebung der Krankenkasse integriert. Sowohl das KAMS als auch der VSDD erfüllen in diesem Prozess alle Spezifikationen der gematik, des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) und des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI).

Der VSDD muss dementsprechend als ein hochverfügbares System - 24 Stundenbetrieb an 7 Tagen in der Woche - ausgelegt werden. Selbst unter einer hohen Belastung, beispielsweise wenn an einem Montagmorgen bundesweit hunderttausende Versicherte in Deutschland zum Arzt gehen und viele Anfragen über Netzverbindungen gleichzeitig eintreffen, müssen die Systeme einwandfrei arbeiten. Entsprechende Lasttests beim BKK Bundesverband, die durch die IT-Koop beauftragt wurden, werden sicherstellen, dass diese Anforderung durch den VSDD erfüllt wird.

Abbildung 2:



### Vom Testbetrieb in den Regelbetrieb

Ein weiteres Ziel der IT-Koop ist die Entwicklung eines Betriebskonzeptes für den späteren Regelbetrieb des VSDD und KAMS. Hierzu gehören auch die Entwicklung von Sicherheitskonzepten und organisatorischen Maßnahmen. Für die Gewährleistung der Ausfallsicherheit und Lastverteilung sorgen zwei bis drei regional verschiedene RZ-Standorte der Kooperationspartner. Dienstleistungen wie Support, Aufbau eines Problem-, Change- und Konfigurationsmanagements aber auch der Aufbau eines Call-Centers bzw. einer Hotline gehören zum selbstverständlichen Angebot der IT-Koop an die beteiligten Krankenkassen. Und letztendlich müssen all diese Dienstleistungen in die Geschäftsprozesse der Krankenkasse integriert werden. Zum Betreiberkonzept gehört auch ein entsprechendes Finanzierungsmodell. Geplant ist zurzeit ein nutzungsbezogenes Entgeltmodell.

Das in einem ersten Projektschritt entwickelte Betriebskonzept sieht vor, dass die IT-Koop für die Testmaßnahmen in den Testregionen gemeinsam den Betrieb von VSDD und KAMS und der damit in direktem Zusammenhang stehenden Dienste der Kostenträger organisiert und durchführt. Beide Fachdienste werden für die derzeit bundesweit anstehenden Testmaßnahmen allen beteiligten Kassenarten zur Verfügung gestellt. Ziel dieser Testmaßnahmen soll es sein,

- die Entwicklung der Software durch Praxistests zu unterstützen und am gesamten Qualitätssicherungsprozess teilzunehmen,
- die Produktmustertests bei der gematik erfolgreich durchzuführen,

- ein Systemarchitekturmodell zu entwickeln, das den hohen Sicherheits- und Verfügbarkeitsanforderungen der gematik entspricht, indem an drei, wenigstens aber zwei Standorten gleichzeitig produktiv gearbeitet wird und die Daten sicherheitshalber redundant vorgehalten werden,
- eine kassenartenübergreifende technische wie auch organisatorische Lösung zu entwickeln, die für alle beteiligten Krankenkassen eine systemtechnisch neutrale wie auch kostengünstige Lösung darstellt,
- durch Testberichte und eine Wirtschaftlichkeitsanalyse den Krankenkassen den Nachweis für eine erfolgreiche Realisierung dieses Konzeptes vorzulegen, was als Grundlage für ihre Entscheidung vor der Aufnahme des Wirkbetriebs erforderlich ist.

Nach Abschluss der Testphasen wird der Fachbeirat der IT-Koop über ein endgültiges Betreiberkonzept - rechtzeitig zum bundesweiten Start des Rollout der eGK<sup>4</sup> im Jahre 2009 - entscheiden.

Voraussetzung für den Testbetrieb von KAMS und VSDD sind ein Produkttest und die Betriebszulassung durch die gematik. Entsprechende Vorbereitungen laufen zurzeit im Rechenzentrum der IT-Koop. Am 18. Juni 2007 wurde das für die gematik-Zulassung erforderliche Sicherheitsgutachten zum Betrieb des KAMS im Rechenzentrum des BKK Bundesverbandes mit positivem Ergebnis für die anstehenden bundesweiten Testverfahren entsprechend der Rechtsverordnung 2006 des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) abgeschlossen. Damit steht dem Testbetrieb für alle der IT-Koop zugehörigen Krankenkassen nun nichts mehr im Wege.

Die IT-Koop bietet sowohl das KAMS als auch den VSDD allen Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, der Knappschaft und den landw. Krankenkassen an, die an den Tests in den sieben Testregionen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beteiligt sind. Dies beinhaltet die Organisation der systemtechnischen Unterstützung inklusive Zertifizierung und Zulassung durch die gematik für den Testbetrieb. Den beteiligten Krankenkassen entstehen in der Testphase keine zusätzlichen Kosten. Darüber hinaus übernimmt die IT-Koop das gesamte Datenmanagement inklusive Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle. Viele Krankenkassen haben das Angebot bereits angenommen: In der Testregion Flensburg wird beispielsweise die Testumgebung von der BKK BVM genutzt, in Wolfsburg von der Deutschen BKK, in Löbau-Zittau von der Taunus BKK, in Bochum-Essen von der Knappschaft, der See-KK und der Bahn BKK und in Heilbronn von der Daimler-Chrysler BKK, der Bosch BKK und von der LKK Baden-Württemberg.

**Fazit**

Auch wenn das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch die Ersatzvornahme (Rechtsverordnung 2006) die Regie übernommen hat, bleiben der Selbstverwaltung immer noch Gestaltungsspielräume. So können vor allem im Bereich der Zusammenarbeit Synergien im technologischen und organisatorischen Bereich dazu beitragen Kosten zu sparen. Damit liefert die IT-Koop einen bedeutsamen Beitrag im Wettbewerb um effiziente Hard- und Softwarelösungen im Bereich der Telematikinfrastruktur. Dabei bleibt zu beachten, dass bei diesem Prozess die Waage zwischen Kooperation und Wettbewerb gehalten wird. Der Bundesverband der landw. Krankenkassen ist in diesem Prozess Garant für die Marke „LSV“ und die Selbständigkeit und Identität der landw. Krankenversicherung.

Es zeichnet sich heute schon ab, dass der große Zukunftsmarkt der elektronischen Gesundheitskarte mit der bundesweiten Telematikinfrastruktur im Bereich der freiwilligen Anwendungen liegt, die ebenso durch das KAMS verwaltet werden. Der Erfolg der Anwendungen hängt hierbei neben einem riesigen Verbund von ca. 500.000 Kommunikationspartnern auch direkt von der Aktualität der Daten ab. Stichworte sind hier die Patientenquittung und zuzahlungsbefreite Medikamente. Durch die integrierte IT-Lösung VSDD/KAMS der Kooperationspartner ergibt sich ein erhöhter Nutzen für die Versicherten. Entsprechende Serviceleistungen runden das Produktportfolio ab, denn es geht um mehr als Softwareentwicklung und Betrieb von Rechenzentren und Netzen: Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur bedeutet weit mehr als das Hinzufügen von Informations- und Kommunikationstechnologien zu den bestehenden Prozessen im Gesundheitswesen. Vielmehr wird sich das deutsche Gesundheitssystem in den nächsten Jahren hierdurch verändern. Hierbei geht es nicht zuletzt um die grundlegende Neuorganisation von Prozessen und Strukturen im gesamten Gesundheitswesen.

Die IT-Kooperationspartner (BKK-BV, IKK-BV, Knappschaft und BLK) verfügen aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit den angeschlossenen Krankenkassen über die besten Voraussetzungen, um eine zeitgemäße technologische Grundlage für eine versichertenorientierte Gesundheitsversorgung im Umfeld moderner Anforderungen aus der Telematikinfrastruktur auch in Zukunft zu garantieren.

Verfasser:

Karl-Heinz Kollmann  
C/o Spitzenverbände der landwirtschaftlichen  
Sozialversicherung  
Weißensteinstraße 70 – 72  
34131 Kassel

Gunnar Höhn

## **Das Benchmarking-Kriterium „Mitarbeiterorientierung“ am Beispiel der LSV- Mitarbeiterbefragung**

### **Vorbemerkungen**

Dem Benchmarking(BM)-Verfahren der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV) liegen folgende BM-Kriterien zugrunde, die miteinander in engen Wechselbeziehungen stehen:

- Wirtschaftlichkeit
- Qualität
- Kundenorientierung
- Mitarbeiterorientierung.

Eine Steigerung der Produktivität lässt sich beispielsweise nicht ausschließlich durch optimierte Prozesse, leistungsfähige Sachmittel oder eine moderne Informationstechnik erreichen. Sie steht vielmehr, ebenso wie die Qualität der Sachbearbeitung, in direktem Zusammenhang mit der Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter, sodass erst im Zusammenwirken der einzelnen BM-Kriterien eine nachhaltige Optimierung der Arbeitsergebnisse und Verwaltungsabläufe möglich wird. Auch in Zeiten einer steigenden Technisierung der Arbeitsabläufe hängt somit der Erfolg der Verwaltungshandeln in hohem Maße vom „Produktionsfaktor Mensch“ ab.

### **Das BM-Kriterium „Mitarbeiterorientierung“**

In einem kennzahlenorientierten BM als Instrument eines kontinuierlichen Überprüfungs- und Verbesserungsprozesses stellt die Mitarbeiterorientierung eine zentrale Größe in Form eines eigenständigen BM-Kriteriums dar. Während in den Zieldimensionen Qualität und Wirtschaftlichkeit die Messbarkeit nahezu durchgängig über sogenannte „harte“ Faktoren (Kennzahlen, statistische Auswertungen etc.) sichergestellt werden kann, stellt sich für die Kriterien Kunden- und Mitarbeiterorientierung das Problem, dass bisher nur wenige und für sich allein betrachtet unzureichend messbare Größen für die qualitative Bewertung zur Verfügung stehen. Für die Bewertung der Mitarbeiterorientierung in ihrer Ausprägung als Mitarbeiterqualifikation und -motivation käme unter Umständen die Auswertung der von den LSV-Trägern und Verbänden angebotenen Weiterbildungsmaßnahmen und der Mitarbeiterfehlzeiten (Gesundheitsquote) in Betracht, aber sowohl die rein wertmäßige Darstellung von Art und Umfang der Qualifizierungsmaßnahmen als auch der Vergleich der unterschiedlichen Ausfallzeiten entzieht sich letztendlich einer direkten Bewertung in Form von Kennzahlen und empfiehlt sich stattdessen vielmehr als Thema für eine Mitarbeiterbefragung.



## **Die LSV-Mitarbeiterbefragung**

### **A) Anforderungen an die Befragung**

Wie vorstehend beschrieben, zielt die BM-Mitarbeiterbefragung darauf ab, messbare Ergebnisse für die Bewertung des Kriteriums „Mitarbeiterorientierung“ zu erlangen. Demnach sind an die BM-Mitarbeiterbefragung besondere Anforderungen gegenüber „herkömmlichen“ Befragungen zu stellen:

- Die Befragung muss konkret und gezielt auf die Belange des LSV-BM abgestimmt sein und unterscheidet sich schon allein dadurch deutlich von Befragungen, die dem Erreichen anderweitiger (interner) Ziele Rechnung tragen sollen. Umfangreiche Personal- oder Mitarbeiterbefragungen wie sie beispielsweise durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bei einigen LSV-Trägern durchgeführt wurden, können - schon allein aus Gründen der Vergleichbarkeit und Validität der Ergebnisse - keine Verwendung finden.
- Die Ergebnisse der Befragung müssen sich hinsichtlich ihrer Einbindung in einen kennzahlenorientierten BM-Prozess in eine wertmäßige Darstellung umwandeln lassen. Nur dadurch lassen sich die Wechselbeziehungen der einzelnen BM-Kriterien nach einem durchgängigen Prinzip darstellen und bewerten. Diese Umwandlung an sich „weicher“ Faktoren in quantifizierbare Messgrößen (Kennzahlen) kann in einer Bewertungsskala realisiert werden, indem z.B. bei fünf zugelassenen Bewertungskriterien diesen die „Werte“ 1 (=zutreffend) bis 5 (=unzutreffend) zugeordnet werden. Darüber hinaus bedingt die dem LSV-BM zugrundeliegende Produktgruppensystematik auch eine differenzierte Erhebung und Auswertung nach den einzelnen Arbeitsbereichen.
- Aussagefähige Ergebnisse verlangen nach einer angemessenen Datenbasis. Für die BM-Mitarbeiterbefragung resultiert daraus das Erfordernis, möglichst alle Mitarbeiter in die Befragung einzubinden, und alle Maßnahmen zu ergreifen, um eine hohe Akzeptanz und eine sich daraus ableitende hohe Rücklaufquote sicherzustellen.

### **B) Der Fragebogen**

Der Aufbau des Fragebogens folgt einem mehrstufigen Konzept, das auf folgenden Bausteinen basiert:

#### **1. Messgrößen**

Wie oben angeführt, wird dem BM-Kriterium Mitarbeiterorientierung u.a. die „Kennzahl“ Mitarbeiterzufriedenheit zugeordnet. Diese Kennzahl wird durch entsprechende Messgrößen dargestellt bzw. ermittelt:

- primären Messgrößen (Themenbereiche)
- sekundären Messgrößen (Einflussfaktoren)
- Fragestellungen (Einzelfragen).

### 1.1 Primäre Messgrößen

Dem Fragebogen zur BM-Mitarbeiterbefragung liegen folgende primäre Messgrößen (Themenbereiche) zugrunde:

- Arbeitsplatz
- Aufgabe
- berufliche Weiterbildung
- Information und Kommunikation
- Serviceorientierung.

### 1.1 Sekundäre Messgrößen

Den primären Messgrößen werden in einem nächsten Schritt sekundäre Messgrößen im Sinne von maßgeblichen Einflussfaktoren zugeordnet. Der primären Messgröße „Arbeitsplatz“ werden beispielsweise folgende sekundäre Messgrößen zugewiesen:

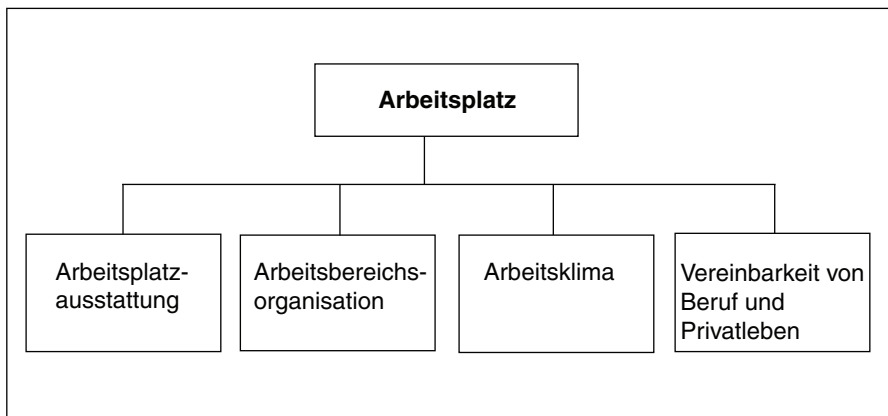


Abb. 1: sekundäre Messgrößen am Beispiel Arbeitsplatz

Aus den sekundären Messgrößen leiten sich schließlich die eigentlichen Fragen für den Erhebungsbogen ab.

### 1.2 Fragestellungen und Antwortformat

Nach dem beschriebenen Verfahren wurden den sekundären Messgrößen insgesamt 29 Einzelfragestellungen für den Erhebungsbogen zugeordnet. Hier galt es eine „Überfrachtung“ zu vermeiden, die sich evtl. negativ auf die Rücklaufquote hätte auswirken können. Die Fragen wurden thematisch an der jeweiligen sekundären Messgröße ausgerichtet. Für die sekundäre Messgröße „Arbeitsplatzausstattung“ wurden z.B. folgende Fragestellungen gewählt:

Mit der Ausstattung meines Arbeitsplatzes in Bezug auf... bin ich zufrieden.
Raumgröße
Möblierung
technische Ausstattung
Beleuchtung
Klimatisierung
Lärmbelastung

Abb. 2: Fragestellung am Beispiel der sekundären Messgröße „Arbeitsplatzausstattung“

Aufbau und Auswertbarkeit des Fragebogens erfordern im Hinblick auf die Formatvorgabe der Antworten eine einheitliche und durchgängige Systematik. Folgendes Antwortformat wurde als zweckmäßig angesehen:

- zutreffend
- überwiegend zutreffend
- teils - teils
- überwiegend unzutreffend
- unzutreffend.

Daraus ergab sich für den Fragebogen folgendes Erscheinungsbild am Beispiel „Arbeitsplatz,“ (primäre Messgröße) bzw. „Arbeitsplatzausstattung“ (sekundäre Messgröße):

**Mit der Ausstattung meines Arbeitsplatzes in Bezug auf... bin ich zufrieden:**

	zutreffend	überwiegend zutreffend	teils-teils	überwiegend unzutreffend	unzutreffend
Raumgröße					
Möblierung					
techn. Ausstattung					
Beleuchtung					
Klimatisierung					
Lärmbelastung					

Abb. 3: Fragestellung und Antwortformat

Nach der dem LSV-BM zugrundeliegenden Systematik, wurden die Daten auf der Ebene der einzelnen Produktbereiche (Arbeitsbereiche) erhoben. Insoweit war die personenbezogene Bereitstellung von Informationen und Ergebnissen entbehrlich. Sowohl die Erhebung als auch die Auswertung und Bereitstellung der Ergebnisse erfolgte in anonymisierter Form, sodass die Personenbeziehbarkeit ausgeschlossen werden konnte. Neben der Beachtung datenschutzrechtlicher Belange wurden im Übrigen auch die örtlichen

Personalvertretungen in die Planung und Durchführung der Befragung mit einbezogen.

### **C) Die Durchführung der Befragung**

Als Ergebnis einer von der BM-Projektgruppe durchgeführten „Machbarkeitsanalyse“ zur Frage einer „technischen“ (papierlosen) Variante der Mitarbeiterbefragung, wurde wegen der daran geknüpften erhöhten Anforderungen an datenschutzrechtliche Erfordernisse sowie den Anspruch an Vertraulichkeit und Anonymität letztlich eine Befragung in Papierform beschlossen. Bei der Entscheidung wurde ferner unterstellt, dass die Verwendung von Papierfragebögen zu einer höheren Akzeptanz und damit zu einer höheren Rücklaufquote führt.

Der organisatorische Ablauf der im Zeitraum von Ende Mai (Ausgabe der Fragebögen) bis Anfang Juli 2007 (letzter Abgabetermin) durchgeführten Mitarbeiterbefragung stellte sich wie folgt dar:

- Die Fragebögen wurden nach einheitlichem Muster von den LSV-Trägern in der erforderlichen Stückzahl selbst vervielfältigt. Da sich die Befragung nicht an der jeweiligen Anstellungskörperschaft der Befragten sondern an deren Tätigkeitsbereich (BM-Produktgruppe) orientierte, wurden die Fragebögen bereits vor der Verteilung an die Mitarbeiter mit der jeweiligen Trägerkennung und dem entsprechenden Produktgruppenkennzeichen versehen.
- Auch die Verteilung der Fragebögen erfolgte in Eigenregie der LSV-Träger mit einem entsprechenden Informationsschreiben der örtlichen Geschäftsführung. Jedem Fragebogen wurde ein Rückumschlag beigefügt, welcher nach Abschluss der Befragung beim Träger an zentraler Stelle gesammelt und ungeöffnet zur Auswertung an die Spitzenverbände LSV (Bereich Benchmarking) weitergeleitet wurde. Für die Ermittlung der Rücklaufquote wurde dabei die Anzahl der vom Träger ausgegebenen Fragebögen auf einem Datenbegleitzettel mitgeteilt.
- Die Auswertung erfolgte aus Gründen der Vertraulichkeit und der sicherzustellenden Anonymität zentral bei den Spitzenverbänden LSV (Bereich Benchmarking) unter Nutzung der Statistiksoftware SPSS, wobei eine Umwertung der Einzelantworten in Messgrößen (Bewertungsskala 1-5) vorgenommen wurde. Dabei wurde für jeden Träger, für jeden Produktbereich und für jeden Themenbereich ein Durchschnittswert („Note“) ermittelt. Um einen Ausschluss der Personenbeziehbarkeit auch für kleine und kleinste Organisationsbereiche zu gewährleisten, erfolgte die Erfassung und Auswertung erst ab einer Basismenge von mindestens sechs ausgegebenen Fragebögen je Produktgruppe. Für die Ermittlung der Rücklaufquote je Produktgruppe wurden allerdings alle eingegangenen Fragebögen berücksichtigt. Nach Abschluss der Auswertung wurden die

Ergebnisse in das BM-Berichtswesen eingearbeitet, und die Fragebögen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen vernichtet. Darüber hinaus wurden den Trägern auch die jeweiligen Einzelergebnisse auf der Ebene der Fragestellungen für eigene nachgehende Analysen zur Verfügung gestellt.

#### D) Ergebnis der Befragung

Als Ergebnis bleibt festzuhalten:

- Die erstmals in dieser Form bei den LSV-Trägern durchgeführte Befragung konnte mit einer bemerkenswert hohen Rücklaufquote von rd. 78 % der ausgegebenen Fragebögen abgeschlossen werden. Dies kann als deutliches Indiz dafür gewertet werden, dass die Mitarbeiter der LSV-Träger die eingeleiteten Maßnahmen zur Einführung und Umsetzung eines LSV-Benchmarking aktiv begleiten. Folgebefragungen sind in zwei- bis dreijährigen Abständen vorgesehen.
- Auch die im Rahmen der (Erst)Befragungsaktion stichprobenweise durchgeführte Umfrage zur Bewertung von Form und Inhalt des Fragebogens hat das zugrundeliegende Konzept voll bestätigt (vgl. nachstehende Schaubilder zur Bewertung des Fragebogens mit Verteilung der Antworten in Prozent):

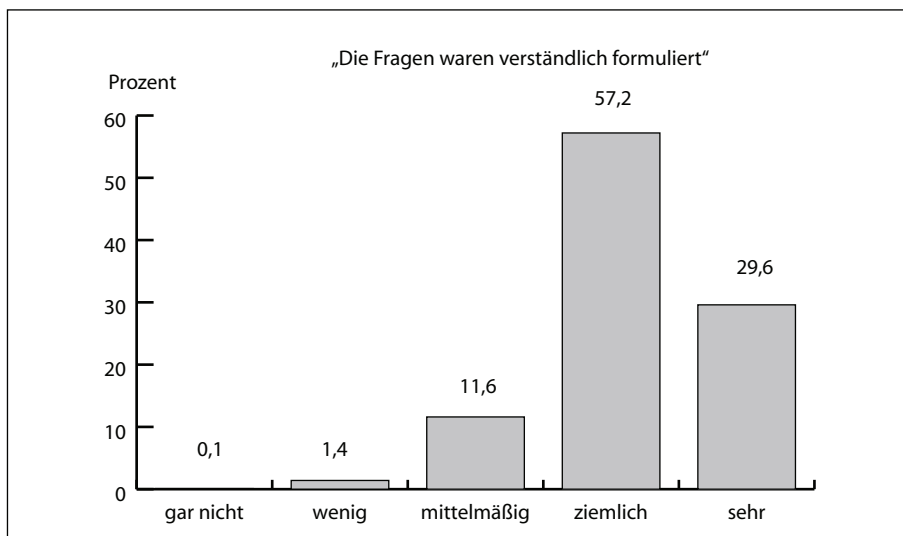


Abb. 4: Bewertung der Verständlichkeit des Fragebogens

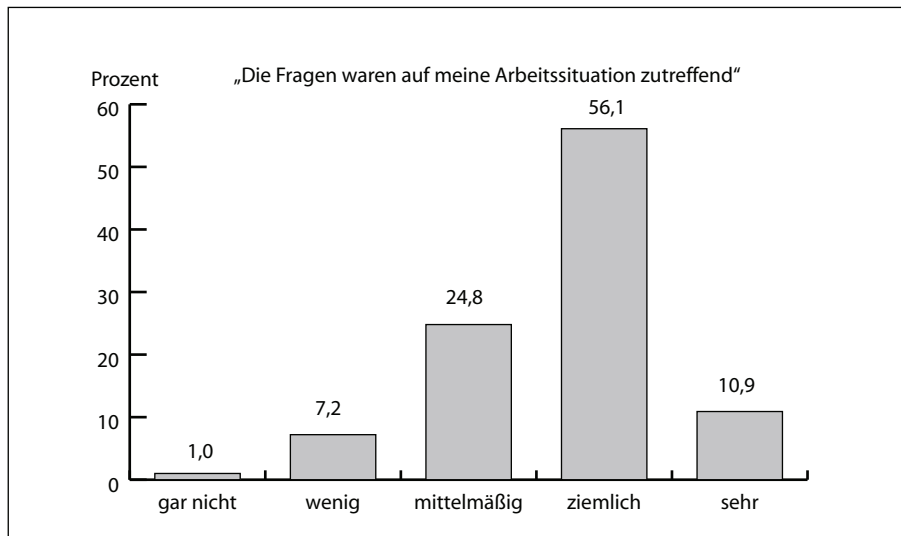


Abb. 5: Bewertung der Relevanz der Fragestellungen

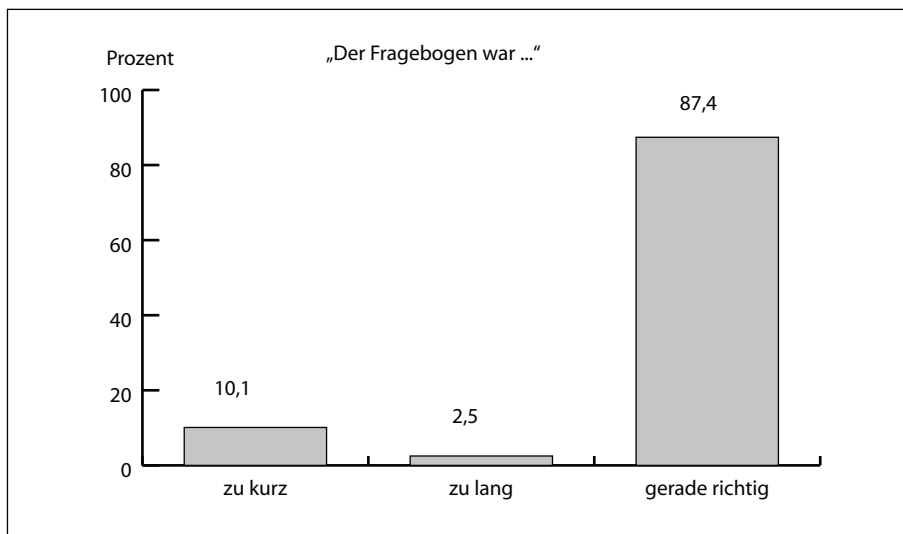


Abb. 6: Bewertung des Fragebogenumfangs

- Die Ergebnisse der Befragungsaktion werden derzeit von den LSV-Trägern auf der Ebene der Einzelfragstellungen intensiv ausgewertet. Neben Unterschieden zwischen den jeweiligen Einzelergebnissen der LSV-Träger und dem für die Gesamt-LSV ermittelten Durchschnittswert lassen sich dabei zum Teil auch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Produktgruppen (Arbeitsbereichen) innerhalb der Träger ausmachen, die Ansatzpunkte für die Identifizierung von Verbesserungspotentialen liefern können. Darüber hinaus wird im Rahmen des Gesamtkonzepts zum LSV-BM erstmals auf Produktgruppenebene ein Vergleich der Kennzahlenergebnisse zu den BM-Kriterien Wirtschaftlichkeit (Produktivität), Qualität und Mitarbeiterorientierung möglich, der für die laufenden Detailanalysen neue Perspektiven auf die komplexen Ursache-/ Wirkungsbeziehungen der Verwaltungsabläufe eröffnet.

### **Fazit und Ausblick**

Mit der erfolgreichen Durchführung der BM-Mitarbeiterbefragung hat die LSV einen weiteren Schritt zur Entwicklung moderner, leistungsorientierter Verwaltungsstrukturen unternommen. Zwischenzeitlich wurde auch eine erste BM-Versichertenbefragung durchgeführt, sodass in absehbarer Zeit auch erste Daten zum BM-Kriterium „Kundenorientierung“ auf Produktgruppenebene vorliegen werden. Wie bei der Mitarbeiterbefragung folgt die LSV auch hier dem Grundsatz, die Maßnahme unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots in Eigenleistung und ohne Inanspruchnahme externer Beratungsleistungen durch Nutzung des im System vorhandenen Innovationspotentials zu erbringen.

#### Verfasser

Gunnar Höhn

Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Bereich Benchmarking

Weißensteinstr. 70 - 72

34141 Kassel

Karl Friedrich Köhler

## **Die Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Sozial- und Arbeitsgerichtsgesetzes auf die Verwaltungspraxis der Sozialleistungsträger**

Inhalt:

### **I. Einleitung**

### **II. Die Auswirkungen der SGG-Reform auf das Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren der Sozialversicherungsträger**

1. Intensivere Ermittlungspflicht im Verwaltungs- und Vorverfahren
2. Einfachere Bescheidsmöglichkeit bei Massenwidersprüchen bei gleichzeitiger Verlängerung der Klagefrist
3. Einbeziehung neuer Bescheide in das Klageverfahren
4. Geänderte Rechtsbehelfsbelehrung wegen erstinstanzlicher Zuständigkeit der Landessozialgerichte

### **III. Folgen für die Prozessführung**

1. Musterverfahren
2. Verstärkte Mitwirkungspflichten der Beteiligten
3. Klagerücknahmefiktion
4. Präklusion
5. Einschränkungen bei den Rechtsmitteln

### **IV. Inkrafttreten**

#### **I. Einleitung**

Die Anstrengungen des Gesetzgebers um eine ständige Aktualisierung und Modernisierung des sozialgerichtlichen Verfahrensrechts lassen nicht nach. Das Sozialgerichtsgesetz vom 03.09.1953<sup>1</sup> ist allein in den letzten zehn Jahren, beginnend mit dem 5. SGGÄndG vom 30.03.1998,<sup>2</sup> insgesamt 36 mal geändert worden, darunter mittels so einschneidender Reformen wie dem 6. SGGÄndG vom 17.08.2001<sup>3</sup>, dem Kostenrechtsmodernisierungsgesetz vom 05.05.2004<sup>4</sup>, dem Justizmodernisierungsgesetz vom 24.08.2004<sup>5</sup>,

---

1 BGBl. I, S. 1239.

2 BGBl. I, S. 638.

3 BGBl. I, S. 2144.

4 BGBl. I, S. 718.

5 BGBl. I, S. 2198.



dem Anhörungsrügensgesetz vom 09.12.2004<sup>6</sup>, dem 7. SGGÄndG vom 09.12.2004<sup>7</sup>, und schließlich dem Rechtsberatungsneuregelungsgesetz vom 12.12.2007<sup>8</sup>.

Am 01.04.2008 ist das (8.) Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und des Arbeitsgerichtsgesetzes (SGGArbGGÄndG) vom 26.03.2008 in Kraft getreten.<sup>9</sup> Ziel des Gesetzes ist es, bei gleichzeitiger Straffung des sozialgerichtlichen Verfahrens die Sozialgerichtsbarkeit nachhaltig zu entlasten und zum anderen, das arbeitsgerichtliche Verfahren einfacher, schneller und bürgerfreundlicher zu gestalten.<sup>10</sup>

Anlass für die zahlreichen Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes - und die allein sind Gegenstand der nachstehenden Ausführungen - war die seit dem 01.01.2005 entstandene Mehrbelastung der Sozialgerichtsbarkeit durch die Übertragung der Zuständigkeit für Angelegenheiten der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II), für die Sozialhilfe (SGB XII) sowie das Asylbewerberleistungsgesetz.<sup>11</sup> Diese Mehrbelastung konnte durch Personalmaßnahmen der Länder z.T. kompensiert werden. Gleichwohl sah die Bundesregierung die Notwendigkeit, durch eine Änderung des Sozialgerichtsgesetzes flankierend für weitere Entlastung zu sorgen.

Das Gesetz setzt eine Reihe von Vorschlägen aus der sozialgerichtlichen Praxis um. Zu nennen sind hier insbesondere die Entlastung der Sozialversicherungsträger im Widerspruchsverfahren durch die Möglichkeit der öffentlichen Bekanntgabe von Widerspruchsentscheidungen bei sog. Massenwidersprüchen, die Änderung von Verfahrensvorschriften durch Stärkung des Amtsermittlungsgrundsatzes und Straffung des erstinstanzlichen Verfahrens, die Anhebung der Voraussetzungen des Berufungs- und Beschwerderechts und schließlich die Schaffung einer erstinstanzlichen Zuständigkeit der Landessozialgerichte. Der Bundesrat hatte allerdings Zweifel, ob sich das

---

6 BGBl. I, S. 3220.

7 BGBl. I, S. 3302.

8 BGBl. I, S. 2840.

9 BGBl. I, S. 444; vgl. LSV-Rdschr. GA Nr. 033/2008 v. 02.04.2008 und 056/2007 v. 24.05.2007; Gem. Rdschr. DGUV v. 31.05.2007, UV-Recht 020/2007.

10 BT-Drucks 16/7716, S. 1; BR-Drucks. 820/07, S. 1.

11 Vgl. dazu die Zahlen bei Tabbara, NZS 2008, S. 8.

Entlastungsziel mit den im Gesetz enthaltenen Maßnahmen allein erreichen lässt.<sup>12</sup>

Nicht enthalten im Änderungsgesetz ist die seit längerem diskutierte Einführung von Gerichtsgebühren für die streitunterlegene Partei<sup>13</sup> oder die Zusammenlegung von Gerichten der Sozial- und Verwaltungsgerichtsbarkeit.<sup>14</sup>

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, wie sich die Reform in wesentlichen Bereichen auf die Verwaltungspraxis der Sozialversicherungsträger auswirkt. Dabei werden sowohl die Auswirkungen auf das Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren als auch die Konsequenzen für die Prozessführung im Bereich der Sozialgerichtsbarkeit betrachtet.

## **II. Die Auswirkungen der SGG-Reform auf das Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren der Sozialversicherungsträger**

### **1. Intensivere Ermittlungspflicht im Verwaltungs- und Vorverfahren**

§ 192 SGG wird durch folgenden Abs. 4 Satz 1 erweitert: „Das Gericht kann der Behörde ganz oder teilweise die Kosten auferlegen, die dadurch verursacht werden, dass die Behörde erkennbare und notwendige Ermittlungen im Verwaltungsverfahren unterlassen hat, die im gerichtlichen Verfahren nachgeholt wurden.“

In der Vergangenheit wurde die Erledigung des Rechtsstreits nicht selten dadurch verzögert, dass es die beklagte Behörde im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren unterlassen hatte, Sachverhaltsermittlungen im notwendigen Umfang durchzuführen. Im Klagefall mussten diese dann vom Sozialgericht nachgeholt werden, was zu einer Kostensteigerung führte, da die Ermittlungen im gerichtlichen Verfahren durch die Einschaltung externer Gutachter regelmäßig teurer sind. Zwar konnten einem das Verfahren verzögern den Beteiligten auch schon in der Vergangenheit Verschuldungskosten gem. § 192 Abs. 1 Satz 1 SGG auferlegt werden. Nach der bisherigen Rechtslage war dies aber nur nach einer Belehrung in einem Termin möglich, so dass die

---

12 Vgl. Stellungnahme des Bundesrates vom 20.12.2007, BR-Drucks 820/07 (Beschluss), S. 2.

13 Vgl. dazu Gesetzesantrag des Landes Baden-Württemberg v. 17.09.2003, BR-Drucks. 663/03 und Gesetzentwurf des Bundesrates v. 13.02.2004, BR-Drucks. 663/03 (Beschluss).

14 Vgl. dazu Stüer/Hermanns, ZRP 2002, S. 164 ff.; Mutz/Stoew, DAngVers 2004, S. 89 ff.; Mutz, DAngVers 2004, S. 445 ff.; Brand/Fleck/Scheer, NZS 2004, S. 173 ff.; Decker, ZFSH/SGB 2004, S. 259 ff.; Roller, VSSR 2004, S. 131 ff.; Dürschke, NZS 2004, S. 302 ff.; v. Renesse, NZS 2004, S. 452 ff.

Verhängung von Verschuldungskosten in Eilverfahren praktisch ausgeschlossen war.<sup>15</sup> Durch das 1. Justizmodernisierungsg<sup>16</sup> war zwar schon § 131 Abs. 5 SGG in das Sozialgerichtsverfahren eingeführt worden, wonach das Gericht den Verwaltungsakt und den Widerspruchsbescheid - ohne selbst in der Sache zu entscheiden - aufheben kann, wenn es eine weitere Sachaufklärung für erforderlich hält. Durch diese „Zurückverweisung an die Verwaltung“ wird allerdings dem Grundsatz der Verfahrensbeschleunigung im Regelfall gerade nicht entsprochen.

Mit der neu eingeführten Kostentragungsregelung des § 192 Abs. 4 SGG soll daher erkennbar Druck auf die Leistungsträger ausgeübt werden, die notwendigen Ermittlungen bereits im Verwaltungs- und Vorverfahren durchzuführen. Damit soll zugleich die Verantwortung der Verwaltung für umfassende Ermittlungen im Vorverfahren gestärkt werden.<sup>17</sup> Nach Auffassung von Wenner liegt die Bedeutung der Vorschrift in ihrer Signalwirkung an die Behörden, das Verwaltungsverfahren ernst zu nehmen.

Dadurch, dass die Gerichte nur dann die Befugnis haben, den Behörden ganz oder teilweise Kosten aufzuerlegen, die jene durch das Unterlassen „erkennbarer und notwendiger“ Ermittlungen verursacht haben, tritt die Kostentragungspflicht nur ein, wenn Ermittlungen für die Behörde wirklich „erkennbar“ notwendig waren. Werden hingegen erstmals im Klageverfahren neue medizinische Tatsachen, wie z.B. Verschlimmerungen oder Erkrankung anderer Fachgebiete vorgetragen, wird sich schwerlich begründen lassen, dass der Ermittlungsbedarf für die Behörde erkennbar gewesen sei. Die Kostentragungspflicht ist unabhängig vom Ergebnis der Hauptsache. Hat z. B. das Sozialgericht ein notwendiges Gutachten eingeholt und die Klage später abgewiesen, kann das Gericht die Behörde dennoch verpflichten, die Begutachtungskosten ganz oder zum Teil zu tragen.

Die Entscheidung, der beklagten Behörde die o.g. Kosten aufzuerlegen, ergeht durch gesonderten Beschluss (§ 192 Abs. 4 Satz 2 SGG), der mit der Beschwerde anfechtbar ist, wenn ihn die erste Instanz getroffen hat (§ 172 SGG). Ein Kostenbeschluss der zweiten Instanz ist unanfechtbar (§ 177 SGG).

---

15 BR-Drucks. 820/07, S. 29.

16 Art. 8 des Gesetzes v. 24.08.2004, BGBl I, S. 2198; BR-Drucks. 534/04; BT-Drucks. 15/1508.

17 BT-Drucks. 16/7716, S. 2.

## **2. Einfachere Bescheidungsmöglichkeit bei Massenwidersprüchen bei gleichzeitiger Verlängerung der Klagefrist**

In jüngster Vergangenheit sahen sich insbesondere die Rentenversicherungsträger massenhaften Widersprüchen gegen ihre Verwaltungsentscheidungen ausgesetzt. Vor allem die Nullanpassungen der Renten jeweils zum 01.07.2004, 2005 und 2006 haben zu einer millionenfachen Einlegung von Widersprüchen geführt.<sup>18</sup> Zur Bewältigung dieser Massenverfahren stellen die Rentenversicherungsträger mit Einverständnis der Widerspruchsführer die eingelegten Widersprüche ruhend und entscheiden so lange nicht darüber, bis in einem oder mehreren Musterprozessen zu der Thematik ein höchstrichterliches Urteil ergangen ist. Nach Vorliegen der Musterentscheidung werden dann die ruhend gestellten Widersprüche mit einem zumeist enormen personellen und finanziellen Aufwand bearbeitet. Um diese Verfahren für die Leistungsträger künftig zu erleichtern, wurde nunmehr die Möglichkeit der öffentlichen Bekanntgabe der Widerspruchsentscheidungen geschaffen.

Gemäß § 85 Abs. 4 SGG kann über ruhend gestellte Widersprüche durch eine öffentlich bekannt gegebene Allgemeinverfügung (§ 31 Satz 2 SGB X) entschieden werden, wenn die den angefochtenen Verwaltungsakten zugrunde liegende Gesetzeslage durch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts bestätigt wurde, Widerspruchsbescheide gegenüber einer Vielzahl von Widerspruchsführern zur gleichen Zeit ergehen müssen und durch sie die Rechtsstellung der Betroffenen ausschließlich nach einem für alle identischen Maßstab verändert wird. Das Bundesverfassungsgericht hat diese Art der Bewältigung von Massenverfahren in anderem Zusammenhang nicht beanstandet.<sup>19</sup> Für das Sozialverwaltungsrecht hat das Bundessozialgericht<sup>20</sup> weitere Anforderungen an die öffentliche Bekanntgabe von Verwaltungsakten formuliert: Danach muss der Bescheid zu einer Gruppe von gleichartigen Verwaltungsakten in größerer Zahl gehören. Diese sind nur zu erlassen, wenn ein und derselbe Verwaltungsträger aufgrund einer ihn bindenden Rechtsvorschrift gegenüber einer Vielzahl von Normadressaten zur selben Zeit Verwaltungsakte erlassen muss, welche die Rechtsstellung der Betroffenen nach einem für alle identischen Maßstab verändern. Hierunter fallen nur schematische Entscheidungen, also Verwaltungsakte, die ausschließlich eine in einer Rechtsnorm vorgegebene Rechtsänderungsformel für die davon Betroffenen konkretisieren (z. B. Rentenanpassungsbescheide nach gesetzlichen, prozentualen Rentenerhöhungen; Beitragsbescheide nach satzungsgemäßen Beitragsatzänderungen). Für die Gleichartigkeit der Verwaltungsakte kommt

---

18 BR-Drucks. 820/07, S. 21.

19 BVerfG, NVwZ 2000, S. 185, 186 f.

20 BSGE 69, S. 247, 250.

es somit vor allem darauf an, dass die Rechtmäßigkeit der durch sie bewirkten Änderungen in den Rechtstellungen der Betroffenen allein von der richtigen Anwendung einer abstrakten und deshalb für alle gleichen Rechtsformel abhängt, hingegen nicht von individuellen Umständen, insbesondere nicht von den jeweiligen persönlichen oder wirtschaftlichen Umständen.

Die öffentliche Bekanntgabe erfolgt durch Veröffentlichung der Entscheidung über den Internetauftritt der Behörde, im elektronischen Bundesanzeiger und in mindestens drei überregionalen Tageszeitungen. Wegen der mit der öffentlichen Bekanntgabe stets verbundenen Gefahr, dass die davon nach § 85 Abs. 4 SGG betroffenen Widerspruchsführer keine hinreichende Kenntnis von der Entscheidung der Widerspruchsbehörde erlangen, ist im Gegenzug die Klagefrist in § 87 Abs. 1 Satz 3 SGG auf ein Jahr verlängert worden.

### **3. Einbeziehung neuer Bescheide in das Klageverfahren**

Nach § 96 Abs. 1 SGG n.F. wird künftig ein nach Klageerhebung erlassener neuer Verwaltungsakt nur dann noch Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangen ist und den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt.

Die Vorschrift verfolgt nach der Gesetzesbegründung<sup>21</sup> das Ziel, eine schnelle, erschöpfende Entscheidung über das gesamte Streitverhältnis in einem Verfahren zu ermöglichen, divergierende Entscheidungen zu vermeiden und den Kläger vor Rechtsnachteilen zu schützen, die ihm daraus erwachsen, dass er im Vertrauen auf den eingelegten Rechtsbehelf bezüglich weiterer Verwaltungsakte rechtliche Schritte unterlässt.<sup>22</sup> Künftig soll ein neuer Bescheid nur noch dann in das Klageverfahren einbezogen werden, wenn er den angefochtenen Verwaltungsakt unmittelbar abändert oder ersetzt. Hingegen soll es nicht länger ausreichen, dass der neue Verwaltungsakt mit dem anhängigen Streitgegenstand in irgendeinem tatsächlichen oder rechtlichen Zusammenhang steht.

Ob dieses Regelungsziel nach dem Wortlaut der Vorschrift tatsächlich hinreichend zum Ausdruck kommt, erscheint mehr als fraglich, zumal sich die neue Vorschrift substantiell von ihrer Vorgängerregelung kaum unterscheidet. Wirklich neu ist lediglich die Textpassage, wonach der neue Verwaltungsakt nunmehr „nach Erlass des Widerspruchsbescheides“ ergangen sein muss.

---

21 BR-Drucks. 820/07, S.22 f.

22 So aber auch schon zum alten Recht: BSG, SozR § 96 Nr. 14, SozR 1500 § 96 Nr. 32, SozR 3-5425 § 24 Nr. 17, BSGE 5, 158, 161; 50, 88, 90. Zum Altrecht vgl. im Übrigen App, SGB 1992, 344; Bonnermann, Anm. zu BSGE 75, 159, in: SGB 1996, S. 7 f.; Dahm, BG 1993, S. 258 ff.; Preusche, DVBl. 1992, S. 797 ff.; Zeihe, SGB 2000, S. 10 ff.

Die Neuregelung wird damit auf den Zeitraum zwischen Erlass des Widerspruchsbescheides und Klageerhebung erstreckt.

Hintergrund der Gesetzesänderung ist offenbar die Tatsache, dass die Rechtsprechung in der Vergangenheit die Regelung des § 96 Abs. 1 SGG a.F. verschiedentlich sehr extensiv ausgelegt hatte, damit der Zweck der Prozessökonomie erreicht werden konnte.<sup>23</sup> Die Vorschrift wurde in weiten Bereichen auch entsprechend angewendet, wenn der neue Verwaltungsakt mit dem anhängigen Streitgegenstand nur in irgendeinem tatsächlichen oder rechtlichen Zusammenhang stand und der Grundgedanke des § 96 Abs. 1 SGG a.F. eine Einbeziehung rechtfertigte.<sup>24</sup> Für die Verfahrensbeteiligten ging damit eine gewisse Verunsicherung einher, was nach der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts schließlich dazu führte, dass der Anwendungsbereich der Norm wieder eingeschränkt wurde.<sup>25</sup> Die Neuregelung dient nunmehr der Klarstellung und soll die ursprüngliche Zielsetzung der Norm wieder herstellen.<sup>26</sup>

#### **4. Geänderte Rechtsbehelfsbelehrung wegen erstinstanzlicher Zuständigkeit der Landessozialgerichte**

Das SGGArbGGÄndG ist, wie eingangs ausgeführt, primär ein Entlastungsgesetz. Überproportional belastet sind seit den Hartz-Reformen naturgemäß vor allem die Gerichte der ersten Instanz, und das waren bisher, sieht man von den wenigen Fällen ab, in denen das Bundessozialgericht im ersten und zugleich letzten Rechtszug entscheidet,<sup>27</sup> ausschließlich die Sozialgerichte. Demgegenüber entschieden die Landessozialgerichte bisher ausschließlich über Berufungen und Beschwerden gegen Entscheidungen der Sozialgerichte, konnten also selbst niemals unmittelbar angerufen werden.

Das wird sich ändern, was nicht zuletzt auch eine Änderung der behördlichen Rechtsbehelfsbelehrungen (§ 36 SGB X, § 85 Abs. 3 Satz 4 SGG) in den nachstehend aufgeführten Fällen zur Folge haben wird, da andernfalls für Klagen die Jahresfrist des § 66 Abs. 2 Satz 1 SGG läuft. Die sogleich darzustellende geänderte Zuständigkeit erstreckt sich auch auf Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz. Auf die instanzliche und örtliche Zuständigkeit für vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung anhängige Klageverfahren wirkt sich die

---

23 BSG, BSGE 5, 158, 162; 47, 168, 170; 47, 242; 63, 240, 242.

24 BSG, Urt. v. 9.12.2003, B 2 U 54/02 R, SozR 4-2700 § 160 Nr. 1; Urt. v. 24.6.2003, B 2 U 21/02 R, BSGE 91, 128 = SozR 4-2700 § 157 Nr. 1.

25 BSGE 77, 279, 281; 78, 98, 101; SozR 3-2500 § 85 Nr. 27.

26 Tabbara, NZS 2008, S. 8, 12.

27 Vgl. z.B. § 39 Abs. 2 SGG, § 146 Abs. 6 Satz 4 SGB III, § 158 Nr. 5 SGB IX.

Änderung in der Zuständigkeit nicht aus (§ 98 Satz 1 SGG i.V.m. § 17 Abs. 1 Satz 2 GVG).

Aus den Verfahren vor den Sozialgerichten werden künftig diejenigen Verfahren herausgefiltert, in denen es vorwiegend um übergeordnete Rechtsfragen und weniger um Tatsachenfragen des Einzelfalles geht. Das betrifft vor allem solche Verfahren, in denen die Sozialgerichte in der Vergangenheit erfahrungsgemäß keine endgültig streitschlichtende Funktion wahrgenommen haben, sondern lediglich als zu durchlaufende erste Instanz auf dem Weg zu den Landessozialgerichten in einem komplexen Prozess von grundsätzlicher Bedeutung zu fungieren hatten. Von der Neuregelung betroffen sind aber nicht die Verfahren der Versicherten oder Leistungsberechtigten unmittelbar, sondern primär Klagen gegen Beschlüsse von Schiedsämtern und Schiedsstellen, die über Vergütungsansprüche von Leistungserbringern zu entscheiden haben. Auch Maßnahmen der staatlichen Aufsichtsbehörden gegenüber den Sozialversicherungsträgern können in Zukunft unmittelbar vor dem LSG angefochten werden.

Nach der neuen Regelung des § 29 Abs. 2 SGG<sup>28</sup> entscheiden nunmehr die Landessozialgerichte im ersten Rechtszug über (1.) Klagen gegen Entscheidungen der Landesschiedsämter und gegen Beanstandungen von Entscheidungen der Landesschiedsämter nach dem SGB V, gegen Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 120 Abs. 4 SGB V, der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI und der Schiedsstellen nach § 80 SGB XII und (2.) Aufsichtsangelegenheiten gegenüber Trägern der Sozialversicherung und ihren Verbänden, gegenüber den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, bei denen die Aufsicht von einer Landes- oder Bundesbehörde ausgeübt wird.

Eine spezielle erstinstanzliche und zugleich örtliche Zuständigkeit für das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen besteht nach § 29 Abs. 3 SGG nunmehr zum einen für Streitigkeiten zwischen gesetzlichen Krankenkassen oder ihren Verbänden und dem Bundesversicherungsamt betreffend den Risikostrukturausgleich,<sup>29</sup> die Anerkennung von strukturierten Behandlungsprogrammen und die Verwaltung des Gesundheitsfonds und zum anderen für Streitigkeiten betreffend den Finanzausgleich der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg entscheidet nach § 29 Abs. 4 SGG im ersten Rechtszug über Klagen gegen die Entscheidung der gemeinsamen Schiedsämter nach § 89 Abs. 4 SGB V und des Bundesschiedsamtes

---

28 Der bisherige Wortlaut des § 29 SGG wird Abs. 1.

29 Zuständig war bisher das Sozialgericht Köln, § 57a Abs. 2 SGG a.F.

nach § 89 Abs. 7 SGB V sowie der erweiterten Bewertungsausschüsse nach § 87 Abs. 4 SGB V, soweit die Klagen von den Einrichtungen erhoben werden, die diese Gremien bilden. Ferner entscheidet das LSG Berlin-Brandenburg im ersten Rechtszug über Klagen gegen Entscheidungen des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 87 Abs. 6 SGB V gegenüber den Bewertungsausschüssen und den erweiterten Bewertungsausschüssen sowie gegen Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber den Bundesschiedsämtern, über Klagen gegen Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§§ 91, 92 SGB V), Klagen in Aufsichtsangelegenheiten gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss und Klagen gegen die Festsetzung von Festbeträgen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie den Spitzenverband Bund und schließlich über Streitigkeiten betreffend den Ausgleich unter den gewerblichen Berufsgenossenschaften nach dem SGB VII.

Die Konzentration der Verfahren aus den in § 29 Abs. 3 und 4 SGG genannten Bereichen vor einem bestimmten LSG führt auf Dauer dazu, dass das dort im Laufe der Zeit aufgebaute Spezial- und Erfahrungswissen unmittelbar genutzt werden kann.

Ob die Landessozialgerichte in den vorbezeichneten Streitfällen allerdings zukünftig wirklich streitentscheidend tätig sein werden oder nicht vielmehr auch nur als Durchgangsinstanzen auf dem Weg zu einer Revisionsentscheidung des BSG fungieren werden, bleibt abzuwarten. In der Logik des SGG Arb-GGÄndG hätte es allemal gelegen, für die o.g. Streitigkeiten auf Bundesebene den Rechtsweg unmittelbar zum BSG zu eröffnen.<sup>30</sup> Der Gesetzgeber wollte aber offenbar einem verfassungsrechtlich vorgezeichneten Konflikt aus dem Wege gehen,<sup>31</sup> denn die erst- und letztinstanzliche Zuweisung einer Streitsache an ein Bundesgericht ist nicht unproblematisch.

Nach Art. 92 ff. GG wird die rechtsprechende Gewalt grundsätzlich durch die Gerichte der Länder, daneben aber auch durch Bundesgerichte, ausgeübt. Über die Zuständigkeitsabgrenzung der Bundesgerichte gegenüber den Gerichten der Länder enthält das Grundgesetz keine ausdrücklichen Bestimmungen. Art. 96 Abs. 1 GG fordert für die verschiedenen Gerichtszweige allerdings die Errichtung „oberer Bundesgerichte“, womit eindeutig zum Ausdruck kommt, dass diese Gerichte innerhalb eines Instanzenzuges stehen und grundsätzlich als höchste Rechtsmittelgerichte innerhalb eines Gerichtszweiges gedacht sind. Aus der Bezeichnung „obere“ Bundesgerichte folgt aber keineswegs zwingend, diese Gerichte könnten nur Rechtsmittelgerichte sein. Die Bezeichnung bleibt auch dann sinnvoll und zutreffend, wenn die so benannten

---

30 So auch Wenner, SozSich 2007, S. 431, 433.

31 Tabbara, NZS 2008, 8, 15.



Gerichte nach ihrem Zuständigkeitskreis im Wesentlichen als Rechtsmittelgerichte tätig sind. Das Grundgesetz überlässt es also dem Bundesgesetzgeber, die notwendigen Bestimmungen über die Abgrenzung der Zuständigkeit der Bundesgerichte einerseits und der Gerichte der Länder andererseits im Einzelnen zu treffen. Die Kompetenz hierzu gibt Art. 74 Nr. 1 GG (konkurrierende Gesetzgebungsbefugnis auf dem Gebiete der Gerichtsverfassung und des gerichtlichen Verfahrens).

In Würdigung dieser Zusammenhänge bestehen nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts<sup>32</sup> keine verfassungsrechtlichen Bedenken dagegen, dass einem Bundesgericht durch Bundesgesetz eine erstinstanzliche Zuständigkeit für Streitigkeiten eingeräumt wird, in denen Verwaltungsakte bestimmter oberster Bundesbehörden angegriffen werden, die von überregionaler oder allgemeiner grundsätzlicher Bedeutung sind oder einer raschen endgültigen Klärung ihres Rechtsbestandes bedürfen.

### III. Folgen für die Prozessführung

#### 1. Musterverfahren

Nach bisher geltendem Recht konnte ein Ruhen des Verfahrens nach § 202 SGG i.V.m. § 251 Satz 1 ZPO im Hinblick auf anhängige Verfahren nur auf Antrag beider Parteien erfolgen. Mit der neuen Regelung des § 114a Abs. 1 SGG, die im Wesentlichen § 93a VwGO entspricht,<sup>33</sup> erhalten die Sozialgerichte erstmals die Möglichkeit, bei mehr als zwanzig Verfahren, welche dieselbe behördliche Maßnahme betreffen, die Verfahren nach Anhörung der Beteiligten durch unanfechtbaren Beschluss auszusetzen (also ruhend zu stellen) und ein oder mehrere Musterverfahren durchzuführen.

Ist über die durchgeführten Musterverfahren rechtskräftig entschieden worden, kann das Gericht nach Anhörung der Beteiligten über die ausgesetzten Verfahren durch Beschluss entscheiden, wenn es einstimmig der Auffassung ist, dass die Sachen gegenüber dem rechtskräftig entschiedenen Musterverfahren keine wesentlichen Besonderheiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweisen und der Sachverhalt geklärt ist (§ 114a Abs. 2 Satz 1 SGG). Den Beteiligten steht gegen den Beschluss nach S. 1 das Rechtsmittel zu, das zulässig wäre, wenn das Gericht durch Urteil entschieden hätte (§ 114a Abs. 2 Satz 5 SGG).

---

32 BVerfG, Urt. v. 10.06.1958, 2 BvF 1/56, BVerfGE 8, 174 ff. unter Hinweis auf Bachof, DRZ 1950, 245; Schultz, MDR 1952, 727 und Naumann, DVBl. 1953, 530.

33 Vgl. dazu Stelkens, NVwZ 1991, S. 209, 213; Kopp, NJW 1991, S. 521, 523; ders., DVBl. 1980, S. 320; Gerhardt / Jakob, DÖV 1982, S. 345.

Die Vorweg-Durchführung von Musterverfahren unterliegt zwar keinen verfassungsrechtlichen Bedenken,<sup>34</sup> und auch das Bundessozialgericht sieht die Vereinbarung zur Durchführung eines Musterprozesses grundsätzlich als zulässig an.<sup>35</sup> Dessen ungeachtet bestehen allerdings Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Neuregelung im sozialgerichtlichen Verfahren. Dabei ist zum einen festzustellen, dass die Durchführung von Musterprozessen auch schon nach der bisherigen Rechtslage - zumindest in Ausnahmefällen - möglich war,<sup>36</sup> wobei es § 114a SGG freilich nunmehr erstmals ermöglicht, die ausgesetzten Verfahren nach Abschluss des Musterprozesses durch Beschluss, also ohne mündliche Verhandlung, zu entscheiden. Bei aller Verfahrensökonomie, die man sich damit auf den ersten Blick (theoretisch) versprechen mag, bleibt am Ende aber die Frage offen, in welchen konkreten sozialgerichtlichen Verfahren die dem § 93a VwGO nachgebildete Vorschrift jemals zum Einsatz kommen soll. Die Bundesregierung räumt in ihrer Gesetzesbegründung selbst ein, dass „der Anwendungsbereich der Vorschrift im Sozialrecht relativ begrenzt sein“ wird,<sup>37</sup> was vor allem daran liegt, dass es hier nun einmal kaum Fälle geben dürfte, in denen „ein und dieselbe behördliche Maßnahme“ (z.B. die Genehmigung zur Errichtung einer großtechnischen Anlage) von einer Vielzahl von Klägern angegriffen wird. Für die Anwendung des § 114a Abs. 1 SGG reicht es nämlich nicht aus, dass mehrere behördliche Entscheidungen eine Rechtsfolge in Bezug auf einen jeweils gleich gelagerten Sachverhalt aussprechen (sog. „unechte Massenverfahren“), sondern sämtliche Verfahren müssen sich tatsächlich gegen eine einzige, alle Kläger unmittelbar betreffende behördliche Maßnahme richten. Wehren sich beispielsweise hunderttausende von Rentnern gegen eine unterbliebene Rentenanpassung, dann werden letztlich doch - und sei es auch mit übereinstimmender Begründung - verschiedene Maßnahmen angegriffen. Es findet dann ein „unechtes Massenverfahren“ statt, welches von der Neuregelung des § 114a SGG nicht erfasst wird.<sup>38</sup>

## 2. Verstärkte Mitwirkungspflichten der Beteiligten

Sozialleistungsträger befinden sich vor Gericht zumeist in der Rolle des Beklagten. Selbstverständlich treten sie gelegentlich auch als Kläger auf, z.B. bei der gerichtlichen Durchsetzung eines Erstattungsanspruchs (§§ 102 ff. SGB X) oder der Anfechtung einer Maßnahme der Aufsichtsbehörde (vgl. § 54 Abs. 3 SGG). In diesen Fällen haben sie die an Klageschrift und Klagebegrün-

---

34 BVerfG, Beschl. v. 27.03.1980, 2 BvR 316/80, NJW 1980, S. 1511 ff.

35 BSG, Urt. v. 22.06.1977, 10 RV 29/76, SozR 3100 § 18c Nr. 5.

36 Vgl. Meyer-Ladewig / Keller / Leitherer, SGG, 8. Aufl. 2005, § 114 Rdnr. 7a.

37 BR-Drucks. 820/07, S. 26.

38 Wenner, SozSich 2008, S. 431.

derung zu stellenden gesetzlichen Anforderungen zu beachten, die durch das SGGArbGGÄndG geringfügig erhöht wurden.

Die Klage „sollte“ bislang, d.h. nach § 92 Satz 1 SGG a.F., die Beteiligten und den Streitgegenstand bezeichnen und einen bestimmten Antrag enthalten. Nach nunmehr geltendem Recht „muss“ die Klage den Kläger, den Beklagten und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen (§ 92 Abs. 1 Satz 1 SGG n.F.). Die weiteren formellen Anforderungen des § 92 SGG a.F. sind unverändert in § 92 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGG n.F. beibehalten worden.

Neu ist die Regelung des § 92 Abs. 2 Satz 1 SGG, wonach der Vorsitzende den Kläger zu den erforderlichen Ergänzungen innerhalb einer bestimmten Frist aufzufordern hat, wenn die Klage nicht den Anforderungen des § 92 Abs. 1 SGG entspricht. Fehlen der Klageschrift gar die in § 92 Abs. 1 Satz 1 SGG genannten Erfordernisse, so kann der Vorsitzende dem Kläger für die Ergänzung eine Frist mit ausschließender Wirkung setzen.

Eine Verletzung der in § 92 Abs. 1 SGG genannten Erfordernisse macht die Klage unzulässig, soweit es sich nicht nur um Soll-Bestimmungen handelt oder der Mangel jedenfalls bis zum Abschluss der mündlichen Verhandlung bzw. - wenn dem Kläger dafür nach Abs. 2 Satz 2 eine Ausschlussfrist gesetzt wurde - bis zu deren Ablauf beseitigt wird.<sup>39</sup>

Ebenso wie die Anforderungen an den Inhalt einer Klageschrift sind auch die Prozessförderungspflichten der (zumeist beklagten) Sozialversicherungsträger in dem neuen § 104 S. 5 SGG moderat verschärft worden. Auf Aufforderung des Gerichts sind die Verwaltungsakten binnen eines Monats nach Eingang der Aufforderung zu übersenden.

### 3. Klagerücknahmefiktion

Nach der neuen Regelung des § 102 Abs. 2 Satz 1 SGG gilt die Klage<sup>40</sup> als zurückgenommen, wenn der Kläger das Verfahren trotz Aufforderung des Gerichts länger als drei Monate nicht betreibt. Die Klagerücknahmefiktion ist an § 92 Abs. 2 VwGO angelehnt,<sup>41</sup> der mit dem 6. VwGOÄndG vom 01.11.1996<sup>42</sup> eingefügt wurde und § 81 AsylVfG nachgebildet ist. Da die Träger

---

39 BR-Drucks. 820/07, S. 22; vgl. auch Kopp/Schenke, VwGO, 13. Aufl. 2003, § 82 Rdnr. 1.

40 Entsprechendes gilt für einen Antrag im Verfahren zur Erlangung einstweiligen Rechtsschutzes, vgl. BR-Drucks. 820/07, S. 24.

41 Zur Fiktion der Klagerücknahme nach § 92 Abs. 2 VwGO vgl. Decker, BayVbl 1997, S. 673 ff.

42 BGBl. I, S. 1626.

der Sozialversicherung im SGG-Verfahren meist die Rolle des Beklagten einnehmen, sind sie von dieser Regelung nur tangiert, wenn sie ausnahmsweise als Kläger fungieren. Andererseits können sie als Beteiligte bei Gericht selbstverständlich darauf hinwirken, dass die Voraussetzungen für den Eintritt der Klagerücknahmefiktion geschaffen werden. Letzteres setzt eine an den Kläger gerichtete Betreibensaufforderung durch das Gericht voraus, die durch klare und eindeutige Handlungsaufträge gekennzeichnet ist. Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass die auf diesem Weg angestrebte fiktive Klagerücknahme für den - im Sozialrecht meist laienhaften - Kläger weit reichende Auswirkungen hat, so dass sie nur unter strengen Voraussetzungen in Betracht kommen kann.<sup>43</sup>

Wie das Bundesverfassungsgericht bereits im Falle des § 33 AsylVfG entschieden hat, unterliegt eine Erledigungsfiktion keinen prinzipiellen verfassungsrechtlichen Bedenken.<sup>44</sup> Das Bundesverfassungsgericht hat auch bereits entschieden, dass eine fiktive Klagerücknahme aus verfassungsrechtlichen Gründen das Bestehen bestimmter im Zeitpunkt des Erlasses der Betreibensaufforderung sachlich begründeter Anhaltspunkte für einen Wegfall des Rechtsschutzinteresses des Klägers voraussetzt.<sup>45</sup> Dieses in ständiger Rechtsprechung zu den entsprechenden asylverfahrensrechtlichen Regelungen entwickelte ungeschriebene Tatbestandsmerkmal gilt auch für die dem Asylverfahrensrecht nachgebildete Vorschrift des § 92 Abs. 2 Satz 1 VwGO und somit auch für die Regelung des § 102 Abs. 2 SGG.<sup>46</sup>

Der Klagerücknahmefiktion liegt der Gedanke zugrunde, dass das anfangs noch vorhandene Rechtsschutzinteresse des Klägers ab einem gewissen Zeitpunkt weggefallen ist. Dabei können sich konkrete Zweifel am Fortbestand des Rechtsschutzinteresses zum einen aus dem fallbezogenen Verhalten des jeweiligen Klägers, zum anderen aber auch aus der Verletzung seiner prozessualen Mitwirkungspflichten ergeben. Stets muss sich daraus aber der

---

43 BVerfG, NVwZ 1994, S. 62, 63; BVerwG NVwZ 2001, S. 918.

44 BVerfG, Beschl. der 1. Kammer des 2. Senats v. 19.05.1993, 2 BvR 1972/92, NVwZ 1994, 62, 63.

45 Vgl. BVerfG, Beschl. der 1. Kammer des 2. Senats vom 27.10.1998 – 2 BvR 2662/95 - DVBl 1999, 166, 167; BVerwG, Urt. vom 23.04.1985 - BVerwG 9 C 48.84 - BVerwGE 71, 213, 218 f.

46 Vgl. zu § 92 VwGO BVerwG, Beschl. vom 12.04.2001 - BVerwG 8 B 2.01 - Buchholz 310 § 92 VwGO Nr. 13 S. 5 f. m.w.N.

Schluss auf ein Desinteresse des Klägers an der weiteren Verfolgung seines Klagebegehrens ableiten lassen.<sup>47</sup>

Wie einleitend bereits ausgeführt, setzt die gesetzliche Fiktion der Klagerücknahme eine deutliche und in den Handlungsaufträgen klare Betreibensaufforderung durch das Gericht voraus. Diese darf nur ergehen, wenn das Gericht sachlich begründete Anhaltspunkte für einen Wegfall des Rechtsschutzinteresses des Klägers hat, die so gravierend sind, dass der spätere Eintritt der Klagerücknahmefiktion als gerechtfertigt erscheint.<sup>48</sup>

Regelmäßig liefert die Verletzung prozessualer Mitwirkungspflichten des Klägers (vgl. § 103 SGG) solche Anhaltspunkte, wenn das Gericht konkrete Auflagen verfügt hat. Das Bundesverwaltungsgericht hat beispielsweise in der Weigerung des Klägers, Angaben zu einem bestimmten Sachverhalt zu machen, obwohl ihm dies möglich wäre, in der Nichtvorlage vom Gericht näher bezeichneter Unterlagen oder im unentschuldigtem Nichterscheinen zu einer dem Kläger zumutbaren ärztlichen Untersuchung Indizien für das Desinteresse an der weiteren Verfolgung seines Begehrens und damit für den Wegfall des Rechtsschutzinteresses gesehen.<sup>49</sup>

Die Betreibensaufforderung muss für den Kläger klar und eindeutig sein, sich auf konkrete, verfahrensfördernde Handlungen beziehen, als prozessleitende Maßnahme erkennbar sein, eine Belehrung gem. § 102 Abs. 2 Satz 3 SGG über die Fiktionswirkung und die Kostenfolge enthalten und förmlich zugestellt werden.<sup>50</sup>

Damit die Fiktionswirkung des § 102 Abs. 2 SGG eintreten kann, muss das Verfahren länger als drei Monate nicht betrieben worden sein. Nichtbetreiben heißt, dass der Kläger sich nicht oder nur unzureichend innerhalb von drei Monaten äußert, sodass nicht oder nur unzureichend dargelegt ist, dass das Rechtsschutzbedürfnis im konkreten Fall trotz der vorliegenden gegenteiligen Indizien weiterhin besteht.<sup>51</sup> Diese Indizwirkung kann der Kläger beseitigen, indem er innerhalb der Drei-Monatsfrist substantiiert vorträgt, warum das

---

47 BVerwG, Beschl. v. 12.04.2001 a.a.O., S. 6 und v. 18.09.2002 - BVerwG 1 B 103/02 - Buchholz 310 § 92 VwGO Nr. 16 S. 12.

48 BVerfG, NVwZ 1994, S. 62, 63; BVerwG, NVwZ 2000, S. 1297; BVerwG, NVwZ 2001, S. 918.

49 BVerwG, NVwZ 2001, S. 918; BVerwG, NVwZ 2000, S. 1297.

50 Vgl. BVerwG, NVwZ 1986, S. 46, 47.

51 Vgl. BVerfG, NVwZ 1994, S. 62, 63.

Rechtsschutzinteresse trotz des Zweifels an seinem Fortbestehen nicht entfallen ist.<sup>52</sup>

Greift die Fiktion der Klagerücknahme, stellt das Gericht nach § 92 Abs. 3 SGG das Verfahren auf Antrag durch Beschluss ein und entscheidet über die Kosten. Der Beschluss ist unanfechtbar. Die Kostenentscheidung erfolgt gem. § 193 SGG nach billigem Ermessen, sodass den Kläger die Kostenlast nicht ohne Weiteres trifft. In Verfahren, in denen Gerichtskosten erhoben werden, sind die Kosten allerdings zwingend dem Kläger aufzuerlegen (§ 197a SGG i. V. m. § 155 Abs. 2 VwGO).

Bedenken gegen die Sinnhaftigkeit einer Klagerücknahmefiktion ergeben sich aus der Erkenntnis, dass ein solches prozessuales Mittel im SGG-Verfahren der in § 44 SGB X zum Ausdruck kommenden Wertung widerspricht, wonach der Durchsetzung der materiellen Gerechtigkeit stets der Vorrang vor der Bestandskraft oder Rechtskraft einer Entscheidung zukommt. Damit dient die Klagerücknahmefiktion nicht unbedingt dem Rechtsfrieden oder der Beschleunigung sozialrechtlicher Verfahren, sondern provoziert Neu- bzw. Rücknahmeanträge.<sup>53</sup>

#### 4. Präklusion

Damit der Rechtsstreit möglichst in einem Termin erledigt werden kann (Konzentrationsmaxime), hat der Vorsitzende gem. § 106 Abs. 1 und 3 SGG - auch schon vor der mündlichen Verhandlung - Beweise zu erheben und zahlreiche Aufklärungspflichten wahrzunehmen, die insbesondere darin bestehen, die Beteiligten auf ihre Mitwirkungspflichten i.S. des § 103 SGG hinzuweisen und sie unter Fristsetzung zur aktiven Mitwirkung (den Kläger insbesondere zur rechtzeitigen Einreichung notwendiger Unterlagen, wie z.B. Urkunden, Krankenpapiere, Untersuchungsbefunde usw., die Beklagte zur umgehenden Übersendung der Verwaltungsakten und zur Beantwortung gerichtlicher Anfragen) anzuhalten. Vor Inkrafttreten des SGGArbGGÄndG waren die Instanzgerichte der Sozialgerichtsbarkeit nahezu machtlos, wenn die Parteien gegen die Pflicht zur rechtzeitigen und verfahrensbeschleunigenden Mitwirkung verstoßen haben. Nicht selten kam es vor, dass ein Kläger im Termin zur mündlichen Verhandlung ein neues Attest oder eine weitere Bescheinigung vorgelegt hatte mit der Folge, dass die Verhandlung vertagt werden musste, damit weitere Zeugen geladen oder der Kläger erneut ärztlich untersucht werden konnte, obwohl der Kläger diese Beweismittel auch schon früher hätte vorlegen können. Das wird sich künftig ändern. Durch die Einführung von Prä-

---

52 BVerfG, NVwZ 1994, S. 62, 63.

53 Vgl. zum gleichgelagerten Problem bei der Präklusion nachstehend unter III.4. a.E.

klusionsregelungen (§§ 106a, 157a SGG) riskieren diejenigen Beteiligten, die nach eindeutiger und ausdrücklicher Aufforderung des Gerichts nicht das ihnen Mögliche und Zumutbare dazu beitragen, den Prozess zu fördern, die Zurückweisung des angeforderten Vorbringens zu einem späteren Zeitpunkt.

Nach § 106a Abs. 1 SGG<sup>54</sup> kann der Vorsitzende dem Kläger eine Frist zur Angabe derjenigen Tatsachen setzen, durch deren Berücksichtigung oder Nichtberücksichtigung er sich im Verwaltungsverfahren beschwert fühlt. Darüber hinaus kann der Vorsitzende gem. § 106a Abs. 2 SGG jedem Beteiligten unter Fristsetzung aufgeben, zu bestimmten Vorgängen (1.) Tatsachen anzugeben oder Beweismittel zu bezeichnen bzw. (2.) Urkunden oder andere bewegliche Sachen vorzulegen sowie elektronische Dokumente zu übermitteln, soweit der Beteiligte dazu verpflichtet ist. Schließlich kann das Gericht nach § 106a Abs. 3 SGG - und das ist das Entscheidende - Erklärungen und Beweismittel, die erst nach Ablauf einer nach den Absätzen 1 und 2 gesetzten Frist vorgebracht werden, zurückweisen und ohne weitere Ermittlungen entscheiden, wenn (1.) ihre Zulassung nach der freien Überzeugung des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde und (2.) der Beteiligte die Verspätung nicht genügend entschuldigt und (3.) der Beteiligte über die Folgen einer Fristversäumung belehrt worden ist. Der Entschuldigungsgrund ist auf Verlangen des Gerichts glaubhaft zu machen. Satz 1 gilt nicht, wenn es mit geringem Aufwand möglich ist, den Sachverhalt auch ohne Mitwirkung des Beteiligten zu ermitteln.

Wenner<sup>55</sup> weist zu Recht darauf hin, dass die neue Regelung des § 106a SGG ihre praktische Zuspitzung erst im Berufungsrecht erfährt. Nach § 157a Abs. 1 SGG kann das Gericht nämlich neue Erklärungen und Beweismittel, die im ersten Rechtszug entgegen einer hierfür gesetzten Frist (§ 106a Abs. 1 und 2 SGG) nicht vorgebracht worden sind, unter den Voraussetzungen des § 106a Abs. 3 SGG zurückweisen. Im Übrigen bleiben Erklärungen und Beweismittel, die das Sozialgericht zu Recht zurückgewiesen hat, auch im Berufungsverfahren ausgeschlossen (§ 157a Abs. 2 SGG). § 157a SGG gilt über § 165 SGG auch für das Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht.

Durch die Zurückweisung verspäteten Vorbringens wird die Möglichkeit zur Rechtsverfolgung und Rechtsverteidigung beschränkt. Gleichwohl sind Präklusionsvorschriften, die auf eine Verfahrensbeschleunigung hinwirken sollen, vom Bundesverfassungsgericht auch unter dem Gesichtspunkt des Art. 103

---

54 Die Vorschrift entspricht im Wesentlichen § 87b VwGO, vgl. dazu Degenhart, Präklusion im Verwaltungsprozess, FS für Menger, 1985, S. 621 ff.; Kopp, NJW 1991, S. 521, 524; Kreidl, BayVbl 1982, S. 359 ff.; Stelkens, NVwZ 1991, S. 209, 213.

55 SozSich 2007, S. 431, 432.

Abs. 1 des Grundgesetzes als verfassungsgemäß beurteilt worden.<sup>56</sup> Erforderlich ist jedoch, dass die betroffene Partei hinreichend Gelegenheit hatte, sich in allen für sie wichtigen Fragen zur Sache zu äußern, diese Gelegenheit aber schuldhaft ungenutzt verstreichen ließ. Wie das Bundesverfassungsgericht in nunmehr ständiger Rechtsprechung entschieden hat, müssen Präklusionsvorschriften wegen der einschneidenden Folgen, die sie für die säumige Partei nach sich ziehen, strengen Ausnahmecharakter haben.<sup>57</sup> Die Fachgerichte sind daher bei der Auslegung und Anwendung der Präklusionsvorschriften einer strengeren verfassungsgerichtlichen Kontrolle unterworfen, als dies üblicherweise bei der Anwendung einfachen Rechts geschieht. Eine Präklusion ist insbesondere dann nicht mit dem Anspruch auf Gewährung rechtlichen Gehörs zu vereinbaren, wenn eine unzulängliche Verfahrensleitung oder eine Verletzung der gerichtlichen Fürsorgepflicht die Verzögerung mitverursacht hatte.<sup>58</sup> Da die Beurteilung der Prozesslage dem Gericht obliegt, ist die Zurückweisung als richterliche Ermessensentscheidung ausgestaltet.

Wenngleich somit gegen die Verfassungsmäßigkeit von Präklusionsvorschriften keine grundsätzlichen Bedenken bestehen, so besagt dies allein noch nichts über die Sinnhaftigkeit einer derartigen Regelung ausgerechnet im sozialgerichtlichen Verfahren. Wie in der Begründung zum SGGArbGGÄndG zutreffend ausgeführt wird, soll durch den Amtsermittlungsgrundsatz im sozialgerichtlichen Verfahren gerade privaten Klägern in Streitigkeiten um existenzielle Grundfragen Waffengleichheit gegenüber einem überlegenen Verwaltungsträger gewährleistet werden.<sup>59</sup> Bei Anwendung der Präklusionsregelung könnte aber eine nur verfahrensmäßig richtige, nach der materiellen Rechtslage aber unrichtige Entscheidungen zustande kommen, weil die Präklusionsregelung dem Gericht etwa die Möglichkeit gibt, eine verspätet vorgelegte ärztliche Bescheinigung bei der Entscheidung nicht zu beachten und dann gewissermaßen sehenden Auges eine „falsche“ Entscheidung zu treffen, die auch im Rechtsmittelverfahren nicht mehr korrigiert werden kann. Am Ende würde durch eine solche Präklusion das erklärte Ziel des SGGArbGGÄndG, nämlich eine Verfahrensbeschleunigung, nicht erreicht werden, weil nunmehr auf der Ebene der Verwaltung Neuanträge bzw. Anträge nach § 44 SGB X folgen würden. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG steht nämlich die Bestandskraft eines selbst durch rechtskräftiges Urteil bestätigten Ver-

---

56 BVerfGE 55, 72, 94; 36, 92, 98; 51, 188, 191.

57 BVerfGE 69, 126, 136; 69, 145, 149; st. Rspr.

58 BVerfGE 81, 264, 273 m. w. N.

59 BR-Drucks. 820/07, S. 25.



waltungsaktes einem Rücknahmeanspruch des Betroffenen nach § 44 Abs. 1 S. 1 SGB X nicht entgegen.<sup>60</sup>

### **5. Einschränkungen bei den Rechtsmitteln**

Nach § 144 Abs. 1 S. 1 Nrn. 1 und 2 SGG wird der Beschwerdewert für die Zulassungsberufung für Klagen, die Geld-, Dienst- oder Sachleistungen oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betreffen, von 500 auf 750 Euro und für Erstattungsstreitigkeiten der Leistungsträger untereinander von 5.000 auf 10.000 Euro erhöht. Die Anhebung der Berufungssumme, die seit 1993 bei 1.000 DM lag und später auf 500 EUR umgestellt worden ist, entspricht in etwa der Anpassung an die seither eingetretene Geldentwertung. Sie betrifft auch die Sozialversicherungsträger, die bei einem Streitwert von unter 750 EUR gegen ein Urteil nicht bzw. nur nach Zulassung Berufung einlegen können.

§ 172 Abs. 3 SGG bezweckt eine weitere Entlastung der Landessozialgerichte durch den Ausschluss der Beschwerde in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes, wenn in der Hauptsache die Berufung nicht zulässig wäre (Nr. 1), gegen die Ablehnung von Prozesskostenhilfe, wenn das Gericht ausschließlich die persönlichen oder wirtschaftlichen Voraussetzungen für die Prozesskostenhilfe verneint (Nr. 2), gegen Kostengrundentscheidungen nach § 193 SGG (Nr. 3) und schließlich gegen Entscheidungen nach § 192 Abs. 2 SGG, wenn in der Hauptsache kein Rechtsmittel gegeben ist und der Wert des Beschwerdegegenstandes 200 Euro nicht übersteigt (Nr. 4).

Nicht zuletzt wird zur Straffung des Beschwerdeverfahrens auch das Abhilfungsverfahren (§ 174 SGG) ersatzlos abgeschafft. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu, dass dieses für die Sozialgerichte zu einem erhöhten Arbeitsaufwand geführt habe, für den Abhilfesuchenden in der Regel aber nicht ertragreich gewesen sei. Eine Verkürzung des Rechtswegs sei nicht zu befürchten, da dem Betroffenen die Möglichkeit der Beschwerde zum iudex ad quem belassen bleibt.<sup>61</sup>

---

60 BSGE 13, S. 181 ff.; i.E. auch BVerwGE 35, S. 234 ff.; vgl. auch amtl. Begründung zu § 42 [jetzt 44] SGB X, BT-Drucks. 8/2334 sowie Vogelsang, in Hauck / Noftz, SGB X, § 44 Rdnr. 16 m.w.N.

61 BR-Drucks. 820/07, S. 29.

#### IV. Inkrafttreten

Im Verfahrensrecht findet der Grundsatz Anwendung, dass neues Recht sofort nach seinem Inkrafttreten gilt (Art. 82 Abs. 2 GG), soweit keine abweichende Regelung getroffen wurde. Da Übergangsregelungen im SGGArbGGÄndG fehlen, ist das neue Recht auch auf bereits laufende (Vor-)Verfahren anzuwenden. Diese Erkenntnis deckt sich mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, welches bereits mehrfach entschieden hat, dass Änderungen des Prozessrechts generell alle zum Zeitpunkt ihres Inkrafttretens anhängigen Verfahren erfassen; der Bürger kann nicht darauf vertrauen, dass das ihn betreffende Verfahrensrecht unverändert bleibt.<sup>62</sup>

Die Regel, dass neues Prozessrecht auch für anhängige Verfahren gilt, steht jedoch unter dem Vorbehalt der Vereinbarkeit mit den rechtsstaatlichen Grundsätzen der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes. Daher können im Einzelfall verfahrensrechtliche Regelungen ihrer Bedeutung und ihres Gewichts nach in gleichem Maße schutzwürdig sein, wie Besitzstände des materiellen Rechts. Dies wird vom Bundesverfassungsgericht dann angenommen, wenn das in Rede stehende Verfahrensrecht nicht bloß ordnungsrechtliche, technische Prozessführungsregeln enthält, sondern Rechtspositionen gewährt, die in ihrer Schutzwürdigkeit materiellrechtlichen Gewährleistungen vergleichbar sind.<sup>63</sup>

Solche schützenswerten, dem materiellen Recht gleichstehenden Rechtspositionen können sich beispielsweise aus dem Prozesskostenrecht ergeben. Eine Regelung, die einen Verfahrensbeteiligten nachträglich einem Kostenrisiko aussetzt, das bei Prozessbeginn oder im Zeitpunkt der Rechtsmitteleinlegung noch nicht gegeben war, würde nämlich in eine derart geschützte verfahrensrechtliche Position eingreifen.<sup>64</sup> Vor diesem Hintergrund erscheint es z.B. ausgeschlossen, in derzeit laufenden Gerichtsverfahren die neue Regelung des

---

62 BVerfGE 39, 156, 167; 56, 76, 98; vgl. auch BSGE 72, 148, 156; 70, 133 f. m.w.N.

63 BVerfG, a.a.O.

64 BSGE 72, 148, 156.

§ 192 Abs. 4 SGG<sup>65</sup> auf Vorverfahren anzuwenden, die am 31.03.2008 bereits abgeschlossen waren. Hingegen bestehen keine Bedenken, z.B. die neuen Vorschriften über die vereinfachte Bescheidung von Massenwidersprüchen (§ 85 Abs. 4 SGG)<sup>66</sup> oder die gesteigerten Mitwirkungspflichten der Beteiligten (§§ 92, 102 Abs. 2 SGG)<sup>67</sup> auch in am 01.04.2008 bereits laufenden Verfahren anzuwenden.

Verfasser:

Karl Friedrich Köhler  
Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung  
Fachbereich LSV  
Weißensteinstraße 72  
34131 Kassel

---

65 Vgl. dazu unter II.1.

66 Vgl. dazu unter II.2.

67 Vgl. dazu unter III.2. und 3.

Verzeichnis der Beitragsstaffeln der LKKen für die monatlichen Beiträge der landw. Unternehmer (in EURO)										
Stand: 1/ Januar 2008										Zuschläge für Pflegeversicherung getrennt nach Eltern bzw. Kinderlos
<b>L K K</b>	<b>B E I T R A G S K L A S S E N</b>									
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>LKK Schleswig-Holstein u. Hamburg</b>	78,00 €	79,00 €	98,00 €	113,00 €	128,00 €	143,00 €	156,00 €	170,00 €	191,00 €	213,00 €
Eltern	8,33 €	8,44 €	10,47 €	12,07 €	13,67 €	15,27 €	16,66 €	18,16 €	20,40 €	22,75 €
Kinderlos	9,56 €	9,68 €	12,01 €	13,84 €	15,68 €	17,52 €	19,11 €	20,83 €	23,40 €	26,09 €
	(landw. Kleinuntern.)	(bis 50)	(bis 75)	90	(bis 125)	(bis 150)	(bis 175)	(bis 200)	(bis 250)	(bis 300)
(Arbeitsbedarf in Arbeitseinheiten)	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
	235,00 €	256,00 €	278,00 €	308,00 €	336,00 €	365,00 €	395,00 €	423,00 €	453,00 €	475,00 €
Eltern	25,10 €	27,34 €	29,69 €	32,89 €	35,88 €	38,98 €	42,19 €	45,18 €	48,38 €	50,73 €
Kinderlos	28,79 €	31,36 €	34,06 €	37,73 €	41,16 €	44,71 €	48,39 €	51,82 €	55,49 €	58,19 €
	(bis 350)	(bis 400)	(bis 450)	(bis 525)	(bis 600)	(bis 750)	(bis 950)	(bis 1.150)	(bis 1.500)	(über 1.500)
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>LKK Niedersachsen- Bremen</b>	65,00 €	66,00 €	89,00 €	112,00 €	136,00 €	160,00 €	185,00 €	210,00 €	232,00 €	254,00 €
(Gesamtbereich) Eltern	7,28 €	7,39 €	9,97 €	12,54 €	15,23 €	17,92 €	20,72 €	23,52 €	25,98 €	28,45 €
Kinderlos	8,36 €	8,49 €	11,45 €	14,40 €	17,49 €	20,58 €	23,79 €	27,01 €	29,84 €	32,66 €
(Flächenwert in EURO)	(landw. Kleinuntern.)	(bis 5.000)	(bis 8.900)	(bis 12.800)	(bis 16.700)	(bis 20.600)	(bis 24.500)	(bis 28.400)	(bis 32.300)	(bis 36.200)
	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
	275,00 €	295,00 €	315,00 €	335,00 €	355,00 €	370,00 €	385,00 €	400,00 €	415,00 €	435,00 €
Eltern	30,80 €	33,04 €	35,28 €	37,52 €	39,76 €	41,44 €	43,12 €	44,80 €	46,48 €	48,72 €
Kinderlos	35,37 €	37,94 €	40,21 €	43,08 €	45,65 €	47,58 €	49,51 €	51,44 €	53,37 €	55,94 €
(modifiziert nach AELV)	(bis 40.100)	(bis 44.000)	(bis 47.900)	(bis 51.800)	(bis 55.700)	(bis 59.600)	(bis 63.500)	(bis 67.400)	(bis 71.300)	(über 71.300)

DOKUMENTATION

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>LKK Nordrhein-Westfalen</b>	70,00 €	75,00 €	132,00 €	162,00 €	192,00 €	212,00 €	232,00 €	242,00 €	252,00 €	262,00 €
(Gesamtbereit) Eltern	7,55 €	8,09 €	14,23 €	17,46 €	20,70 €	22,85 €	25,01 €	26,09 €	27,17 €	28,24 €
Kinderlos	8,61 €	9,23 €	16,24 €	19,93 €	23,62 €	26,08 €	28,54 €	29,77 €	31,00 €	32,23 €
(Flächenwert in EURO)	(landw. Kleinuntern.)	(bis 2.500)	(bis 5.000)	(bis 7.500)	(bis 10.000)	(bis 12.500)	(bis 15.000)	(bis 17.500)	(bis 20.000)	(bis 22.500)
	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
	272,00 €	287,00 €	307,00 €	327,00 €	347,00 €	367,00 €	387,00 €	407,00 €	427,00 €	451,00 €
Eltern	29,32 €	30,94 €	33,09 €	35,25 €	37,41 €	39,56 €	41,72 €	43,87 €	46,03 €	48,62 €
Kinderlos	33,46 €	35,30 €	37,76 €	40,22 €	42,68 €	45,14 €	47,60 €	50,06 €	52,52 €	55,47 €
(modifiziert nach AELV)	(bis 25.000)	(bis 27.500)	(bis 30.000)	(bis 32.500)	(bis 35.000)	(bis 37.500)	(bis 42.500)	(bis 47.500)	(bis 52.500)	(über 52.500)
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland,</b>	83,00 €	91,00 €	189,00 €	194,00 €	206,00 €	227,00 €	255,00 €	276,00 €	304,00 €	326,00 €
Darmstadt u. Speyer Eltern	8,68 €	9,52 €	19,77 €	20,29 €	21,55 €	23,74 €	26,67 €	28,87 €	31,80 €	34,10 €
Kinderlos	9,96 €	10,92 €	22,68 €	23,28 €	24,72 €	27,24 €	30,60 €	33,12 €	36,48 €	39,12 €
(Flächenwert in EURO)	(landw. Kleinuntern.)	(bis 2.556)	(bis 7.669)	(bis 15.339)	(bis 20.452)	(bis 25.565)	(bis 28.121)	(bis 30.678)	(bis 33.234)	(bis 35.790)
	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
	353,00 €	364,00 €	375,00 €	391,00 €	403,00 €	419,00 €	435,00 €	452,00 €	468,00 €	546,00 €
Eltern	36,92 €	38,07 €	39,23 €	40,90 €	42,15 €	43,83 €	45,50 €	47,28 €	48,95 €	57,11 €
Kinderlos	42,36 €	43,68 €	45,00 €	46,92 €	48,36 €	50,28 €	52,20 €	54,24 €	56,16 €	65,52 €
(modifiziert nach AELV)	(bis 40.903)	(bis 46.016)	(bis 51.129)	(bis 61.355)	(bis 71.581)	(bis 81.807)	(bis 97.145)	(bis 112.484)	(bis 127.823)	(über 127.823)

<b>Land- und forstw. KK Franken und Oberbayern</b>	81,00 €	81,30 €	148,20 €	162,30 €	178,80 €	195,00 €	215,70 €	232,20 €	248,70 €	263,70 €
Eltern	4,62 €	4,66 €	12,82 €	14,54 €	16,55 €	18,53 €	21,06 €	23,07 €	25,08 €	26,91 €
Kinderlos	5,30 €	5,34 €	14,70 €	16,67 €	18,98 €	21,25 €	24,15 €	26,45 €	28,76 €	30,86 €
(Berechnungswert auf der Basis des Flächenwertes und Grundbeitrag in EUR)	(landw. Kleinuntern.)	(ab 0,00)	(ab 501)	(ab 2.001)	(ab 3.001)	(ab 4.001)	(ab 5.001)	(ab 6.001)	(ab 7.001)	(ab 9.001)
	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
	277,80 €	290,10 €	305,40 €	318,30 €	332,10 €	347,70 €	366,30 €	398,40 €	430,50 €	487,80 €
Eltern	28,63 €	30,13 €	32,00 €	33,57 €	35,26 €	37,16 €	39,43 €	43,35 €	47,26 €	54,25 €
Kinderlos	32,83 €	34,55 €	36,69 €	38,50 €	40,43 €	42,61 €	45,21 €	49,71 €	54,20 €	62,21 €
	(ab 12.001)	(ab 16.001)	(ab 22.001)	(ab 30.001)	(ab 40.001)	(ab 56.001)	(ab 77.001)	(ab 110.001)	(ab 170.001)	(über 290.000)
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>LKK Niederbayern/ Oberpfalz und Schwaben, Landshut</b>	82,00 €	83,00 €	150,00 €	171,00 €	191,00 €	211,00 €	231,00 €	251,00 €	269,00 €	287,00 €
Eltern	8,58 €	8,68 €	15,69 €	17,89 €	19,98 €	22,07 €	24,16 €	26,25 €	28,14 €	30,02 €
Kinderlos	9,84 €	9,96 €	18,00 €	20,52 €	22,92 €	25,32 €	27,72 €	30,12 €	32,28 €	34,44 €
(Flächenwert in DM)	(landw. Kleinuntern.)	(bis 6.000)	(bis 9.000)	(bis 12.000)	(bis 16.000)	(bis 19.000)	(bis 23.000)	(bis 27.000)	(bis 31.000)	(bis 35.000)
	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
	307,00 €	326,00 €	346,00 €	365,00 €	385,00 €	403,00 €	422,00 €	444,00 €	463,00 €	498,00 €
Eltern	32,11 €	34,10 €	36,19 €	38,18 €	40,27 €	42,15 €	44,14 €	46,44 €	48,43 €	52,09 €
Kinderlos	36,84 €	39,12 €	41,52 €	43,80 €	46,20 €	48,36 €	50,64 €	53,28 €	55,56 €	59,76 €
	(bis 40.000)	(bis 45.000)	(bis 55.000)	(bis 65.000)	(bis 75.000)	(bis 90.000)	(bis 110.000)	(bis 160.000)	(bis 220.000)	(über 220.000)

Beitragsstaffeln LKKen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>LKK Baden-Württemberg</b>	78,00 €	83,00 €	131,00 €	178,00 €	198,00 €	218,00 €	238,00 €	260,00 €	277,00 €	294,00 €
Eltern	8,85 €	9,30 €	14,67 €	19,60 €	22,40 €	24,64 €	26,88 €	29,12 €	31,36 €	33,60 €
Kinderlos	10,16 €	10,67 €	16,85 €	22,51 €	25,72 €	28,29 €	30,86 €	33,44 €	36,01 €	38,58 €
(Flächenwert in EURO)	(landw. Kleinuntern.)	(bis 5.625)	(bis 9.204)	(bis 12.272)	(bis 15.851)	(bis 17.384)	(bis 19.430)	(bis 21.986)	(bis 24.543)	(bis 27.610)
	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
	319,00 €	335,00 €	350,00 €	365,00 €	380,00 €	395,00 €	410,00 €	420,00 €	430,00 €	498,00 €
Eltern	35,84 €	38,08 €	40,32 €	42,00 €	43,68 €	45,36 €	47,04 €	48,72 €	50,40 €	55,78 €
Kinderlos	41,15 €	43,72 €	46,30 €	48,23 €	50,15 €	52,08 €	54,01 €	55,94 €	57,87 €	64,04 €
(modifiziert nach AELV)	(bis 30.678)	(bis 34.257)	(bis 38.347)	(bis 42.438)	(bis 45.505)	(bis 48.573)	(bis 51.130)	(bis 53.686)	(bis 56.243)	(über 56.243)
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>KK für den Gartenbau</b>	51,00 €	63,00 €	77,00 €	99,00 €	124,00 €	143,00 €	163,00 €	182,00 €	203,00 €	222,00 €
Eltern	5,61 €	6,93 €	8,47 €	10,89 €	13,64 €	15,73 €	17,93 €	20,02 €	22,33 €	24,42 €
Kinderlos	6,44 €	7,95 €	9,72 €	12,49 €	15,65 €	18,05 €	20,57 €	22,97 €	25,62 €	28,02 €
(Jahresarbeitswert in EURO)	(landw. Kleinuntern.)	(bis 4.500)	(bis 6.500)	(bis 8.5000)	(bis 10.500)	(bis 13.000)	(bis 15.500)	(bis 18.000)	(bis 20.500)	(bis 26.000)
	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
	236,00 €	248,00 €	258,00 €	269,00 €	280,00 €	303,00 €	325,00 €	348,00 €	380,00 €	435,00 €
Eltern	25,96 €	27,28 €	28,38 €	29,59 €	30,80 €	33,33 €	35,75 €	38,28 €	41,80 €	47,85 €
Kinderlos	29,78 €	31,30 €	32,56 €	33,95 €	35,34 €	38,24 €	41,02 €	43,92 €	47,96 €	54,90 €
	(bis 31.000)	(bis 36.000)	(bis 41.000)	(bis 46.000)	(bis 51.500)	(bis 64.000)	(bis 77.000)	(bis 90.000)	(bis 103.000)	(über 103.000)

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>LKK Mittel- und Ostdeutschland</b>	50,00 €	76,00 €	98,00 €	119,00 €	141,00 €	162,00 €	184,00 €	205,00 €	227,00 €	248,00 €
Eltern	5,65 €	8,59 €	11,07 €	13,45 €	15,93 €	18,31 €	20,79 €	23,17 €	25,65 €	28,02 €
Kinderlos	6,48 €	9,85 €	12,70 €	15,42 €	18,27 €	21,00 €	23,85 €	26,57 €	29,42 €	32,14 €
(in einen Einstufungswert umgerechneter Flächenwert)	(landw. Kleinuntern.)	(bis 2.500)	(bis 5.000)	(bis 7.500)	(bis 10.000)	(bis 15.000)	(bis 20.000)	(bis 30.000)	(bis 40.000)	(bis 50.000)
	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
	269,00 €	291,00 €	312,00 €	334,00 €	356,00 €	377,00 €	398,00 €	419,00 €	441,00 €	463,00 €
Eltern	30,40 €	32,88 €	35,26 €	37,74 €	40,23 €	42,60 €	44,97 €	47,35 €	49,83 €	52,32 €
Kinderlos	34,86 €	37,71 €	40,44 €	43,29 €	46,14 €	48,86 €	51,58 €	54,30 €	57,15 €	60,00 €
	(bis 60.000)	(bis 70.000)	(bis 80.000)	(bis 90.000)	(bis 100.000)	(bis 125.000)	(bis 150.000)	(bis 200.000)	(bis 250.000)	(über 250.000)

Beitragsstaffeln LKKen



## BÜCHER

**Aufsicht in der Sozialversicherung.** *Ergänzbare Handbuch für die Praxis.* Von Herwig Schirmer, Staatssekretär a.D., und Dr. Fred Schneider, Abteilungspräsident im Bundesministerium für Arbeit und Soziales. 2007, Loseblattwerk einschl. der 20. Lieferung, 630 S. in einem Ordner, Erich Schmidt Verlag, ISBN 978-3-503-01783-6; EURO (D) 49,80.

Dieses ergänzbare Handbuch gibt einen umfassenden Einblick in die Aufgaben und Tätigkeiten der Aufsichts- und Mitwirkungsbehörden in der Sozialversicherung. Gleichzeitig soll es der größeren Transparenz der staatlichen Aufsicht, ihrer rechtlichen Grundlagen und ihrer Praxis dienen.

Mit der 20. Lieferung ist das Werk wieder auf dem aktuellen Stand. Das Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum 1. April 2007 hat eine Ergänzung der Ausführungen zu den „Beitragsfestsetzungen der Krankenversicherungsträger“ erforderlich gemacht. Es werden insbesondere die Regelungen zum Abbau der Verschuldung der Krankenkassen und die Funktion und Wirkungsweise des Gesundheitsfonds erläutert.

Das Kapitel „Prüfdienst in der Krankenversicherung“ wurde vollständig überarbeitet und um die Erläuterungen der Prüfungen zum Risikostrukturausgleich erweitert. Auch die Darstellung zur Genehmigung von Vermögensanlagen ist aktualisiert worden.

Das Bundessozialgericht hat seit der letzten Ergänzungslieferung weitere Entscheidungen zum Aufsichtsrecht gefällt. Bedeutsam für die Aufsichtspraxis ist einmal die Feststellung des Bundessozialgerichts, dass die Gründung von GmbHs durch die Sozialversicherungsträger nicht zu einer Schmälerung der Aufsichts- und Prüfkompetenzen der Aufsichtsbehörde führen darf, und zum anderen eine Konkretisierung der Beratungspflichten nach § 89 Abs. 1 S. 1 SG IV. Die Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 16. November 2005 und 18. Juli 2006 sind daher in das Handbuch eingearbeitet worden.

**Übersicht über das Sozialrecht - Ausgabe 2008.** *Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BW Bildung und Wissen Verlag (Hrsg.), 1.080 S. + CD-Rom, ISBN: 978-3-8214-7244-7, Euro 28,00.*

Das Jahr 2008 bringt viel Neues für die Sozialgesetzgebung. Was neu ist und wie die Änderungen in der täglichen Rechtspraxis umgesetzt werden, das beschreibt die aktuelle Ausgabe von „Übersicht über das Sozialrecht“. So geht es insbesondere um das zum 1. April 2008 neu hinzugekommene Pflegeweiterentwicklungsgesetz, das geänderte Sozialgerichtsgesetz und die Einführung des Rechtsanspruches auf Persönliches Budget für Menschen mit Behinderungen. Thema sind auch die Rentenanpassung zum 1. Juli 2008, der aktuelle Stand der Gesundheitsreform und ihre Weiterentwicklung sowie alle Änderungen in der Arbeitsförderung, der Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG III) und beim BAföG. Auf das jährlich aktualisiert erscheinende

Periodikum ist Verlass: Alle Autoren stammen aus den Bundesbehörden, die die Gesetze und Reformen entwickelten.

Das über 1.000 Seiten starke Buch, dem eine CD-Rom mit dem kompletten Buchinhalt beiliegt, zeichnet sich durch eine klare und verständliche Sprache aus. Es enthält alle Gesetze, Verordnungen und Regelungen des Sozialrechts. Das ausführliche Inhaltsverzeichnis und das umfangreiche Stichwortverzeichnis erleichtern die Informationssuche. Einen besonderen Service bietet das Bundesministerium für Arbeit an: Alle Gesetzesänderungen, die nach Erscheinen des Buches verabschiedet werden, dokumentiert das Ministerium auf seiner Homepage ([www.bmas.de](http://www.bmas.de)).

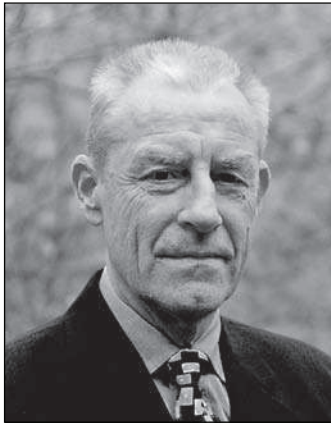
**Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht - Ausgabe 2008.**  
*Bundesministerium für Arbeit und Soziales, BW Bildung und Wissen Verlag (Hrsg.), 816 S. + CD-Rom, ISBN:978-3-8214-7281-2, Euro 28,00.*

Sie beschreibt das gesamte Arbeitsrecht und Arbeitsschutzrecht, sie enthält alle aktuellen Änderungen und sie orientiert sich nah an der Praxis: Die Ausgabe 2008 der „Übersicht über das Arbeitsrecht/Arbeitsschutzrecht“. Ausführlich werden die neuesten Entwicklungen dargestellt - allen voran das Pflegezeitgesetz. Ebenfalls im Fokus: die Neuerungen im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz und im Kündigungsschutz. Bei der Tarifentwicklung erhält das Thema „Mindestlöhne“ besondere Aufmerksamkeit. Natürlich geht es auch um Entwicklungen in der Betriebspraxis - insbesondere im Hinblick auf das geänderte Befristungsrecht. Aus dem Bereich des Arbeitsschutzrechtes wird den neuen Regelungen in der Lärm- und Vibrationsschutzverordnung, dem Nichtraucherschutz und dem Gentechnikgesetz viel Beachtung geschenkt.

Die Autoren sind Experten aus dem zuständigen Ministerium, den Bundesbehörden und den Arbeitsgerichten. Sie beschreiben das umfangreiche Rechtsgebiet in verständlicher Sprache und anhand vieler Beispiele. Die übersichtliche Gliederung und das umfangreiche Stichwortverzeichnis erleichtern die Recherche im Buch. Der gesamte Buchtext befindet sich auf der beiliegenden CD-ROM. Alle Gesetzesänderungen nach Drucklegung werden auf der Homepage des Ministeriums ([www.bmas.de](http://www.bmas.de)) dokumentiert.

## PERSÖNLICHES

### **Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen Günter Reiff, ehemaliger stellvertretender Geschäftsführer, verstorben**



Am 31. Mai 2008 ist der langjährige stellvertretende Geschäftsführer des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Günter Reiff, im Alter von 73 Jahren, verstorben.

Seit der Errichtung des Bundesverbandes im Jahre 1972 begleitete Günter Reiff dieses Amt. Seine gesamte berufliche Laufbahn war der Krankenversicherung gewidmet.

Nach seiner Lehre bei den Ortskrankenkassen in Köln 1952 und beruflichen Stationen in dieser Organisation kam Reiff 1966 zum Landesverband der Innungskrankenkassen Nordrheinwestfalen und Rheinland-Pfalz. 1971 wurde er stellvertretender Geschäftsführer des Bundesverbandes der Landkrankenkassen. Mit der Einführung des umfassenden Krankenversicherungsschutzes in der Landwirtschaft durch das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte zum 1. Oktober 1972 stand Günter Reiff von Beginn an in hoher Verantwortung für die neu eingeführte berufsständische Krankenversicherung.

Darüber hinaus engagierte er sich immer für die übergreifende Zusammenarbeit aller Kassenarten. Bei den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen war er ein angesehener und objektiver Ratgeber. Die landwirtschaftliche Krankenversicherung und die landwirtschaftliche Pflegeversicherung tragen entscheidend seine Handschrift. Sie sind ein maßgeblicher Teil des großen Lebenswerkes von Günter Reiff.

Seine menschlich verbindliche Art und große Fachkompetenz zeichneten ihn bei der Wahrnehmung seiner verantwortungsvollen Position aus. Bei seinem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst am 1. April 1999 konnte er auf eine erfolgreiche Tätigkeit als stellvertretender Geschäftsführer des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkasse zurückblicken. Seine hervorragenden Leistungen werden über den Tod hinaus gewürdigt.