



Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

Saisonarbeitnehmer



Soziale Sicherheit in der Landwirtschaft

3/2009

Saisonarbeitnehmer

Inhalt 3/2009

FACHBEITRÄGE

- Wolfgang Koberski / Bruno Barth
Beschäftigung mittel- und osteuropäischer Saison-
arbeitnehmer in der deutschen Landwirtschaft 257
- Marion Wille / Albert Willeke
Das Medizinprodukt im SGB V –
jüngste Rechtsentwicklungen 277

DOKUMENTATION

- Agrarbündnis
Einkommenskombinationen als Chance:
Der Nebenerwerb hat Zukunft 295
- Schlussanträge des Generalanwalts Ján Mazák
Rechtssache C-350/07- Kattner Stahlbau GmbH gegen
Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft 312
- Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 5. März 2009
in der Rechtssache C-350/07 339
- Beitragsstaffeln der LKKen 365

BÜCHER

- Daniel Kresser: Die Bedeutung der Form für Begriff und
Rechtsfolgen des Verwaltungsakts 374

FACHBEITRÄGE

Wolfgang Koberski / Bruno Barth

Beschäftigung mittel- und osteuropäischer Saisonarbeitnehmer in der deutschen Landwirtschaft

Inhalt

I. Sozialversicherungsrechtliche Zuordnung der Saisonarbeitnehmer	259
1. Rechtslage vor dem Beitritt	259
2. Rechtslage seit dem Beitritt	260
3. Geringfügige Beschäftigung	261
4. Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge	262
II. Erleichterungen für deutsche Arbeitgeber mit osteuropäischen Saisonkräften	262
1. Sondervereinbarung mit Polen	263
2. Vereinfachte Anmeldung der polnischen Steueridentifikationsnummer	263
3. Sozialversicherungsrechtliche Beurteilung der in Polen selbständigen Landwirte	264
4. Mitteilung des polnischen Sozialversicherungsträgers	264
5. Neue Zusatzklärung ersetzt die Mitteilung	264
6. Rückwirkende Ausstellung der Bescheinigung E 101	265
7. Einheitliche Kriterien der deutschen Prüfbehörden	265
8. Informationspapiere	266
9. Negativbescheinigung für rumänische Saisonkräfte	266
10. Gesundheitsuntersuchung für rumänische Saisonkräfte	266
11. Einheitliches Konto für Sozialversicherungsbeiträge in Rumänien	267
12. Regelmäßige Informationsgespräche mit den ausländischen Trägern	267
13. Unterstützungs- und Anwerbemaßnahmen der Bundesagentur für Arbeit	267
III. Nicht durchsetzbare bzw. abgelehnte Vereinfachungen	268
1. Verlängerung der Sondervereinbarung	268
2. Pauschalbeiträge zur polnischen Sozialversicherung	268
3. Einführung eines Geringfügigkeitsgesetzes in Polen	269
4. Negativbescheinigung des polnischen Trägers	269
5. Einheitliches Sozialversicherungskonto in Polen	269

6. Zentrale deutsche Stelle zur Abführung der Sozialversicherungsbeiträge	270
IV. Rechtliche Rahmenbedingungen für Saisonarbeitskräfte	270
1. Eckpunkterege lung	271
2. Arbeitsgenehmigung-EU	272
3. Ausweitung der Beschäftigungsdauer	273
4. Ausdehnung der Anwerbung auf andere Staaten	273
V. Statistik/Stundenentgelte	274
Deutschland	274
Spanien	274
Großbritannien	275
VI. Ausblick	275

Beim Thema Saisonarbeiter geht es neben der Festlegung der Kontingente für die mittel- und osteuropäischen Saisonkräfte im Wesentlichen um die Frage, welchem Recht die Saisonkräfte während ihrer vorübergehenden Tätigkeit in Deutschland unterliegen und wie die Sozialversicherungsbeiträge in die entsprechenden Mitgliedstaaten abgeführt werden.

Das Bundesgesundheitsministerium und später das Bundesarbeitsministerium haben sich seit Anfang 2005 in intensiven Gesprächen mit den zuständigen Behörden der neu beigetretenen Mitgliedstaaten darum bemüht, die deutschen Arbeitgeber bei der Anwerbung und Einstellung der Saisonarbeiter zu unterstützen und ihnen die Beurteilung der Sozialversicherungspflicht und die Abführung der Sozialversicherungsbeiträge an die ausländischen Träger zu erleichtern. Dabei wurden neben den zuständigen deutschen Sozialversicherungsträgern vor allem der Deutsche Bauernverband und der Zentralverband Gartenbau von Beginn an beteiligt und in die Arbeitsgespräche eingebunden.

I. Sozialversicherungsrechtliche Zuordnung der Saisonarbeiter

Ob die Saisonarbeiter dem Recht ihres Wohnlandes oder dem deutschen Recht unterliegen, richtet sich seit dem Beitritt der neuen Mitgliedstaaten zur Europäischen Union am 1. Mai 2004 nach den Vorschriften des europäischen Rechts. Dieses regelt umfassend, welche Rechtsvorschriften im Bereich der Sozialversicherung bei grenzüberschreitenden Sachverhalten anzuwenden sind.

Sind die Saisonkräfte in ihrem Wohnstaat als Arbeitnehmer beschäftigt und üben daneben eine Saisonarbeit in Deutschland aus, unterliegen sie auch hinsichtlich der in Deutschland ausgeübten Saisonarbeit grundsätzlich den Rechtsvorschriften ihres Wohnlandes. Diese Rechtsfolge ist keine Ermessenentscheidung der Bundesregierung, sondern zwingende Konsequenz der Anwendung des europäischen Rechts.

1. Rechtslage vor dem Beitritt:

Bis zum Beitritt der neuen Mitgliedstaaten zur Europäischen Union unterlagen die Saisonkräfte aus den neuen Mitgliedstaaten, die in Deutschland eine Saisonarbeit ausübten, allein dem deutschen Recht. Dabei wurde der Saisonarbeiter in der Regel so eingesetzt, dass keine Sozialversicherungspflicht in Deutschland entstand. Dies ergab sich aus der nur in Deutschland bestehenden Regelung zur versicherungsfreien geringfügigen Beschäftigung

nach § 8 SGB IV, wenn die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens 2 Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 400 € im Monat übersteigt.

2. Rechtslage seit dem Beitritt:

Mit dem Beitritt der neuen Mitgliedstaaten zur Europäischen Union am 1. Mai 2004 hat sich diese Rechtslage zum Nachteil der deutschen Arbeitgeber geändert, da für Saisonkräfte aus den neuen Mitgliedstaaten ab diesem Zeitpunkt die Vorschriften des europäischen Rechts anzuwenden waren. Damit galt auch die Verordnung (EWG) Nr.1408/71 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit der Wanderarbeitnehmer, die umfassend regelt, welche Rechtsvorschriften im Bereich der sozialen Sicherheit bei grenzüberschreitenden Sachverhalten anzuwenden sind.

Zum Schutz der Arbeitnehmer verfolgt die Verordnung den Grundsatz, dass eine Person während ein und desselben Zeitraums nur den Sozialvorschriften eines Mitgliedstaates unterliegt. Damit soll erreicht werden, dass Arbeitnehmer, die gleichzeitig in zwei Mitgliedstaaten der Europäischen Union in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, es nur mit einem Sozialversicherungssystem zu tun haben und zwar mit dem des Wohnlandes.

Sind die Saisonarbeiter in ihrem Wohnstaat weiterhin beschäftigt, sind sie auch weiterhin dort versichert. Der Nachweis dieser Versicherung wird durch die Vorlage der Bescheinigung E 101 erbracht. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei der Beschäftigung von Saisonarbeitern in der Regel nicht um eine Entsendung, sondern um eine Beschäftigung in mehreren Mitgliedstaaten nach Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b Ziffer i) der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 handelt. Sofern also die Saisonkräfte in ihrem Wohnstaat als Arbeitnehmer/in beschäftigt sind und z.B. während ihres bezahlten Urlaubs eine Saisonarbeit in Deutschland ausüben, unterliegen sie nach dem europäischen Recht auch hinsichtlich der in Deutschland ausgeübten Saisonarbeit weiterhin den Rechtsvorschriften ihres Wohnlandes.

Für Saisonarbeiter, die in ihrem Wohnstaat in keinem Beschäftigungsverhältnis stehen, wie z.B. Studenten, Hausfrauen oder Rentner, sieht das Gemeinschaftsrecht hingegen vor, dass sie dem deutschen Recht unterliegen. Diese Personengruppen können somit weiterhin nach den Regelungen zur geringfügigen Beschäftigung nach § 8 SGB IV versicherungsfrei (bis auf die Unfallversicherung) als Saisonkräfte beschäftigt werden, sofern die Beschäftigung nicht berufsmäßig ausgeübt wird.

Sofern für diese Personen kein Krankenversicherungsschutz im Wohnstaat besteht, ist der Abschluss einer privaten Krankenversicherung durch den Arbeitgeber in Deutschland erforderlich.

Stundenlohn (Mindestmonatslohn) in Euro in der Landwirtschaft in Mitgliedsstaaten

	Deutschland Tariflohn*	Frankreich Mindestlohn	Spanien Mindestlohn	Niederlande Mindestlohn	Großbritannien Mindestlohn
2002	3,43 - 5,92	6,67	2,68	7,40	2,10
2003	3,58 - 5,92	6,83	2,73	7,66	2,15
2004	3,70 - 5,92	7,19	2,79	7,76	2,20
2005	4,57 - 5,92	7,61	3,11	7,76	2,26
2006	4,57 - 6,12	8,03	3,28	7,81	2,32
2007	4,64 - 6,19	8,27	3,46	7,98	2,43
2008	4,71 - 7,19	8,44	3,64	8,19	2,57

Quelle Eurostat/Hans Böckler Stiftung. Die Mindestlöhne basieren auf den jeweiligen Wochenarbeitszeiten, z.B. GB 40 Stunden; E 38,5; NL und F 35 Stunden. Angegeben ist der staatliche Mindestlohn umgerechnet auf 12 Monate. * Es wurden die jeweils niedrigsten und höchsten tariflichen Stundenentgelte in den Bundesländern für den Erwerbsgartenbau und die Landwirtschaft gegenübergestellt.

3. Geringfügige Beschäftigung:

Berufsmäßigkeit liegt grundsätzlich dann vor, wenn der Arbeitnehmer durch die Beschäftigung seinen Lebensunterhalt überwiegend oder doch in solchem Umfang erwirbt, dass seine wirtschaftliche Stellung zu einem erheblichen Teil auf der Beschäftigung beruht.¹

Zur Berufsmäßigkeit haben die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger² mehrfach ausgeführt, dass eine Beschäftigung dann nicht berufsmäßig ausgeübt werde, wenn sie für den Arbeitnehmer von untergeordneter wirt-

1 BSG Urteil vom 11.6.1980, 12 RK 30/79.

2 Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherungsträger vom 05.07.2005.

schaftlicher Bedeutung sei. Dies sei in der Regel der Fall, wenn die Beschäftigung nur gelegentlich ausgeübt werde. Klargestellt wurde auch, dass an die Feststellung der die Versicherungsfreiheit kurzfristiger Beschäftigungen ausschließenden Berufsmäßigkeit für Beschäftigte aus dem Ausland keine strengeren Voraussetzungen als für inländische Arbeitnehmer geknüpft seien. Für die Prüfung der Berufsmäßigkeit sei auch die Höhe des in dem anderen EU-Mitgliedstaat erzielten Arbeitsentgelts unmaßgeblich.

Keine Berufsmäßigkeit liege insbesondere bei Beschäftigungen von Schülern, Studenten, Hausfrauen, Selbständigen oder während eines bezahlten Erholungsurlaubs vor. Dies gelte unabhängig von den wirtschaftlichen Verhältnissen im Heimatland des Beschäftigten. Ein Abbummeln von Überstunden sei bezahltem Urlaub gleichzusetzen.

Berufsmäßigkeit und damit Versicherungspflicht werde für die Saisonarbeiter angenommen, wenn es sich um Arbeitslose handele. Nehme der ausländische Arbeitnehmer für die kurzfristige Beschäftigung in Deutschland (teilweise) unbezahlten Urlaub, liege ebenfalls Berufsmäßigkeit vor. Versicherungsfreiheit wegen Kurzfristigkeit scheidet daher von vornherein (d. h. auch während eines gegebenenfalls vorangegangenen bezahlten Urlaubs) aus.

4. Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge:

Nach dem Recht des Wohnlandes bestimmt sich auch, ob und in welcher Höhe für die in Deutschland verrichtete Saisonarbeit Beiträge an die Sozialversicherung des Wohnstaates abzuführen sind. Die Pflicht der deutschen Arbeitgeber zur Abführung der Sozialversicherungsbeiträge an den Träger des Wohnstaates ist jedoch keine Ermessensentscheidung der Bundesregierung, sondern zwingende Konsequenz der Anwendung des europäischen Rechts.

II. Erleichterungen für deutsche Arbeitgeber mit osteuropäischen Saisonkräften

Die Bundesregierung hat in intensiven Gesprächen mit den zuständigen Ministerien und Sozialversicherungsträgern der Mitgliedstaaten neben umfangreichen Informationen zur Beschäftigung polnischer, rumänischer und bulgarischer Saisonarbeiter auch zahlreiche Vereinfachungen und Erleichterungen für die deutschen Arbeitgeber erreichen können.

1. Sondervereinbarung mit Polen:

Da das polnische Recht keine dem deutschen Recht entsprechende beitragsfreie kurzfristige Beschäftigung kannte, hätten die deutschen Arbeitgeber seit dem Beitritt Polens zur Europäischen Union auch die polnischen Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von damals 47,85% für die in Deutschland beschäftigten Saisonarbeiter, die ja weiterhin dem polnischen Recht unterlagen, an den polnischen Sozialversicherungsträger abführen müssen. Von dieser zwingenden Konsequenz des Europäischen Rechts kann zwar im Ausnahmefall abgewichen werden, jedoch nur dann, wenn dies im sozialversicherungsrechtlichen Interesse der betroffenen Personen ist.

Ein Ausnahmefall war für das damals zuständige Bundesgesundheitsministerium die Übergangsphase beim Beitritt der neuen Mitgliedstaaten, die zu Anlaufschwierigkeiten bei der Umsetzung des europäischen Rechts sowohl bei den deutschen Arbeitgebern wie auch bei den polnischen Saisonkräften geführt hatte. Deshalb kamen das Bundesgesundheitsministerium und das polnische Ministerium für Sozialpolitik gemeinsam mit den zuständigen Verbindungsstellen überein, eine Ausnahmereinbarung nach Artikel 17 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zu treffen, die Mitte Juni 2005 von beiden Verbindungsstellen unterzeichnet wurde.

Die bis Ende Juni 2005 befristete Ausnahmereinbarung legte fest, dass für die Beschäftigung der Saisonarbeiter in Deutschland ausschließlich die deutschen Rechtsvorschriften und für die Beschäftigung in Polen ausschließlich die polnischen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit anzuwenden waren. Dadurch wurden die landwirtschaftlichen Betriebe in Deutschland und die dort beschäftigten polnischen Saisonarbeiter rückwirkend von der Pflicht befreit, die seit dem Beitritt im Mai 2004 ggf. fälligen Sozialversicherungsbeiträge an die polnische Sozialversicherungsanstalt zu entrichten.

2. Vereinfachte Anmeldung zum Erhalt der polnischen Steueridentifikationsnummer

Weiterhin wurde erreicht, dass die als natürliche Personen tätigen deutschen Landwirte die in Polen zwingend notwendige Steueridentifikationsnummer durch einen vereinfachten Vordruck (NIP 3) erhalten, der im Wesentlichen nur die persönlichen Daten und die Anschrift des Arbeitgebers abfragt. Der Deutsche Bauernverband hat diesen Vordruck übersetzen lassen und allen regionalen Verbänden zur Verfügung gestellt. Des weiteren muss der Arbeitgeber noch bestätigen, dass er ein landwirtschaftliches Unternehmen betreibt, was die Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften übernommen haben. Der Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft hatte dazu einen Vordruck erarbeitet, der von den Landwirten angefordert werden kann.

3. Sozialversicherungsrechtliche Beurteilung der in Polen selbständigen Landwirte

In der für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer zuständigen Verwaltungskommission in Brüssel konnte die zwischen Deutschland und Polen strittige Frage der sozialversicherungsrechtlichen Zuordnung der in Polen selbständigen Landwirte geklärt werden, wobei auch die Europäische Kommission der deutschen Auffassung zustimmte, dass alle in Deutschland als Saisonarbeiter tätigen selbständigen polnischen Landwirte dem polnischen Sozialversicherungsrecht unterliegen.

4. Mitteilung des polnischen Sozialversicherungsträgers

Ereicht wurde auch, dass die polnischen Saisonkräfte von der polnischen Sozialversicherungsanstalt (ZUS) eine allgemeine schriftliche Mitteilung über ihren sozialversicherungsrechtlichen Status erhalten. Legt der Saisonarbeiter die Mitteilung vor, bedeutet dies, dass er entweder die erforderlichen Unterlagen für die Ausstellung der Bescheinigung E 101 über den Nachweis der Sozialversicherungspflicht in Polen noch nicht beigebracht hat oder zu einer Personengruppe gehört, für die nicht die polnischen, sondern die deutschen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit während der Saisonarbeit in Deutschland gelten. Eine völlige Rechtssicherheit über den sozialversicherungsrechtlichen Status des Saisonarbeiters wird damit jedoch nicht erreicht, da sich dieser z.B. nach Versendung der Mitteilung geändert haben kann.

5. Neue Zusatzerklärung ersetzt die allgemeine Mitteilung

Das Bundesarbeitsministerium hat sich auf Bitte des polnischen Arbeitsministeriums mit der Zentralen Auskunfts- und Fachvermittlung (ZAV) auf die Aufnahme einer Zusatzerklärung auf der Rückseite des von der Bundesagentur für Arbeit herausgegebenen Formulars zur Einstellung und zum Arbeitsvertrag der Saisonarbeiter geeinigt. In dieser neuen Erklärung erklärt der polnische Saisonarbeitnehmer entweder im Besitz einer Bescheinigung E 101 zu sein oder in Polen in keinem Beschäftigungsverhältnis zu stehen, keine selbständige Tätigkeit und keine Tätigkeit in der Landwirtschaft auszuüben und nicht im Besitz der Bescheinigung E 101 zu sein.

Die Erklärung wird ab Ende April 2009 die allgemeine Mitteilung ersetzen. Sie ist nicht verpflichtend und hat keinen Einfluss auf die Erteilung der Arbeitsgenehmigung für den Saisonarbeiter. Sie soll den Verwaltungsaufwand durch die Ausstellung der allgemeinen Mitteilung verringern. Andererseits soll sie auch den Saisonarbeiter dazu anregen, selbst über seinen Status als Beschäftigter im Wohnland nachzudenken und diesen zu bestätigen. Gleichzeitig soll sie auch zu mehr Rechtssicherheit und Klarheit beitragen, da bei vielen polni-

schen Saisonarbeitskräften immer noch Unklarheit hinsichtlich der Bedeutung der schriftlichen Mitteilung besteht.

Das Bundesarbeitsministerium hat sich mit den zuständigen Sozialversicherungsträgern darauf verständigt, dass die neue Erklärung bei den Betriebsprüfungen die gleiche Akzeptanz wie die schriftliche Mitteilung der ZUS haben wird. Dies bedeutet, dass der Arbeitgeber bei Abgabe der Erklärung des Arbeitnehmers, dass er in Polen in keinem Beschäftigungsverhältnis stehe und nicht im Besitz der Bescheinigung E 101 sei, keine weiteren Ermittlungen anstellen muss, um eine Beachtung der polnischen sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften sicher zu stellen. In diesem Fall ist davon auszugehen, dass das deutsche Recht anwendbar ist.

6. Rückwirkende Ausstellung der Bescheinigung E 101

Darüber hinaus hat das Bundesarbeitsministerium in Gesprächen mit der polnischen Seite bisher erfolglos vorgeschlagen, zum Schutz der Träger und der deutschen Arbeitgeber die (fast) unbegrenzt mögliche rückwirkende Ausstellung einer E 101 Bescheinigung zeitlich zu begrenzen. Gleichzeitig hat das Bundesarbeitsministerium diesen Vorschlag auch in der in Brüssel zuständigen Verwaltungskommission eingebracht, um die Problematik der zeitlichen Begrenzung der rückwirkenden Ausstellung einer E 101 Bescheinigung auch auf europäischer Ebene zu diskutieren und ggf. eine europaweit einheitliche Begrenzung der rückwirkenden Ausstellung zu erreichen.

7. Einheitliche Kriterien der deutschen Prüfbehörden

Um eine einheitliche Prüfung der landwirtschaftlichen Betriebe zu gewährleisten, hat das Bundesarbeitsministerium mit den zuständigen deutschen Prüfbehörden folgendes Verfahren festgelegt:

- Legt der Saisonarbeiter eine Bescheinigung E 101 vor, kommt das ausländische Recht zur Anwendung. In diesem Fall erfolgt keine weitere Prüfung durch die Finanzkontrolle Schwarzarbeit oder die Rentenversicherungsträger.
- Legt der Saisonarbeiter die Mitteilung des polnischen Sozialversicherungsträgers vor, ist davon auszugehen, dass deutsches Recht anwendbar ist. Der Arbeitgeber muss keine weiteren Ermittlungen anstellen, um eine Beachtung der polnischen sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften sicher zu stellen. In diesem Fall sind aber die deutschen sozialversicherungsrechtlichen Pflichten zu beachten, d.h. eine Anmeldung zur Sozialversicherung nach § 28 a SGB IV ist vorzunehmen, ggf. sind Beiträge zur deutschen Sozialversicherung abzuführen.

- Legt der Saisonarbeiter bei der Prüfung weder die Bescheinigung E 101 noch die Mitteilung der ZUS vor, erfolgt in jedem Fall eine eingehende Prüfung.
- Kann der Arbeitgeber im Rahmen einer Betriebsprüfung keinerlei Nachweise vorlegen, die die Anwendung des ausländischen Rechts bzw. die Versicherungsfreiheit nach deutschem Recht begründen, wäre von einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach deutschem Recht auszugehen.

8. Informationspapiere

Um die Arbeitgeber bei der Frage des anwendbaren Rechts und der Abführung der Sozialversicherungsbeiträge zu unterstützen, hat der GKV-Spitzenverband Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA)³ bereits im Juni 2005 einen Überblick erarbeitet, der neben konkreten Angaben zum polnischen Melde- und Beitragseinzugsverfahrens auch die sozialversicherungsrechtliche Zuordnung der polnischen Saisonarbeitnehmer an Hand von Beispielen umfassend darstellt. Darüber hinaus hat das Bundesarbeitsministerium entsprechende Informationspapiere für rumänische und bulgarische Saisonarbeiter erarbeitet, die ebenfalls auf der Internetseite der DVKA abrufbar sind. Die Informationspapiere werden jährlich aktualisiert.

9. Negativbescheinigung für rumänische Saisonkräfte

Das Bundesarbeitsministerium konnte in den Gesprächen mit dem rumänischen Sozialversicherungsträger erreichen, dass dieser für die rumänischen Saisonarbeiter, die keine Bescheinigung E 101 erhalten bzw. nicht dem rumänischen Recht unterliegen, eine Negativbescheinigung ausgestellt wird. Dadurch erhalten die deutschen Arbeitgeber zumindest im Hinblick auf die rumänischen Saisonarbeitskräfte mehr Sicherheit in Bezug auf das auf diese Saisonkräfte anzuwendende Recht. Die polnische Seite hatte die Ausstellung einer Negativbescheinigung wie oben dargestellt, stets abgelehnt. Abgelehnt wurde sie auch von der bulgarischen Seite.

10. Gesundheitsuntersuchung für rumänische Saisonkräfte

In Gesprächen mit der rumänischen Seite wurde auch mehrfach die Problematik der Gesundheitsuntersuchung angesprochen. Seit Mitte April 2008 kann nun die nach dem rumänischen Recht bei jeder Aufnahme einer neuen Arbeit verpflichtende Gesundheitsuntersuchung nicht mehr nur in Bukarest, sondern auch dezentral in den ländlichen Gebieten in dafür zugelassenen Arzt-

³ <http://www.dvka.de/oeffentlicheSeiten/Blitzinfo.html>

praxen durchgeführt werden. Diese Erleichterung kommt insbesondere den Saisonarbeitern zugute, die bis dahin bei jeder Neuaufnahme einer Saisonarbeit in Deutschland die Gesundheitsuntersuchung in Bukarest durchführen mussten. Gleichzeitig wurde auch die Gebühr der Gesundheitsuntersuchung deutlich gesenkt.

11. Einheitliches Konto für Sozialversicherungsbeiträge in Rumänien

Erreicht werden konnte auch, dass die deutschen Arbeitgeber die nach Rumänien abzuführenden Sozialversicherungsbeiträge nicht mehr auf zwei getrennte Konten in Rumänien, sondern auf ein einheitliches Konto überweisen können.

12. Regelmäßige Informationsgespräche mit den ausländischen Trägern

Das Bundesarbeitsministerium führt in regelmäßigen Abständen Arbeitsgespräche mit den jeweiligen Ministerien und Sozialversicherungsträgern, um vor allem aktuelle Fragen aus der Praxis zum Melde- und Beitragseinzugsverfahren vor Ort mit den Fachkräften aus der Verwaltung und den Ministerien zu besprechen. Die letzten Gespräche haben im März 2009 in Rumänien und Bulgarien unter Beteiligung des Deutschen Bauernverbands stattgefunden.

13. Unterstützungs- und Anwerbemaßnahmen der Bundesagentur für Arbeit

Die zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit unterstützt die deutschen Arbeitgeber in der Landwirtschaft bei der Anwerbung und Einstellung mittel- und osteuropäischer Saisonarbeiter. Sie führt in Deutschland und den osteuropäischen Mitgliedstaaten in regelmäßigen Abständen Veranstaltungen zur Anwerbung von Saisonarbeitern durch, an denen neben den betroffenen Behörden der Mitgliedstaaten auch Vertreter der deutschen Arbeitgeber beteiligt werden. Im Verfahrensablauf sind die ausländischen Arbeitsverwaltungen der Herkunftsländer zuständig für die Bewerbergewinnung. In Abstimmung mit den Arbeitsverwaltungen führt die zentrale Auslands- und Fachvermittlung bedarfsabhängig Auswahlreisen mit Arbeitgeberbeteiligung in den Herkunftsländern durch. Zur Optimierung der Zusammenarbeit und der Verfahrensabläufe werden darüber hinaus Arbeitstreffen mit den ausländischen Arbeitsverwaltungen durchgeführt.

III. Nicht durchsetzbare bzw. abgelehnte Vereinfachungen

Weitere Vereinfachungen oder Klarstellungen wurden bisher nicht erreicht. Einzelne Forderungen können aber auch, realistisch betrachtet, nicht erreicht werden. So hat z.B. die polnische Seite bei den Gesprächen immer wieder darauf hingewiesen, dass das Melde- und Beitragseinzugsverfahren in Polen gesetzlich geregelt sei und eine Abweichung davon nur durch eine Änderung der Gesetze und der jeweiligen Verwaltungsverfahren möglich sei. Auch die polnischen Arbeitgeber müssten dieses aufwendige Verfahren einhalten.

1. Verlängerung der Sondervereinbarung

Das Bundesgesundheitsministerium lehnte eine Verlängerung der Ausnahmevereinbarung mit dem polnischen Träger über den 1. Juni 2005 hinaus grundsätzlich ab. Ziel einer solchen in die Zukunft gerichteten Sondervereinbarung wäre lediglich die Vermeidung von Sozialabgaben gewesen, mit der Folge, dass für den Saisonarbeiter in der Regel keine Beiträge zur polnischen Sozialversicherung gezahlt worden wären. Da das Entgelt für die Saisontätigkeit in Deutschland relativ hoch ist, führt die Zahlung der polnischen Sozialversicherungsbeiträge für die Saisontätigkeit in Deutschland z. B. auch zu einer spürbaren Erhöhung der polnischen Rentenanwartschaften des Saisonarbeiters. Dieses Recht bzw. diesen rentenrechtlichen Vorteil hätte der Saisonarbeiter bei einer Verlängerung der Ausnahmevereinbarung grundsätzlich verloren. Daher wäre eine Verlängerung der Ausnahmevereinbarung nicht im Interesse der Saisonarbeiter gewesen, hätte nicht die in Artikel 17 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 festgelegten Bedingungen erfüllt und wäre europarechtlich nicht zu rechtfertigen gewesen. Auch die Europäische Kommission hatte diese Auffassung nachdrücklich vertreten.

2. Pauschalbeiträge zur polnischen Sozialversicherung

Auch die Zahlung von Pauschalbeiträgen an die polnische Sozialversicherung, wie vereinzelt gefordert wurde, ist europarechtlich nicht zulässig. Dies würde voraussetzen, dass im polnischen Recht eine Regelung eingeführt würde, wonach das Entgelt aus einer vorübergehenden Beschäftigung in einem anderen Mitgliedstaat nicht der vollen Beitragspflicht in der polnischen Sozialversicherung, insbesondere der Rentenversicherung, unterliegt. Dies widerspricht dem Gemeinschaftsrecht, da eine solche Regelung den Personen, die in einem anderen europäischen Mitgliedsland eine Nebenbeschäftigung ausüben diskriminieren würde gegenüber Personen, die in Polen eine Nebenbeschäftigung ausüben und während dieser Zeit auch zusätzliche Rentenanwartschaften aufbauen. Darüber hinaus hat die polnische Seite in mehreren Gesprächen immer wieder deutlich gemacht, dass eine Pauschallösung

zur Abführung von Beiträgen an die polnische Sozialversicherung nach dem polnischen Recht ausgeschlossen sei und Änderungen bezüglich der Beitragsabführung nicht in Aussicht gestellt werden könnten.

3. Einführung eines Geringfügigkeitsgesetzes in Polen

Auch die Forderung, Polen solle eine dem deutschen Recht entsprechende Regelung zur Versicherungsfreiheit kurzfristiger Beschäftigungen einführen, ist in der Praxis nicht realisierbar. Nach polnischem Recht besteht vom ersten Tag der Aufnahme einer Beschäftigung bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses eine Sozialversicherungspflicht, und zwar unabhängig vom Umfang und der Geltungsdauer des Arbeitsvertrags. Das Bundesarbeitsministerium hatte dieses Thema mehrfach in den Gesprächen mit der polnischen Seite angesprochen, wobei die polnische Seite stets darauf hinwies, dass eine Änderung dieser Rechtslage in Polen nicht beabsichtigt sei.

4. Negativbescheinigung des polnischen Trägers

Nicht erreicht werden konnte auch die Forderung, dass die polnische Sozialversicherungsanstalt den Saisonarbeitern verbindlich bescheinigt, dass sie nicht dem polnischen Sozialversicherungsrecht unterliegen. Der polnische Träger hat diese Forderung stets als nicht durchführbar und im polnischen Recht nicht vorgesehen abgelehnt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es eine solche Negativbescheinigung auch in Deutschland nicht gibt und auch wegen zu großem bürokratischen Aufwand nicht realisierbar wäre. Als Kompromiss konnte in den Verhandlungen mit Polen erreicht werden, dass der polnische Sozialversicherungsträger die oben dargestellte allgemeine schriftliche Mitteilung über den sozialversicherungsrechtlichen Status des Saisonarbeitnehmers ausstellt.

5. Einheitliches Sozialversicherungskonto in Polen

Nicht erreicht werden konnte auch, dass die nach polnischem Recht notwendigen drei Einzelüberweisungen der Sozialversicherungsbeiträge (Sozialversicherung, Krankenversicherung, Arbeitsfonds) von den deutschen Arbeitgebern in einer einzigen Überweisung gezahlt werden können. Die polnische Sozialversicherungsanstalt wies darauf hin, dass die drei Einzelüberweisungen in Polen gesetzlich geregelt seien und auf einem eigenen EDV-Programm beruhten. Auch die Arbeitgeber in Polen müssten diese Einzelüberweisungen vornehmen.

6. Zentrale deutsche Stelle zur Abführung der Sozialversicherungsbeiträge

Nicht umsetzbar war auch die mehrfach erhobene Forderung, die landwirtschaftlichen Arbeitgeber bei Abwicklung des Meldeverfahrens und des Zahlungsverkehrs durch die Einrichtung einer zentralen Stelle zu unterstützen. Trotz der Frage, ob die Einrichtung einer zentralen Stelle eine öffentliche Aufgabe sei oder eher von den landwirtschaftlichen Verbänden durchgeführt werden sollte, hatten das Bundesarbeitsministerium und das Bundeslandwirtschaftsministerium gemeinsam geprüft, ob diese Aufgabe von den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wahrgenommen werden könnten. Im Ergebnis wurde die Einrichtung einer zentralen Stelle bei der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft wegen zu großer rechtlicher und bürokratischer Schwierigkeiten verneint. Dagegen sprach vor allem, dass die Zentrale Stelle verbindlich über die Anwendung des ausländischen Rechts hätte entscheiden müssen, was sie aber nicht kann, da dies rechtsverbindlich nur der ausländische Träger machen kann.

Aber auch die geringe Anzahl ausländischer E 101 Bescheinigungen sprach gegen die Einrichtung einer Zentralstelle. Im Jahr 2007 wurden für die 224.078 in Deutschland beschäftigten polnischen Saisonarbeiter nach Angaben der polnischen Sozialversicherungsanstalt nur ca. 3.300 Bescheinigungen E 101 ausgestellt. Somit waren auch nur für diese Personen Sozialversicherungsbeiträge von den deutschen Arbeitgebern an das polnische System abzuführen.

IV. Rechtliche Rahmenbedingungen für Saisonkräfte

Die Beschäftigung ausländischer Saisonkräfte ist für die landwirtschaftlichen Betriebe jedes Jahr von großer Bedeutung. Die Betriebe müssen ihren Arbeitskräftebedarf in Abhängigkeit von Umständen, die sie nicht beeinflussen können, flexibel decken können.

Die Politik kann zwar die Rahmenbedingungen setzen, sie kann aber nicht die Unternehmer davon befreien, sich den Marktbedingungen zu stellen. Das heißt im Zweifelsfall auch, durch veränderte Lohn- und Arbeitsbedingungen mit anderen Wirtschaftszweigen um die Arbeitskräfte zu konkurrieren. Um die Beschäftigungspotenziale im Bereich der landwirtschaftlichen Saisonbeschäftigung auch für inländische Arbeitskräfte noch stärker auszuschöpfen, hält die Bundesregierung den flankierenden Einsatz der aktiven Arbeitsförderung nach wie vor für geboten.

Die Bundesregierung trägt bei der Ausgestaltung der Saisonbeschäftigung den Vorgaben des Koalitionsvertrages Rechnung. Danach musste einerseits sichergestellt bleiben, dass die Landwirtschaft ihren saisonalen Arbeitskräftebedarf ausreichend decken kann. Andererseits sollten angesichts der hohen Arbeitslosigkeit vor allem arbeitslose Leistungsbezieher verstärkt in kurzfristige Saisonbeschäftigungen vermittelt werden. Diese beiden Ziele stehen gleichrangig nebeneinander.

1. Eckpunkteregelung

Der Umsetzung dieser Vorgaben sowie der Vorgaben des europäischen Rechts diente die Ende 2007 ausgelaufene Eckpunkteregelung zur Zulassung von ausländischen Arbeitskräften. Das Bundesarbeitsministerium und das Bundeslandwirtschaftsministerium haben mit den berufsständischen Organisationen der Landwirtschaft und des Gartenbaus sowie der Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt für 2008 und 2009 eine Verlängerung dieser Eckpunkteregelung in modifizierter Form vereinbart. Die garantierte Zulassung der ausländischen Saisonkräfte in Regionen mit guter Arbeitsmarktlage wurde dabei von 80 auf 90 Prozent der Zulassungen des Referenzjahres 2005 erhöht. Zusätzlich wurde die Möglichkeit zur Anwerbung bulgarischer Saisonkräfte auf die Landwirtschaft und den Gartenbau erweitert. Vor dem Hintergrund der Zunahme von Stornierungen bei den polnischen Saisonarbeitskräften soll damit ein Beitrag geleistet werden, den bestehenden Kräftebedarf decken zu können.

Nach der Eckpunkteregelung wird den Betrieben die Zulassung von 80 Prozent der im Jahr 2005 beschäftigten ausländischen Saisonkräfte weiter garantiert. Weitere 10 Prozent ausländische Saisonkräfte sollen bewilligt werden, wenn nach Einschätzung der Agenturen für Arbeit dafür voraussichtlich keine Möglichkeiten der Vermittlung inländischer und ihnen gleichgestellter Arbeitssuchender bestehen. Die Bewilligung von ausländischen Saisonkräften für die letzten 10 Prozent setzt voraus, dass es den Agenturen für Arbeit trotz aller Anstrengungen und unter Mitwirkung der Betriebe nicht gelingt, in ausreichender Zahl inländische Arbeitssuchende für die Arbeiten zu gewinnen. Diese drei Stufen (sog. 80:10:10-Regelung) gelten auch für die Deckung eines gegenüber dem Referenzjahr 2005 auf Grund von Betriebserweiterungen oder der Umstellung auf den Anbau personalintensiver Kulturen erhöhten Kräftebedarfs.

Bereits die Eckpunkteregelung für 2006 und 2007 sah eine so genannte Härtefallregelung vor. Diese Regelung findet bei der Eckpunkteregelung für 2008 und 2009 weiterhin Anwendung. Härtefalllösungen kommen in solchen Einzelfällen in Betracht, in denen trotz nachdrücklicher Anstrengungen aller

Seit eine Inländerquote von 10 Prozent nicht erreichbar ist. Diese Härtefallregelung kann, soweit keine inländischen Saisonarbeitskräfte vermittelt werden können, im Ergebnis auch dazu führen, dass 100 Prozent ausländische Saisonarbeitskräfte zugelassen werden können.

Neu ist, dass Betrieben in Arbeitsagenturbezirken von vornherein in einem Schritt 90 Prozent der im Referenzjahr 2005 zugelassenen ausländischen Saisonkräfte bewilligt werden, in denen die Arbeitslosenquote im Oktober 2007 unter 7,5 Prozent, und damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, gelegen hat und daher von weniger Vermittlungen inländischer Arbeitsuchender ausgegangen werden kann. In diesen Regionen gilt somit seit 01.01.2008 die 90:10-Regelung. Damit wird den regionalen Unterschieden stärker Rechnung getragen und ein Beitrag zur Entbürokratisierung geleistet.

2. Arbeitsgenehmigung-EU

Ausländische Arbeitnehmer aus Ländern außerhalb der EU und aus den neuen Mitgliedstaaten, für die die Arbeitnehmerfreizügigkeit noch nicht uneingeschränkt gilt, können zur Aufnahme einer Saisontätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland eine „Zustimmung zur Beschäftigung“ bzw. eine „Arbeitsgenehmigung-EU“ unter folgenden Bedingungen erhalten.

Die gesetzlichen Grundlagen bilden das Aufenthaltsgesetz, die Beschäftigungsverordnung und, soweit die Neu-Unionsbürger betroffen sind, das Sozialgesetzbuch Drittes Buch, die Anwerbestoppausnahmereverordnung und die Arbeitsgenehmigungsverordnung. Voraussetzung ist danach vor allem, dass für die Tätigkeit keine deutschen Arbeitnehmer sowie Ausländer, die diesen hinsichtlich der Arbeitsaufnahme rechtlich gleichgestellt sind oder andere Ausländer, die nach dem Recht der Europäischen Union einen Anspruch auf vorrangigen Zugang zum Arbeitsmarkt haben, zur Verfügung stehen. Die BA hat diesen Vorrang im Rahmen einer Arbeitsmarktprüfung abzuklären.

Voraussetzung für die Beschäftigung ist weiterhin, dass die Arbeitgeber sich bei der Anforderung und Vermittlung an ein bestimmtes Verfahren halten, das zwischen der BA und den Arbeitsverwaltungen der beteiligten Länder abgeschlossen ist. Derartige Vermittlungsabsprachen sind mit den Arbeitsverwaltungen folgender Länder getroffen worden:

- Polen, Slowenien, Ungarn, Slowakische Republik, Tschechische Republik, Rumänien, Bulgarien und Kroatien.

Nach dem geltenden Verwaltungsrecht kann ausländischen Saisonkräften eine Arbeitserlaubnis nur erteilt werden, wenn

- sich durch ihre Beschäftigung keine nachteiligen Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt ergeben,
- die Ausländer nicht zu ungünstigeren Arbeitsbedingungen als vergleichbare deutsche Arbeitnehmer beschäftigt werden und
- Deutsche sowie Ausländer, die diesen hinsichtlich der Arbeitsaufnahme rechtlich (z. B. Alt-Unionsbürger) gleichgestellt sind, nicht für eine Aufnahme dieser Tätigkeit zur Verfügung stehen („Vorrangprüfung“).

Dieses Prüf- und Zulassungsverfahren bedarf einer gewissen Vorlaufzeit. Diese Zeit steht vor allem bei witterungsabhängigen Erntearbeiten oft nur begrenzt zur Verfügung, weil deren Beginn und Verlauf häufig sehr kurzfristig disponiert werden muss, gleichzeitig einzelne Betriebe gerade in dieser Zeit auf eine Großzahl qualifizierter und motivierter Arbeitskräfte angewiesen sind, die aber der einheimische Arbeitsmarkt zumindest nicht in ausreichender Zahl hergibt.

Deshalb wurde vor allem mit Blick auf die betroffenen landwirtschaftlichen Betriebe ein besonderes Zulassungsverfahren eingeführt. Um den landwirtschaftlichen Arbeitgebern wie auch den einreisewilligen ausländischen Arbeitnehmern die erforderliche Planungs- und Rechtssicherheit zu gewährleisten, wird das Zulassungsverfahren seit 1998 durch zwischen dem Bundesarbeitsministerium mit den Verbänden der Land- und Forstwirtschaft sowie des Gartenbaus und der IG Bauen-Agrar-Umwelt vereinbarte „Eckpunkte für die Zulassung der mittel- und osteuropäischen Saisonkräfte“ geregelt.

3. Ausweitung der Beschäftigungsdauer

Um der rückläufigen Anzahl ausländischer Saisonarbeitskräfte entgegenzuwirken, hat die Bundesregierung beschlossen, die jährliche Höchstbeschäftigungsdauer für ausländische Saisonarbeiter von vier auf sechs Monate zu erhöhen. Ab 01. Januar 2009 können Saisonarbeitskräfte eine Beschäftigung bis zu sechs Monate im Kalenderjahr in der Land- und Forstwirtschaft, im Hotel- und Gaststättengewerbe, in der Obst- und Gemüseverarbeitung sowie in Sägewerken aufnehmen. Der Zeitraum für die Beschäftigung von Saisonarbeitnehmern ist für einen Betrieb auf acht Monate im Kalenderjahr begrenzt. Diese Begrenzung gilt nicht für Betriebe des Obst-, Gemüse, Wein-, Hopfen- und Tabakanbaus.

4. Ausdehnung der Anwerbung auf andere Staaten

Nach der derzeitigen Rechtslage ist die Zulassung ausländischer Saisonkräfte auf die Herkunftsstaaten beschränkt, mit deren Arbeitsverwaltung die Bundesagentur für Arbeit (BA) eine Absprache über die Vermittlung getroffen hat. Aus dem Kreis der neuen Mitgliedstaaten bestehen entsprechende

Vermittlungsabsprachen seit Jahren mit den Arbeitsverwaltungen von Polen, Rumänien, Slowenien, Tschechien, Ungarn und der Slowakei. Zusätzlich hat die BA im April 2008 die Vermittlungsabsprache über Saisonkräfte mit der bulgarischen Arbeitsverwaltung auf die Landwirtschaft und den Gartenbau erweitert. Außerhalb der Europäischen Union besteht eine Absprache mit Kroatien.

Die teilweise erhobenen Forderungen nach weiteren Vermittlungsabsprachen mit Drittstaaten über die Vermittlung von Saisonarbeitnehmern ist schon aus europarechtlichen Gründen zurückzuweisen, da auf Grund der Gemeinschaftspräferenz zusätzliche Vermittlungsabsprachen mit Drittstaaten erst dann erfolgen können, wenn für Neu-Unionsbürger keine Einschränkungen der Arbeitnehmerfreizügigkeit mehr bestehen. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Verlängerung der Beschäftigungsdauer auf die Zulassungszahlen ausländischer Saisonkräfte und die Durchführung der Erntearbeiten auswirken wird.

V. Statistik und Stundenentgelte

Deutschland

Die Gesamtzahl der überwiegend in der deutschen Landwirtschaft beschäftigten Saisonarbeiter aus den mittel- und osteuropäischen Mitgliedstaaten ist von 176.590 im Jahr 1995 auf 324.034 im Jahr 2004 gestiegen und danach auf 277.570 im Jahre 2008 zurückgegangen. Gleichzeitig hat sich auch der Anteil der polnischen Saisonkräfte von 252.902 im Jahr 2002 auf 190.582 im Jahre 2008 um 62.320 Saisonkräfte reduziert. Die Anzahl der rumänischen Saisonarbeiter hat sich dagegen erhöht von 20.612 im Jahre 2002 auf 72.340 im Jahr 2008 um 51728.

In Deutschland variieren die tarifvertraglichen Bruttostundenlöhne für Erntehelfer im Jahre 2008 (2006 in Klammern) in der Landwirtschaft je nach Bundesland und Schwere der Arbeit von 4,71€ in Rheinland-Nassau (4,46 € in Sachsen 9) bis 7,19 € in Rheinhessen und Pfalz (6,39 in Mecklenburg-Vorpommern). Im Gartenbau variierten die Bruttostundenlöhne für Erntehelfer im Jahr 2006 und 2008 von 3,27 € in Sachsen bis 6,04 € in Bayern.

Spanien

Während die Mindestlöhne für Saisonarbeit bei 30 €/Tag liegen, sehen die Tarifverträge Löhne um etwa 40 € vor. In der Praxis werden oft nur 20-25 €/

Tag gezahlt. Akkordarbeit ist die Regel; dabei können bis zu 60 €/Tag erzielt werden. Saisonarbeiter können angeworben werden, wenn die Arbeitsverwaltungen Bedarf feststellen. Spanier helfen traditionell bei der Weinernte in Frankreich.

Wegen der dort höheren Löhne und des angespannten spanischen Arbeitsmarktes kam es zu einer verstärkten Wanderung von spanischen Saisonkräften nach Südfrankreich. Im Januar 2009 waren von den rd. 450.000 Landarbeitern etwa 210.000 Ausländer. Der Anstieg der Arbeitslosigkeit auf 14,4% im Januar 2009 hat die Arbeit auf dem Feld unvermutet auch für Spanier wieder interessant gemacht.

Großbritannien

Mit dem freien Zugang der neuen Mitgliedstaaten (ohne Rumänien und Bulgarien) zum Arbeitsmarkt ab 2004 stieg zunächst die Anzahl der osteuropäischer Saisonarbeiter stark an und ist seit 2006 auf zuletzt vom brit. Bauernverband geschätzte 60.000 Arbeitnehmer zurückgegangen. Auch der Zulauf aus Nicht-EU-Staaten ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen und seit 2007 für Niedrigqualifizierte zugunsten der Zuwanderung aus Rumänien und Bulgarien ganz untersagt. Der britische Bauernverband hat deshalb bei der Regierung darauf gedrungen, die Quoten von 16.250 für niedrigqualifizierte bulgarische und rumänische Arbeitskräfte zu erhöhen (vermutlich 21.000). Der Rückgang der osteuropäischen Saisonarbeiter in Großbritannien ist insbesondere auf die bessere Arbeitsmarktsituation in den jeweiligen Heimatländern, dem starken Fall des britischen Pfunds sowie dem Wechsel in besser bezahlte Jobs innerhalb Großbritanniens zu begründen. Es gibt einen agrarspezifischen Mindeststundenlohn der 2008 mit 5,75 GBP geringfügig höher war als der allgemein geltende Mindeststundenlohn von 5,73 GBP.

VI. Ausblick

Das Bundesarbeitsministerium wird sich auch zukünftig im Rahmen der regelmäßigen Gespräche, insbesondere mit den polnischen, rumänischen und bulgarischen Ministerien und Trägern weiterhin darum bemühen, konkrete Probleme zur sozialversicherungsrechtlichen Zuordnung der Saisonarbeiter und zum jeweiligen Melde- und Beitragseinzugsverfahren zu besprechen. Das Bundesarbeitsministerium wird auch weiterhin unter Einbindung der Sozialversicherungsträger sowie der für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer zuständigen Verwaltungskommission in Brüssel versuchen, mehr Sicherheit für die deutschen Arbeitgeber im Umgang mit den Saisonarbeitskräften bzw. den entsandten Arbeitnehmern zu erreichen.

Bei allen durchaus verständlichen Vorstellungen der Arbeitgeber für Erleichterungen bei der Beschäftigung mittel- und osteuropäischer Saisonarbeiterinnen und Saisonarbeiter sollte jedoch auch beachtet werden, dass sowohl die sozialversicherungsrechtliche Zuordnung der Saisonarbeiter wie auch die nationalen Melde- und Beitragseinzugsverfahren durch europarechtliche und nationale Vorschriften geregelt sind und eine Abweichung davon nur durch eine Änderung der europarechtlichen bzw. nationalen Bestimmungen sowie der jeweiligen Verwaltungsvorschriften möglich ist. Dabei ist auch zu beachten, dass auch die Arbeitgeber in den betroffenen Mitgliedstaaten die zum Teil aufwendigen Verwaltungsverfahren anwenden müssen. Auch die Verwaltungsverfahren in Deutschland sind zum Teil kompliziert und nicht immer einfach zu verstehen.

Verfasser:

Wolfgang Koberski
Bundesministerium für Arbeit und Soziales Berlin/Bonn

Bruno Barth
Bundesministerium für Arbeit und Soziales Berlin/Bonn

Das Medizinprodukt im SGB V – jüngste Rechtsentwicklungen

Anders als z.B. für Arzneimittel gibt es im GKV-System keine eigenständige Erstattungskategorie „Medizinprodukte“.¹ Erstattet werden kann aber nur, was das Gesetz ausdrücklich (z.B. in § 27 SGB V) vorsieht. Eine Erstattung für Medizinprodukte kann daher nur beansprucht werden, wenn das jeweilige Medizinprodukt unter eine der im SGB V ausdrücklich geregelten Leistungsarten gefasst werden kann. Viele Medizinprodukte gelten leistungrechtlich als Hilfsmittel i. S. d. § 33 SGB V und können als solche von den Versicherten beansprucht und somit im GKV-System erstattet werden.

Für die kleine Gruppe der sog. arzneimittelähnlichen Medizinprodukte - also Stoffe, die nicht vorwiegend pharmakologisch, metabolisch oder immunologisch wirken - hat der Gesetzgeber vor einigen Jahren eine Sonderregelung in § 31 SGB V geschaffen. Hier ergeben sich durch das GKV-OrgWG Änderungen.

Soweit Medizinprodukte als Hilfsmittel erstattet werden, werden diese durch Leistungserbringer an die GKV-Versicherten abgegeben. Aufgrund des in der GKV herrschenden Sachleistungsprinzips haben die Krankenkassen durch Verträge mit den Leistungserbringern die Versorgung der GKV-Versicherten zu gestalten (vgl. §§ 2 Abs. 2, 3 Abs. 1 SGB V). Auch für dieses Vertragswesen bringt das GKV-OrgWG Änderungen mit sich.

1 § 3 Abs. 1 MPG - Definition Medizinprodukt: „Medizinprodukte sind alle einzeln oder miteinander verbunden verwendeten Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände einschließlich der für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktionen zum Zwecke a) der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten, b) der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen, c) der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs oder d) der Empfängnisregelung zu dienen bestimmt sind und deren bestimmungsgemäße Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper weder durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel noch durch Metabolismus erreicht wird, deren Wirkungsweise aber durch solche Mittel unterstützt werden kann.“

A. Einbeziehung der arzneimittelähnlichen Medizinprodukte in die Arzneimittelversorgung

Bis zum 30.06.2008 waren unter bestimmten Voraussetzungen arzneimittelähnliche Medizinprodukte nach § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der GKV erstattungsfähig. Allerdings bestanden in der Praxis erhebliche Rechtsunsicherheiten über die Tatbestandsvoraussetzungen dieser Anspruchsnorm. Durch das 3. MPG-Änderungsgesetz hatte daher der Gesetzgeber diese Erstattungsvorschrift abgeschafft. Statt dessen erhielt der G-BA die Aufgabe, in den Arzneimittelrichtlinien näher zu konkretisieren, in welchen medizinisch notwendigen Fällen ausnahmsweise arzneimittelähnliche Medizinprodukte in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einzubeziehen sind. Seit dem 3. MPG-Änderungsgesetz gilt somit eine Positivliste des G-BAs für arzneimittelähnliche Medizinprodukte. Der G-BA ist diesen Auftrag durch eine Abänderung der

- Arzneimittelrichtlinien samt Anlagen und
- Verfahrensordnung

zum 01.04.2009 nachgekommen.

In der gültigen Arzneimittelrichtlinie des G-BA heißt es in § 7 „Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie weitere Medizinprodukte“:

„Der Anspruch der Versicherten erstreckt sich auf die Versorgung mit 1. Verbandmitteln, 2. Harn- und Blutteststreifen, 3. Medizinprodukten im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V, soweit diese in die Versorgung mit Arzneimitteln nach den §§ 27 ff. einbezogen sind. Dies entspricht inhaltlich Nr. 1 der AM-RL in der alten Fassung. Die Einzelheiten der Verordnungsfähigkeit der arzneimittelähnlichen Medizinprodukte ist in den §§ 27 ff. der Arzneimittelrichtlinie niedergelegt (Abschnitt J. Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten).“

Die wichtigste Regelung der Arzneimittelrichtlinie in der Fassung vom 01.04.2009 lautet:

§ 27 „Umfang des Anspruchs“

- „(1) 1 Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder 2 des MPG zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind von der Versorgung nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 in Verbindung mit § 31 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen. 2 Dies gilt nicht für solche Medizinprodukte nach § 28, die nach den Bestimmungen dieser Richtlinie in medizinisch notwendigen Fällen

ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung nach § 31 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V einbezogen sind.

- (2) Ein Medizinprodukt, welches im Hinblick auf seine therapeutische Zweckbestimmung derjenigen eines Arzneimittels entspricht, das nach den Vorschriften der Arzneimittel-Richtlinie nicht zu Lasten der GKV verordnet werden kann, ist ebenfalls nicht verordnungsfähig.
- (3) Medizinprodukte sind nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und 8 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen, wenn bei ihrer Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind insbesondere Medizinprodukte, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.
- (4) Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind Medizinprodukte von der Versorgung in folgenden Anwendungsgebieten entsprechend der Regelungen nach § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V ausgeschlossen:
 1. Medizinprodukte zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
 2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen sowie ausgenommen synthetischer Speichel zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen,
 3. Abführmittel, ausgenommen bei der Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase,
 4. Medizinprodukte gegen Reisekrankheit.

- (5) Der Versorgungsanspruch für Verbandmittel ist abschließend in § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V geregelt und daher nicht Gegenstand dieser Richtlinie.
- (6) Soweit die Anwendung eines Medizinproduktes im Sinne des Absatz 1 eine ärztliche Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darstellt oder integraler Bestandteil einer solchen ist, bedarf es einer Bewertung nach § 135 Abs. 1 SGB V.
- (7) Die Verpflichtung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes zur wirtschaftlichen Verordnungsweise bleibt von diesen Regelungen unberührt.
- (8) Die nach dieser Richtlinie verordnungsfähigen Medizinprodukte sind abschließend in einer Übersicht als Anlage V dieser Richtlinie aufgeführt. Für die Prüfung auf Aufnahme eines Medizinproduktes in diese Anlage V ist – auch bei ausschließlicher Anwendung für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen – ein Antrag nach § 34 Abs. 6 SGB V erforderlich.“

§ 28 „Medizinprodukte“ enthält eine an das MPG angelehnte Definition der Medizinprodukte im Sinne dieser Richtlinie. Ein Medizinprodukt ist medizinisch notwendig im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wenn erstens es entsprechend seiner Zweckbestimmung nach Art und Ausmaß der Zweckerzielung zur Krankenbehandlung im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V und § 28 geeignet ist, zweitens eine diagnostische oder therapeutische Interventionsbedürftigkeit besteht, drittens der diagnostische oder therapeutische Nutzen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und viertens eine andere, zweckmäßigere Behandlungsmöglichkeit nicht verfügbar ist (vgl. § 29 der Arzneimittelrichtlinie).

Die Anlage V zum Abschnitt J der Arzneimittel-Richtlinie enthält insoweit eine abschließende Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte.

Die Einzelheiten des Antragsverfahrens sind vor allem in der neuen Verfahrensordnung des G-BA niedergelegt worden. So heißt es im 5. Abschnitt „Bewertung von Medizinprodukten hinsichtlich einer Aufnahme in die AMR nach § 31 Abs. 1 Satz 2 und 3 iVm Nr. 30 ff AMR“:

1. Titel: Bewertungskriterien**„§ 35 Grundsätzliche Voraussetzungen**

Grundsätzliche Voraussetzung für die Verordnungsfähigkeit eines Medizinproduktes ist die Verkehrsfähigkeit des Medizinproduktes nach den Vorschriften des MPG.“

„§ 36 Bewertungskriterien

(1) Ein Medizinprodukt ist medizinisch notwendig im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wenn

1. es entsprechend seiner Zweckbestimmung nach Art und Ausmaß der Zweckerzielung zur Krankenbehandlung im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V und Nr. 31 AMR geeignet ist,
2. eine diagnostische oder therapeutische Interventionsbedürftigkeit besteht,
3. der diagnostische oder therapeutische Nutzen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und
4. eine andere, zweckmäßigere Behandlungsmöglichkeit nicht verfügbar ist.

(2) Bei der mit dem Medizinprodukt gemäß seiner Zweckbestimmung zu behandelnden Erkrankung muss unter Berücksichtigung des Spontanverlaufs der Erkrankung eine Notwendigkeit zur medizinischen Intervention bestehen.“

2. Titel: Antragsverfahren:**„§ 37 Anforderungen an den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit**

(1) Die medizinische Notwendigkeit des Einsatzes eines Medizinproduktes nach den Kriterien des § 36 ist anhand von Studien höchstmöglicher Evidenz und ggf. weiterer Literatur zu belegen.

(2) Auf der Basis systematischer Literaturrecherchen ist nachzuweisen, dass ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens in den einschlägigen Fachkreisen über den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen des Medizinproduktes zur Behandlung der Erkrankung besteht.“

„§ 38 Anforderungen an die Antragstellung

- (1) Nach § 34 Abs. 6 Satz 1 SGB V können Hersteller (i. S. d. MPG) beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen Antrag zur Aufnahme eines Medizinproduktes in die Anlage 12 AMR stellen.
- (2) 1 Die §§ 32 bis 34 gelten für Medizinprodukte entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anträge unter Verwendung des Antragsbogens (Anlage 3.1) sowie des Studienextraktionsbogens gemäß Anlage 3.2 und 3.3 zu stellen sind. 2 Zu den für die Antragsbegründung erforderlichen Nachweisen gehören:
1. die Angabe der Bezeichnung des Medizinproduktes
 2. die Zusammensetzung nach Art und Menge
 3. die Angabe der Zweckbestimmung
 4. die Angabe zum ATC-Code (sofern vergeben)
 5. die Angaben zur Zertifizierung (Zeitpunkt, benannte Stelle, Zertifizierungsnummer, Befristung, Klassifizierung) einschließlich der Vorlage einer Kopie des CE-Zertifikates
 6. die Angabe der Verkaufsabgrenzung
 7. das Beifügen einer aktuellen Produktinformation
 8. die Angaben zur klinischen Bewertung des Medizinproduktes gemäß § 19 MPG
 9. Literatur zum Nachweis der medizinischen Notwendigkeit gemäß § 36.
- (3) Änderungen der Angaben gemäß Abs. 2 sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss unverzüglich mitzuteilen.
- (4) Der Antrag und die zu seiner Begründung erforderlichen Unterlagen nach Abs. 2 sind in schriftlicher Form sowie zusätzlich auf einem elektronischen Datenträger einzureichen; per E-Mail können keine Verfahrensanträge oder Schriftsätze rechtswirksam eingereicht werden.“

Das GKV-OrgWG sieht nun vor, dass auch die Versorgung mit den arzneimittelähnlichen Medizinprodukten wie Hilfsmitteln nach §§ 126, 127 SGB V durch Direktverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bzw. Leistungserbringerverbänden geregelt werden soll. Damit setzt sich die Entwick-

lung des GKV-WSG fort, das zum Teil das Kollektivvertragssystem zugunsten eines Einzel- bzw. Selektivvertragssystems aufgibt.

B. Neuerung durch das GKV-OrgWG im Hilfsmittelbereich

Im Bundesgesetzblatt vom 17. Dezember 2008 ist das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) veröffentlicht worden, das weitestgehend am 01.01.2009 in Kraft getreten ist (vgl. Art. 7 Abs. 1 GKV-OrgWG). Dieses Gesetz reiht sich ein in die lange Kette der Gesundheitsreformgesetze, die immer wieder die Rahmenbedingungen für die Anbieter gesundheitlicher Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geändert haben. Auch wenn der Name des Gesetzes die Erwartung nahelegt, dass es sich nahezu mit den Organisationsstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung beschäftigt, enthält das Gesetz eine Vielzahl von Regelungen, die für den Medizinproduktbereich von Interesse sind und daher den Schwerpunkt der nachfolgenden Betrachtung bilden.

Nach der ursprünglichen Planung der Bundesregierung stellte das GKV-OrgWG² eine (notwendige) Ergänzung zu dem am 01.04.2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)³ dar. Letztes führte insbesondere den Gesundheitsfonds ein, der am 01.01.2009 seine Arbeit aufgenommen hat. Durch den Gesundheitsfonds verloren die Krankenkassen die bis dahin bestehende Beitragssatzhoheit, die es den Kassen ermöglichte, innerhalb bestimmter Grenzen auf Verluste mit Beitragssatzerhöhungen zu reagieren. Nun gilt für alle Krankenkassen derzeit der einheitliche Beitragssatz von 15,5 %. Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den geringen Zusatzbeiträgen, die sie noch erheben können, nicht auskommen, droht somit die Zahlungsunfähigkeit. Für diesen Fall sah der ursprüngliche Gesetzesentwurf im Wesentlichen vor, zur Herstellung gleicher Wettbewerbsbedingungen alle gesetzlichen Krankenkassen dem Anwendungsbereich der Insolvenzordnung zu unterwerfen. Ferner wurde die Gelegenheit genutzt, einige Vorschriften zur Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 an zwischenzeitlich erkannte Probleme anzupassen.⁴ In das Gesetzgebungsverfahren sind dann eine Vielzahl von Änderungsanträ-

2 S. vom 15.12.2008 BGBl. I, S. 2426.

3 S. vom 26.03.2007, BGBl. I S. 378.

4 Vgl. BR-Drs. 342/08 vom 23.05.2008, S. 16.

gen der Regierungsfractionen eingebracht worden (vgl. Änderungsanträge vom 19.09.2008 und 09.10.2008), die Niederschlag in der Beschlussempfehlung durch den Gesundheitsausschuss vom 15.10.2008 gefunden haben⁵, die dann letztendlich Gesetz geworden ist. Erst dadurch sind die medizinproduktrelevanten Vorschriften in den Gesetzentwurf aufgenommen worden.

Im Einzelnen:

a) Neuregelung der enteralen Ernährung

Ähnlich wie bei Medizinprodukten sah der abschließende Leistungskatalog der GKV keine Leistungsverpflichtungen für Nahrungsmittel vor, was insbesondere für den Bereich der diätetischen Behandlung und der enteralen Ernährung (z.B. Sondennahrung) große praktische Bedeutung hatte. Auch hier hat der Gesetzgeber daher die Strategie verfolgt, bestimmte Mittel zur enteralen Ernährung in die Arzneimittelversorgung durch § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V (a.F.) einzubeziehen. Zuständig für die Einbeziehung ist der G-BA, der in den Arzneimittelrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V das Nähere zu regeln hatte. Der G-BA verfuhr aber mit dieser Ermächtigung restriktiver, als es das BMG wünschte. Das BMG erließ daher eine Ersatzvornahme und ergänzte den Katalog des G-BA. Diese Ersatzvornahme griff der G-BA erfolgreich vor dem Sozialgericht Köln an.⁶ Auch wenn das Verfahren über die Berechtigung der damaligen Ersatzvornahme noch nicht abgeschlossen ist, hat das BSG zwischenzeitlich erkennen lassen, dass es ebenfalls für eine restriktive Handhabung der Ausnahmeregelung in § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V eintritt.⁷ Der Gesetzgeber reagierte nun auf diese Rechtsprechung mit einer Änderung des § 31 SGB V durch die Einfügung eines neuen Absatzes 5. Danach haben GKV-Versicherte nun Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, wenn eine diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Der G-BA ist zuständig, in den Richtlinien Einzelheiten festzulegen und muss im Bundesanzeiger eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Produkte veröffentlichen. Für das Verfahren gilt § 34 Abs. 6 SGB V entsprechend. Diese Regelung war notwendig, um die Einhaltung der Verfahrenssicherungen der Transparenzrichtlinie 89/105/EWG zu gewährleisten. Für die Zuzahlung gelten die für die Arzneimittel geltenden Regeln entsprechend (vgl. § 31 Abs. 3 SGB V).

5 Vgl. BT-Drs. 16/10609 vom 15.10.2008.

6 Vgl. SG Köln Urteil vom 21.03.2007, Az.: S19 KA 27/05.

7 BSG Urteil vom 28.02.2008, Az.: B1 KR - Lorenzo's Öl 16/07 R -

Die dem Leistungsrecht unterfallenden bilanzierten Diäten werden auch Teil der Ausgabenvolumina für Arzneimittel nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V, so dass die entsprechenden Ausgaben für die Ärzte „budgetrelevant“ sind. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten gelten dann allerdings nicht die Arzneimittelvorschriften entsprechend, so dass jede Apotheke abgabeberechtigt wäre, sondern die Hilfsmittel-Vorschriften in §§ 126, 127 SGB V. Die Krankenkassen werden daher in erster Linie Verträge mit Leistungserbringern abschließen und die Versorgung auf ihre Vertragspartner beschränken können. Auch hier setzt sich somit die Entwicklung zu Einzel- und Selektivverträgen fort.

b) Neugestaltung der Hilfsmittelversorgung durch Verträge

Mit Ausnahme von Versorgung auf Grund der Übergangsregelungen gilt das Vertragsprinzip. Zum Abschluss von Verträgen stehen unterschiedliche Instrumente zur Verfügung. Verträge nach § 127 Absatz 1 SGB V kommen durch Ausschreibung zustande, Verträge nach § 127 Absatz 2 SGB V i. d. R. auf dem Verhandlungswege. Angesichts der Gesetzessystematik stellt die Versorgungsgrundlage i. S. d. § 127 Absatz 3 SGB V in jedem Fall die Ausnahme da. Nach § 127 Absatz 3 Satz 3 sind auch in den Fällen des § 33 Absatz 1 Satz 5 (Wahl einer das Maß des Notwendigen übersteigenden Leistung) und § 33 Absatz 6 Satz 3 SGB V Wahl eines anderen Leistungserbringers bei nachgewiesenem berechtigtem Interesse) Einzelvereinbarungen zu treffen, wobei die Krankenkasse hier nur die für eine das Maß des Notwendigen nicht übersteigende Versorgung (in den Fällen des § 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V) oder die auf der Grundlage einer Ausschreibung vertraglich vereinbarten Preise (in den Fällen des § 33 Absatz 6 Satz 3 SGB V) zu übernehmen hat.⁸

Vertragsungebundenen Leistungserbringern steht grundsätzlich ein Beitrittsrecht nur zu bestehenden Verträgen nach § 127 Absatz 2 SGB V zu. Voraussetzung für einen Vertragsbeitritt ist u. a., dass der Leistungserbringer die gesetzlichen Anforderungen an die Leistungserbringung nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllt (Eignungskriterien). Dies ist vor dem Vertragsbeitritt von dem Leistungserbringer nachzuweisen und durch die Krankenkasse zu prüfen. Erfüllt ein Leistungserbringer die Anforderungen nicht, ist ein Vertragsbeitritt abzulehnen. Bis zum 30. Juni 2010 gelten grundsätzlich alle Leistungserbringer, die am 31. März 2007 zur Versorgung zugelassen waren, als geeignet,

8 Hinweise des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) im Hilfsmittelbereich vom 6. Februar 2009, S. 13.

einem Vertrag beitreten zu können.⁹ Das Beitrittsrecht ist nicht auf bestimmte Verträge beschränkt und bezieht sich auch auf Verträge, die vor dem 1. April 2007 geschlossen worden sind. Dies gilt auch, wenn mit mehreren Leistungserbringern parallel über eine vergleichbare Leistung Verträge bestehen. Der beitretende Leistungserbringer muss allerdings die Konditionen des Vertrags anerkennen und die Anforderungen des Vertrags erfüllen, dem er beitreten will. Verbänden und sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer wird durch das neue Gesetz ebenfalls ein Beitrittsrecht eingeräumt, jedoch nur zu Verträgen mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer. In diesem Fall müssen die Eignungskriterien für jedes Mitglied des Leistungserbringerkollektivs erfüllt und nachgewiesen sein. Die Übergangsregelung nach § 126 Abs. 2 SGB V ist auch hier zu beachten.

c) Versorgung der Versicherten durch die Vertragspartner

Ursprünglich sahen die §§ 126, 127 SGB V vor, dass die GKV-Versicherten durch zugelassene Leistungserbringer (z.B. zugelassene Sanitätshäuser) zu versorgen sind. Mit einer entsprechenden Zulassung hatte somit der Leistungserbringer die Tür zum GKV-Versorgungssystem geöffnet. Bereits das GMG und insbesondere das GKV-WSG haben jedoch das frühere Zulassungssystem für die Leistungserbringer weitgehend durch ein Vertragssystem abgelöst. Danach gilt der Grundsatz des § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V (a.F.), dass Hilfsmittel nur auf Grundlage von Verträgen mit Krankenkassen an Versicherte abgegeben werden dürfen. Vorrangig sah dabei § 127 Abs. 1 Satz 1 SGB V – im Rahmen der Zweckmäßigkeit – einen Vertragsschluss nach Ausschreibung vor. Dadurch ist also nicht mehr jeder zugelassene Leistungserbringer zur Hilfsmittelversorgung berechtigt, sondern nur der jeweilige Ausschreibungsgewinner, mit dem die Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hat. An diesem System hält der Gesetzgeber auch nach den jüngsten Änderungen des GKV-OrgWG im Grundsatz fest.

Allerdings verleiht die Übergangsvorschrift in § 126 Abs. 2 Satz 1 SGB V den Leistungserbringern, die am 31.03.2007 über eine Zulassung nach § 126 SGB V verfügt hatten, eine grundsätzliche Leistungsberechtigung bis zum 30.06.2010. Erst ab dem 01.01.2010 sind nur noch Vertragspartner der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten berechtigt; die Versorgungsberechtigung aufgrund der Übergangsregelung in § 126 Abs. 2 SGB V entfällt. Bei wesentlichen Änderungen der betrieblichen Verhältnisse können die Kran-

9 Hinweise des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) im Hilfsmittelbereich vom 6. Februar 2009, S. 14.

kenkassen ergänzende Eignungsnachweise verlangen. Dies orientiert sich daran, ob die gesetzliche Anforderung einer ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Versorgung durch die Veränderungen beim Leistungserbringer tangiert wird. Davon ist z. B. beim Wechsel der Geschäftsräume oder dem Weggang des fachlichen Leiters ohne adäquaten Ersatz auszugehen. Neue Leistungserbringer, die erst nach dem 31. März 2007 in den Markt eintreten bzw. eingetreten sind, können Hilfsmittelversorgungen nur aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung durchführen. Sie müssen ihre Eignung auf Basis der Empfehlungen nach § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V gegenüber der vertragsschließenden Krankenkasse vor Vertragsabschluss im Einzelnen nachweisen, solange noch kein Präqualifizierungsverfahren etabliert worden ist.¹⁰ Die am 31. März 2007 zugelassenen Leistungserbringer sind darüber hinaus bis zum 31. Dezember 2009 auch ohne Vertrag versorgungsberechtigt, es sei denn, dass ein Vertrag über eine vergleichbare Leistung im Wege der Ausschreibung im jeweiligen Geltungsbereich zustande gekommen ist. Durch die Ausnahmeregelung können die Exklusivversorgungsrechte der Ausschreibungsgewinner gewahrt werden.

Höchststrichterlich ungeklärt ist bislang allerdings, inwieweit diese Übergangsfrist auch zur Versorgung bei erfolgter Ausschreibung berechtigt. Das LSG Nordrhein-Westfalen ist der Ansicht, dass die Übergangsfrist im Falle von Hilfsmittel-Ausschreibungen nicht gilt und der Ausschreibungsgewinner exklusiver Versorgungspartner einer Krankenkasse ist (Az.: L 16 B 10j08 ER, ebenso: LSG Sachsen Az.: L 1 B 207108 KR)). Hintergrund dieses Rechtstreites war die Inkontinenz-Hilfsmittel-Ausschreibung der BARMER. Die Versorgung wurde nach Zuschlag exklusiv auf die Ausschreibungsgewinner übertragen. Dagegen wandte sich ein Leistungserbringer. Mit Verweis auf die Übergangsfrist nach § 126 Abs. 2 SGBV pochte er auf eine weitere Versorgungsberechtigung und bekam zunächst recht. Mit einer einstweiligen Verfügung ordnete das Sozialgericht Köln am 31. Januar 2008 die weitere Lieferberechtigung des klagenden Leistungserbringers an. In der Begründung meinte das SG Köln (Az.: S 5 KR 310/07), dass die Übergangsfrist nach § 126 Abs. 2 SGB V ins Gesetz aufgenommen wurde, um eine Benachteiligung der bisherigen Zulassungsinhaber zu vermeiden. Das SG Köln war der Auffassung, dass § 33 Abs. 6 Satz 2 SGB V diese Berechtigung nicht einschränkt. Wenn der Gesetzgeber etwas anderes gewollt hätte, hätte er dies explizit regeln müssen. Mit

10 Hinweise des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) im Hilfsmittelbereich vom 6. Februar 2009, S. 8.

ähnlichen Begründungen sahen auch das SG Frankfurt (Oder) (Az.: S 4 KR 285107) und das LSG Berlin-Brandenburg (Az.: L 1 B 41/08 KR) die Übergangsfrist im Falle von Ausschreibungen als gültig an. Bestätigt wurde diese Auffassung auch jüngst durch das LSG Frankfurt (Az.: L 8 KR 166/08) und das Thüringer LSG (Az.: L 6 KR 324/08 ER). Das LSG Nordrhein-Westfalen meinte dagegen, dass einem Ausschreibungsgewinner ein in der Ausschreibung genanntes Umsatzvolumen wegen der Kalkulation garantiert werden müsse. Dies habe der Gesetzgeber durch § 22 Abs. 6 SGB V mit der Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten geregelt. Nach dem LSG dient der § 126 Abs. 2 SGBV lediglich dazu, die Versorgungsberechtigung von Leistungserbringern mit alter Zulassung zu sichern, solange noch keine Verträge geschlossen sind. Das LSG interpretiert die Übergangsfrist im Gesetz lediglich als Umstellungsphase von Zulassung auf Vertrag. Wenn aber ein Vertrag geschlossen wird, werde zeitgleich das Wahlrecht der Versicherten nach §33 Abs. 6 SGB V aufgehoben - trotz Übergangsfrist. Festhalten lässt sich, dass momentan die überwiegende Anzahl der Gerichte von einer Fortgeltung der Übergangsfrist auch bei Ausschreibung ausgeht. Mit dem Wesen einer Ausschreibung, nämlich der exklusiven Versorgungszuteilung, lässt sich dies allerdings nicht übereinbringen.

In der Gesetzesbegründung zum GKV-WSG wurde klargestellt, dass zur wirkungsvollen Nutzung des Ausschreibungsinstruments grundsätzlich die Versorgung durch einen von der Krankenkasse zu benennenden Leistungserbringer (Ausschreibungsgewinner) erfolgt, damit den vertraglich vereinbarten Abnahmeverpflichtungen Rechnung getragen werden kann. Dies gilt auch für vor Inkrafttreten des GKV-OrgWG ausgeschriebene Verträge. Wenn der Versicherte ein berechtigtes Interesse nachweisen kann, einen bestimmten Leistungserbringer aufzusuchen, bleibt sein Wahlrecht bestehen. Es ist jeweils im Einzelfall von der Krankenkasse zu entscheiden, ob ein solches berechtigtes Interesse vorliegt. Bei ggf. mehreren vorhandenen Vertragspartnern (Ausschreibungsgewinnern) kann den Versicherten ein Wahlrecht zwischen diesen eingeräumt werden. Bei nicht ausgeschriebenen Verträgen steht grundsätzlich ein Wahlrecht zwischen evtl. mehreren Vertragspartnern zu.

d) Eignungsnachweis zur Teilnahme an der Versorgung

Die Krankenkassen müssen weiterhin sicherstellen, dass die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel von den Leistungserbringern erfüllt werden (Eignungskriterien). Damit die entsprechenden individuellen Eignungsprüfungen nach § 126 SGB V jeder einzelnen Krankenkasse vor Vertragsabschluss vermieden werden können, wurde durch das GKV-OrgWG die Rechtsgrundlage für eine Präqualifizierung der Leistungserbringer geschaf-

fen. Bei der Einführung des Präqualifizierungsverfahrens wird in einem zweistufigen Prozess vorgegangen. Zunächst sind vom GKV-Spitzenverband die Kriterien zu definieren, die als Voraussetzung gelten, Vertragspartner der Krankenkassen werden zu können (Eignungs- bzw. Präqualifizierungskriterien). Es handelt sich hierbei um unternehmensbezogene Anforderungen. Auftragsbezogene oder weitergehende Anforderungen sind nicht Bestandteil der Präqualifizierung, sondern ggf. unmittelbar in den Versorgungsverträgen zu vereinbaren. Ein Leistungserbringer kann nur dann Vertragspartner der Krankenkasse werden, wenn er auch diese Anforderungen erfüllt. In einem zweiten Schritt vereinbart der GKV-Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene die näheren Einzelheiten zur Durchführung der Präqualifizierung (Präqualifizierungsverfahren). Der Leistungserbringer hat einen Anspruch auf die Erteilung einer Bestätigung, sofern er die Erfüllung der Eignungskriterien in dem Präqualifizierungsverfahren nachgewiesen hat. Die ausgestellten Bestätigungen sind von allen Krankenkassen anzuerkennen. Der GKV-Spitzenverband ist befugt, die von den Präqualifizierungsstellen übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. Sofern ein Leistungserbringer von der Durchführung des Präqualifizierungsverfahrens absieht, hat er die Eignung in jedem Einzelfall gegenüber der vertragschließenden Krankenkasse vor Vertragsabschluss nachzuweisen.

C. Geltung des Vergaberechts für die GKV

Im Gefolge des GKV-WSG¹¹ wurde die kassenrechtliche Zulassung aufgehoben und die Versorgungsberechtigung der Leistungserbringer zwingend an den Abschluss von Verträgen nach § 127 Abs. 1 bis 3 SGB V geknüpft. Gemäß der Gesetzessystematik waren die Versorgungsverträge vorrangig im Wege der öffentlichen Ausschreibung unter Anwendung des einschlägigen Vergaberechts zu schließen. Ob eine Ausschreibung überhaupt geboten war, wurde an eine Zweckmäßigkeitprüfung geknüpft. Eine Ausschreibung ist nach dem aktuellen Gesetzeswortlaut i. d. R. unzweckmäßig, wenn die Versorgung mit einem hohen Dienstleistungsanteil verknüpft ist oder es sich um individuell anzufertigende Hilfsmittel handelt. § 127 Abs. 1 Satz 1 SGB V sieht nicht mehr vor, dass Verträge nach Ausschreibung abgeschlossen werden „sollen“, sondern nun steht dort, dass Verträge nach Ausschreibung abge-

11 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 26. März 2007 (BGBl. I Nr. 11 vom 30. März 2007).

geschlossen werden „können“ (Ermessensregelung). Allerdings sieht § 127 Abs. 1 a SGB V vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene erstmalig bis zum 30.06. 2009 gemeinsame Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen erarbeiten muss. Der hier verankerte Zweckmäßigkeitsgedanke in Kombination mit einer Ermessensregelung ist dem vorrangigen europäischen Vergaberecht allerdings unbekannt. Zweifelhaft bleibt daher nach wie vor, ob diese Vorschriften europarechtskonform sind. Dies wird der EuGH vermutlich Mitte diesen Jahres entscheiden. Die Annahme einer Auftraggebereigenschaft im Sinne des § 98 GWB der Krankenkassen und der Hilfsmittelverträge als öffentliche Aufträge im Sinne des § 99 GWB durch das Gericht ist insofern nicht unwahrscheinlich. National hat bereits die 1. Vergabekammer des Bundeskartellamts mehrfach entschieden, dass Krankenkassen öffentliche Auftraggeber sind (15.11.2007 -Az. VK 2 – 102/07; 09.05.2007 -Az. VK 1 – 26/07), da diese aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Auch nach der jüngsten Rechtsprechung der Sozialgerichte sind Krankenkassen öffentliche Auftraggeber (vgl. LSG BW 27.02.2008 – L-KR 507/08 ER-B). Allerdings scheint die neue Konstruktion des SGB V, diese zu erwartenden Ausschreibeverpflichtung der Krankenkassen auszuhebeln, soweit bezüglich der Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V den Leistungserbringern ein Beitrittsrecht zugestanden wird. Dank dieses nicht zu steuernden Beitrittsrechtes können die Krankenkassen dem auserwählten Leistungserbringer überhaupt keine exklusive Versorgung mehr zusagen. Öffentliche Aufträge sind entgeltliche Beschaffungsvorgänge. Inwiefern diese allerdings einen Lenkungsvorgang beinhalten müssen, ist streitig (n. 3. VK Bund 15.08.2008- VK 3 – 107/08 kein TB-Merkmal; a.A. LSG BW 28.10.2008- L 11 KR 4810/08 ER-B; auch n. Gesetzbegründung zu § 69 SGB V erforderlich, vgl. Drs. 16(14)0413). Sofern sich die Krankenkasse entschließt, eine Ausschreibung durchzuführen, ist das Vergaberecht allerdings zwingend zu beachten.

Das GKV-OrgWG hat durch eine Abänderung des § 69 SGB V klargestellt, dass die Vorschriften der §§ 97 ff. GWB (Kartellvergaberecht) anzuwenden sind, „soweit die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind“. Es handelt sich also um eine sog. Rechtsgrundverweisung, so dass in jedem Einzelfall zu prüfen ist, ob die Anwendungsvoraussetzungen des Kartellvergaberechts in §§ 97 ff. GWB tatsächlich vorliegen. Das Vergaberecht findet damit Anwendung, wenn es um einen öffentlichen Auftrag eines öffentlichen Auftraggebers geht, der oberhalb des Schwellenwertes liegt. Die öffentliche Auftraggebereigenschaft der Gesetzlichen Krankenkassen dürfte mittlerweile relativ gesichert sein (siehe oben), sehr kontrovers wird aber nach wie vor diskutiert, ob eine Ausschreibung der Krankenkassen auch einen öffentlichen Auftrag i.S. d. § 99 GWB bedeutet. Es ist also bereits jetzt abzusehen, dass in Wirklichkeit der

Streit um die Anwendbarkeit des Vergaberechts noch nicht sein Ende gefunden hat, zumal es in den Gesetzesmaterialien zum GKV-OrgWG ausdrücklich heißt, dass die Frage, ob ein öffentlicher Auftrag vorliegt, je nach Vertragstyp unterschiedlich zu beantworten sein wird.

Um die Berücksichtigung der Besonderheiten des GKV-Systems wirklich sicherzustellen, hat sich der Gesetzgeber auch für eine spezifische Rechtswegsregelung entschieden. Üblicherweise entscheiden im Vergaberecht in der ersten Instanz die Vergabekammern, deren Entscheidung dann durch die Oberlandesgerichte - also von Zivilgerichten – überprüft werden (vgl. §§ 102, 116 Abs. 3 GWB a.F.). Anders wird die Überprüfung im GKV-Bereich organisiert. Hier sind zwar in der ersten Instanz ebenfalls die Vergabekammern zuständig, aber deren Entscheidungen sind nicht durch die Oberlandesgerichte, sondern durch die Landessozialgerichte zu überprüfen.

D. Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten: Depothaltung und verkürzter Versorgungsweg

Neu eingefügt durch das GKV-Org-WG wurde der § 128 SGB V, der früher das Hilfsmittelverzeichnis regelte. Kurz zusammengefasst sieht diese Vorschrift nun Folgendes vor: Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über bei Vertragsärzten (oder in Krankenhäusern) unterhaltene Depots ist unzulässig. Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte nicht gegen Entgelt an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen, es sei denn, dies geschieht auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen. Verstöße gegen diese Verbote müssen durch die Krankenkassen geahndet werden. Die näheren Einzelheiten ergeben sich aus der Neufassung des § 128 SGB V. Diese Vorschrift ist überraschend in das GKV-OrgWG aufgenommen worden. Grundlage war der Änderungsantrag der Regierungsfractionen vom 19.09.2008. Darin hieß es, dass es deutliche Hinweise auf Fehlentwicklungen in der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten gebe, denen entgegen gewirkt werden solle. Das Regelungsbedürfnis, das von den Regierungsfractionen gesehen wurde, überrascht ein wenig, da bereits das ärztliche Berufsrecht (vgl. insb. § 34 Abs. 5 MBO-A) unzulässige Beteiligungen von Ärzten sanktioniert. Auch die Lieferverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern verboten schon bisher die Depothaltung bei Vertragsärzten und sahen hier Sanktionsmöglichkeiten vor (z.B. Ausschluss von der Versorgung). Weder aus dem Gesetzeswortlaut noch aus den Gesetzesmaterialien erhellt sich, dass die bisherigen Sanktionsmöglichkeiten

ungenügend waren oder eine unmittelbare Regelung im SGB V einen Zusatznutzen erwarten lässt. In der Tat ist festzustellen, dass es in der Praxis eine Vielzahl von Modellen gibt, die letztlich zum Ziel haben, den Arzt an den von ihm veranlassten Verordnungen bestimmter Produkte profitieren zu lassen. Dies können beispielsweise Beraterverträge sein, die letztlich nur das Ziel haben, Provisionszahlungen zu maskieren. Auch Lagerhaltungs- oder Regalmietverträge erfüllen einen ähnlichen Zweck.

Ein rechtlich zulässiges Kooperationskonzept war hingegen der sog. verkürzte Versorgungsweg, der insbesondere für Hörgeräte Bedeutung hatte. Hier übernimmt der Arzt Aufgaben, die traditionell von dem Hörgeräteakustiker durchgeführt werden (z.B. die Anpassung des Hörgerätes) und erhält dafür von dem Hörgeräteakustikunternehmen, mit dem er kooperiert, eine (angemessene) Vergütung für diese Zusatzleistung. Zwar besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen einer Leistungsveranlassung durch den Arzt (nämlich die Verordnung des Hörgerätes) und dem Erhalt der Zusatzvergütung für die ergänzenden Anpassungsleistungen. Diese wird in der Rechtsprechung allerdings nicht als Provision für die ärztliche Verordnung, sondern als werthaltige Gegenleistung für die zusätzlichen Leistungen des Arzt angesehen. § 128 Abs. 2 Satz SGB V schließt auch dieses Model nun aus, es sei denn, es liegt der Sonderfall des § 128 Abs. 4 SGB V vor. Demzufolge kann der Vertragsarzt nur noch auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln mitwirken, wobei die zusätzlichen Leistungen die er erbringt, unmittelbar von der Krankenkasse und nicht vom Hilfsmittelerbringer zu vergüten sind. Für den Vertragsarzt dürfte damit das Modell unattraktiver werden, weil die Krankenkassen vermutlich nur dann eine Vergütung an den Vertragsarzt zulassen werden, wenn sie ihrerseits an den Profiten aus diesem Model hinreichend beteiligt werden.

Die Idee des verkürzten Versorgungsweges basiert darauf, dass der HNO-Arzt eine Messung via Audiometer vom Patienten in Form einer Hörkurve anfertigt und einen Abdruck des Ohres oder Abdrücke von beiden Ohren vornehmen lässt. Die Vertragsfirma erhält die Hörkurve und den Abdruck, dort – häufig an einem weit entfernten Ort – werden die Hörgeräte programmiert und die Ohrpassstücke hergestellt. Via Versand wird alles an die HNO-Praxis geschickt und der HNO-Arzt händigt die ihm zugesandten Hörgeräte und Ohrpassstücke dem Patienten in der Sprechstunde aus.

Ferner sieht § 128 Abs. 4 Satz SGB V vor, dass die Krankenkasse die zuständige Ärztekammer über diese Mitwirkung des Vertragsarztes zu informieren habe. Offensichtlich hält daher der Gesetzgeber eine zusätzliche Überwachung durch die Ärztekammer für sinnvoll. Nach § 128 Abs. 5 SGB V sollen

die Krankenkassen Auffälligkeiten in der Ordnungsweise des Vertragsarztes, die auf eine Zuweisung von Rezepten bzw. die Zuführung von Patienten schließen lassen, ebenfalls den Ärztekammern mitteilen. Damit bezweckt der Gesetzgeber vermutlich eine stärkere berufsrechtliche Ahndung solcher Kooperationsformen. In der Vergangenheit war indes die Verfolgungsintensität durch die Ärztekammern gering. Dies mag aber auch an der schlechten Informationslage der Ärztekammern gelegen haben. Die Neufassung des § 128 SGB sollten Leistungserbringer ernst nehmen. Jedenfalls für den Apothekerbereich hatte das BSG bereits in der Vergangenheit entschieden, dass ein wirksamer Kaufvertrag zwischen der Krankenkasse und der Apotheke nicht dann zustande kommt, wenn die in den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen enthaltenen Abgabebestimmungen eingehalten werden; ist das nicht der Fall, so entfällt automatisch der Vergütungsanspruch des Apothekers bzw. Leistungserbringers. Auch im Heilmittelbereich ist der Vergütungsanspruch von der Einhaltung der geltenden Regelungen abhängig. Da § 128 SGB V keine reine Abrechnungsregelung, sondern z.B. im Hinblick auf das Verbot der Hilfsmitteldepots letztlich eine Abgabebestimmung enthält, gefährdet ein Verstoß durch den Leistungserbringer somit den gesamten Vergütungsanspruch. Das Argument, dass der Versicherte ohnehin dieses oder ein vergleichbares Medizinprodukt zu gleichen Kosten erhalten hätte, wird im Bereich der GKV regelmäßig nicht anerkannt. Leistungserbringer werden daher noch mehr als in der Vergangenheit sehr sorgfältig ihre Kooperationen mit Vertragsärzten überprüfen müssen, um nicht ihre Vergütungsansprüche gegenüber Krankenkassen zu gefährden.

E. Gesetzentwurf vom 16.03.2009 „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung medizinproduktrechtlicher Vorschriften 2009“

Der Gesetzentwurf zur Änderung medizinproduktrechtlicher Vorschriften soll weitgehend vom Gemeinschaftsrecht in nationales Recht umgesetzt werden. Die damit einhergehenden rechtlichen und redaktionellen Klarstellungen und systematischen Verbesserungen wie beispielsweise die Festlegung weiterer Begrifflichkeiten in § 3 MPG, die Konkretisierung der Personen, die mit In-vitro-Diagnostika zur Erkennung von HIV-Infektionen umgehen dürfen, die Qualifizierung von medizinischer Software als Medizinprodukt, die ergänzende Regelung zum Erlöschen, zur Rücknahme und zum Widerruf der Benennung benannter Stellen oder die Neuordnung der Zuständigkeiten auf Länder- und Bundesebene werden vom GKV-Spitzenverband positiv beurteilt und lassen mehr Effizienz und Effektivität beim Vollzug des Gesetzes erwarten. Der GKV-

Spitzenverband kritisiert an dem Gesetzentwurf, dass die Möglichkeit einer Klarstellung, ob und ggf. unter welchen Bedingungen die Aufbereitung medizinischer Einmalprodukte rechtlich zulässig ist, auch im Zuge dieses Gesetzesvorhabens wiederum nicht aufgegriffen wird. Die fehlende Rechtsgrundlage führt immer wieder zu kontroversen öffentlichen Diskussionen und zu Rechtsunsicherheit.

Verfasser:

Dr. Marion Wille

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstraße 70 - 72

34131 Kassel

Albert Willeke

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstraße 70 - 72

34131 Kassel

Einkommenskombinationen als Chance: Der Nebenerwerb hat Zukunft

Gegenwart und Potenziale einer unterschätzten Betriebs- und Lebensform¹

Einleitung

Im Herbst 2008 wurde in Kassel eine Tagung zum Thema „Nebenerwerb in der Landwirtschaft“ veranstaltet. Die Ergebnisse wurden innerhalb des Agrar-Bündnisses diskutiert. Ein Ergebnis ist das nun vorliegende Diskussionspapier „Einkommenskombinationen als Chance: Der Nebenerwerb hat Zukunft. Gegenwart und Potenziale einer unterschätzten Betriebs- und Lebensform“.

Mit diesem Diskussionspapier wird deutlich:

Landwirtschaft im Nebenerwerb wird zwar von der Politik und den Berufsverbänden immer noch weitgehend ignoriert und hat wenig Lobby. Sie hat aber in vielfacher Hinsicht eine große Bedeutung für unsere moderne Gesellschaft.

- Nebenerwerbslandwirtschaft ist eine konstante Realität, in manchen Regionen sogar eine dominante Form der Landbewirtschaftung, und keineswegs nur ein „Übergangsstadium“ vor dem Ausstieg.
- Nebenerwerbslandwirtschaft trägt zur Vielfalt der Erwerbsformen im ländlichen Raum bei und hat hohe Bedeutung sowohl für den Erhalt der Kulturlandschaft als auch für die Arbeit im ländlichen Raum.
- Die Nebenerwerbslandwirtschaft kombiniert in einer innovativen und kreativen Weise die Faktoren Arbeit, Boden, Kapital und Zeit. Sie ist damit eine Alternative zum „Wachsen oder Weichen“ in der Landwirtschaft und gleichzeitig beispielgebend für eine nachindustrielle Arbeitsorganisation.
- Es gibt erheblichen Handlungsbedarf, aber auch ganz konkrete Handlungsmöglichkeiten.

1 Grundlage dieses Artikels ist ein Diskussionspapier für die Tagung „Einkommenskombinationen als Chance für den ländlichen Raum - Die Bedeutung des Nebenerwerbs“, die das AgrarBündnis Herbst 2008 in Kassel veranstaltete.

Inhalt

A Vorurteile	297
Vorurteil Nr. 1: Richtige Bauern wirtschaften nicht im Nebenerwerb	297
Jeder zweite Landwirt ist Landwirt im Nebenberuf.	297
Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Ost und West	298
Unternehmensgewinne und Einkommen	298
Vorurteil Nr. 2: Einstieg in den Ausstieg	299
Vorurteil Nr. 3: Nebenerwerb ist Freizeitbeschäftigung	303
B Gesellschaftliche Bedeutung der Nebenerwerbslandwirtschaft	305
Nebenerwerbslandwirte sind Nachbarn mit besonderen Fähigkeiten	305
Einkommenskombinationen – ein Schritt in die Zukunft	306
Nebenerwerb ist (oft) weiblich	308
Quellen	310

A Vorurteile

Vorurteil Nr. 1: Richtige Bauern wirtschaften nicht im Nebenerwerb

Jeder zweite Landwirt ist Landwirt im Nebenberuf

Knapp ein Viertel der landwirtschaftlichen Nutzfläche Deutschlands wird von Landwirten bewirtschaftet, die außer der Landwirtschaft noch ein zusätzliches Einkommen haben bzw. einer außerlandwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit nachgehen.

Nebenerwerbslandwirt – das sind 55 Prozent und damit mehr als die Hälfte aller Landwirte. Dabei sind noch nicht einmal alle statistisch erfasst – nicht mehr! Die für statistische Zwecke notwendige Definition eines „Nebenerwerbslandwirts“ wurde in den vergangenen 15 Jahren mehrfach geändert und seit 2003 gilt die europäische Definition², die rein rechnerisch die Anzahl der Nebenerwerbslandwirte reduzierte. Da auch das für den jährlichen Agrarbericht der Bundesregierung etablierte Netz an Testbetrieben keine Einkommensdaten und Buchführungsabschlüsse von Betrieben erhebt, die kleiner als 8 EGE sind, sind die tatsächlichen Kleinbetriebe offiziell verschwunden.

In Deutschland wirtschafteten 2005 rund 366.300 landwirtschaftliche Betriebe, davon 164.400 im Nebenerwerb (55,1 Prozent). Obwohl seit 1999 die Zahl der landwirtschaftlichen Betriebe insgesamt um 16 Prozent abgenommen hat, blieb der Anteil der Nebenerwerbsbetriebe relativ konstant. Der Strukturwandel erfasst also den Nebenerwerb nicht wesentlich stärker oder schwächer als die Landwirtschaft insgesamt.

In Thüringen, Hessen, Baden-Württemberg und Brandenburg werden zwischen 71 Prozent (Thüringen) und 64 Prozent (Baden-Württemberg, Brandenburg) der Betriebe in Nebenerwerb bewirtschaftet. Diese Bundesländer liegen damit weit über dem Bundesdurchschnitt. Bezogen auf die Flächenbewirtschaftung hat die Nebenerwerbslandwirtschaft in Hessen (35,5 Prozent der LF) und in Baden-Württemberg (30,6 Prozent der LF) eine hohe, d.h. über dem Bundesdurchschnitt von knapp 24 Prozent liegende Bedeutung. In

2 Europäische Definition eines „Klein- und Nebenerwerbsbetriebes“: landwirtschaftliches Einzelunternehmen ab 2 Hektar mit weniger als einer Arbeitskraft (AK) und einem Gesamtdeckungsbeitrag zwischen 8 und weniger als 16 EGE (= 9.600 bis 19.200 Euro). Rund 70 Prozent der Klein- und Nebenerwerbsbetriebe in Deutschland haben aber eine Betriebsgröße von weniger als 8 EGE.

Schleswig-Holstein hingegen werden nur 11,5 Prozent der LF im Nebenerwerb bewirtschaftet.³

Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Ost und West

Da in den neuen Bundesländern rund die Hälfte der Haupterwerbsbetriebe Personengesellschaften oder Juristische Betriebe sind, stellen die Nebenerwerbsbetriebe die überwiegende Mehrheit aller Einzelunternehmen (59 Prozent in Sachsen-Anhalt, bis 70 Prozent in Thüringen).⁴

Die Nebenerwerbsbetriebe der neuen Bundesländer haben oftmals eine höhere durchschnittliche Flächenausstattung als die Betriebe in den alten Bundesländern.⁵ So sind sie beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern durchschnittlich doppelt so groß wie im Bundesdurchschnitt (28,9 ha LF zu 14,2 ha LF im Jahr 2007). Allerdings ist die Variationsbreite größer: einerseits gibt es anteilig mehr Kleinbetriebe (33 Prozent der Betriebe liegen in der Größenklasse 2 bis 5 ha LF), aber auch und mehr relativ große Betriebe (rund 8 bis 9 Prozent der Nebenerwerbsbetriebe bewirtschaften mehr als 50 ha LF; in den alten Bundesländern sind es nur 3,5 Prozent).

In ihrer betriebswirtschaftlichen Ausrichtung unterscheiden sich die Betriebe in Ost und West wenig: Knapp dreiviertel aller Nebenerwerbsbetriebe werden als Ackerbau- oder Futterbaubetriebe geführt.

Unternehmensgewinne und Einkommen

Landwirte im Nebenerwerb wirtschaften zwar unter ungünstigeren Bedingungen (geringe Flächen- und Arbeitskraftausstattung, ungünstigere Standorte) und erzielen geringere Naturalerträge. Dennoch trug die Landwirtschaft im Durchschnitt der im Testnetz der Bundesregierung erfassten Betriebe rund 15 Prozent zum familiären Einkommen bei. Mit einem Gesamteinkommen von rund 31.000 Euro (2005/2006) liegen diese Familien über dem durchschnittli-

3 Doluschitz, R. (2008): Nebenerwerbslandwirtschaft – zwischen Daimler und Filder. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

4 Fock, Th. (2008): Nebenerwerb in Ostdeutschland – etwas Besonderes? Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

5 Im Landkreis Forchheim bewirtschaften Nebenerwerbslandwirte über 80 Prozent der LF und in Mecklenburg-Vorpommern stieg der Anteil der Nebenerwerbslandwirtschaft an der LF von 2,8 Prozent im Jahr 1995 auf 5,3 Prozent (2007) an.

chen Gewinn, der in diesem Wirtschaftsjahr von kleinen Haupterwerbsbetrieben erzielt werden konnte (rund 17.200 Euro).⁶

Fazit

Nebenerwerb hat in Ost wie in West eine stabile und regional gesehen sogar eine zunehmende bis hohe Bedeutung sowohl für Arbeit und Einkommen im ländlichen Raum als auch für die Flächenbewirtschaftung; insbesondere für die Bewirtschaftung standörtlich benachteiligter Gebiete.

Vorurteil Nr. 2: Einstieg in den Ausstieg

Nebenerwerb wird oft als Übergangsform vom Haupterwerb zur Betriebsaufgabe dargestellt und damit als Einstieg in den Ausstieg. Aus diesem gängigen Vorurteil, das sowohl Politik als auch Agrarberatung und viele landwirtschaftliche Berufskollegen gerne teilen, resultiert eine öffentliche Vernachlässigung bis hin zur Diskriminierung der Nebenerwerbsbetriebe.

Die Beobachtung, dass Betriebe oftmals über die Zwischenstufe des Zu- und Nebenerwerbs durch die aktuelle oder durch die übernehmende Generation aufgegeben werden, ist nicht falsch. Dabei wird jedoch übersehen, dass es Betriebe gibt, die ganz andere Geschichten erzählen können: Betriebe, die seit vielen Generationen ausschließlich im Nebenerwerb bewirtschaftet werden (typisch dafür sind Weinbau- und auch Obstbaubetriebe in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz). Außerdem gibt es Betriebe, deren Neugründung sich aufgrund von Kapitalmangel zunächst nur in der Form des Neben- und Zuerwerbs realisieren lässt und die erst in ihrer weiteren Entwicklung zur Haupterwerbsquelle der Familie werden.⁷

6 Agrarbericht der Bundesregierung 2007, S. 24.

7 „Umfang und Betriebsstruktur der Nebenerwerbslandwirtschaft in Brandenburg haben sich stabilisiert. Über die Hälfte der befragten Betriebe bestehen bereits seit 10 Jahren. Seit 1995 liegt der Anteil an Neu- bzw. Umgründungen der NEB relativ konstant zwischen drei bis fünf Prozent. Hieraus und aus den Aussagen zur geplanten Betriebsentwicklung wie auch zur Altersstruktur ist abzuleiten, dass auch künftig die Nebenerwerbslandwirtschaft ein stabiler, eher zunehmender Wirtschaftsfaktor im ländlichen Raum bleiben wird und entsprechende Beachtung in der Landespolitik verdient.“

S. auch Ministerium für Landwirtschaft, Umweltschutz und Raumordnung des Landes Brandenburg, Situationsanalyse 2001, S. 16.

Befragungen von Nebenerwerbslandwirten bringen immer wieder ein ganzes Bündel an Motiven ans Licht, warum und weshalb Menschen einen landwirtschaftlichen Betrieb bewirtschaften, obwohl sie nicht ausschließlich davon leben können. An erster Stelle steht die Freude an der Landwirtschaft und an dieser Form selbstständigen Arbeitens und Entscheidens. Sicherlich spielt auch die Tradition eine Rolle und die oftmals nicht nur als Freude empfundene Verpflichtung, den ererbten Hof zu erhalten. Doch so negativ scheint das mit der Verpflichtung nicht zu sein, denn bereits am dritthäufigsten wird genannt: Landwirtschaft dient als Ausgleich zur außerlandwirtschaftlichen Tätigkeit. Weitere Motive sind „zweites Einkommensstandbein“ und „Sicherheit gegenüber einem möglichem Verlust der Erwerbstätigkeit“. In den neuen Bundesländern war nach der Wende der eigene kleine (rückerstattete, ererbte oder als „Hauswirtschaft“ erhaltene) Betrieb nicht selten ein Rettungsanker: eine Beschäftigungsmöglichkeit für den (erzwungenen) Vorruhestand oder bei Arbeitslosigkeit eine Alternative zum erlernten und nach der Wende nicht mehr praktikierbaren Beruf. Ein wesentlicher Kern dieser Entwicklung lag in den sog. „Hauswirtschaften“ – sie galten während der DDR-Zeit formal nicht als landwirtschaftlicher Betrieb. Dennoch überstieg ihr Produktionsvolumen dasjenige eines einfachen Hausgartens und sie wurden während der 1970er und 1980er Jahre durchaus auch staatlich gefördert. Kleintierhaltung aber auch Schweine- und teilweise Rinderhaltung waren typisch. Futter- und andere Betriebsmittel stammten in der Regel von der benachbarten Produktionsgenossenschaft, die oftmals zugleich Arbeitgeber war. Da auf diese Weise bäuerliches Denken und das Wissen um die Bewirtschaftung eines gesamten Betriebes „überleben“ konnten, waren die Hauswirtschaften oftmals das Sprungbrett für die Wiedereinrichtung eines landwirtschaftlichen Familienbetriebes.

Dass die These „Einstieg zum Ausstieg“ zu kurz gegriffen ist, zeigt sich auch daran, dass die Altersverteilung der Nebenerwerbslandwirte in den vorliegenden Untersuchungen derjenigen der Haupterwerbslandwirte gleicht.⁸ Keinesfalls überwiegen ältere Betriebsleiter!

Geht man in der Agrargeschichte nur ein wenig weiter zurück in die Vergangenheit, erscheint das Leitbild des Haupterwerbsbetriebes, wie es seit den 1960er Jahren propagiert und seit den 1970er Jahren ausschließlich politisch gefördert wurde (Einzelbetriebliches Investitionsförderprogramm in Verbindung mit Vorruhestandsförderung, jetzt: AFP), als kurze Episode in der Agrarge-

8 Doluschitz, R. (2008): Nebenerwerbslandwirtschaft – zwischen Daimler und Filder. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

schichte der letzten 100 Jahre. Wir finden dann in vielen Mittelgebirgsregionen Deutschlands (z.B. in der Eifel) die traditionelle Verbindung von Bergbau und Nebenerwerbslandwirtschaft, wir finden eine Verbindung von vorindustriellem Gewerbe (Weberei) oder saisonaler Holzwirtschaft und Landwirtschaft (z.B. Schwarzwald, Schwäbische Alb) und – seit dem Zweiten Weltkrieg – den „klassischen“ Arbeiterbauern, der tagsüber „zum Bosch“, „Daimler“ oder „ins VW-Werk“ geht, während seine Frau den Hof bewirtschaftet, um dann nach Feierabend noch die notwendigen Maschinenarbeiten zu erledigen.⁹ Nebenerwerb war typisch für ganze Regionen. So stellten Häuslerbetriebe, kleine von Landarbeitern betriebene Höfe, bis in die Nachkriegszeit hinein 90 Prozent aller Betriebe einer Schwarzwaldgemeinde und nur 10 Prozent der Betriebe lebten ausschließlich von der Landwirtschaft, waren mithin Haupterwerbsbetriebe im heutigen Sinne.¹⁰

Bis in die Nachkriegszeit wurden die Nebenerwerbslandwirte aufgrund ihres Beitrages zur Ernährungssicherung politisch positiv bewertet. Dies änderte sich erst ab den 1960er Jahren aufgrund des politischen Leitbildes der Wachstumslandwirtschaft und des schnellen Strukturwandels. Seither tatsächlich ausgestiegen sind die klassischen Subsistenzbauern und Arbeiterbauern. Nebenerwerb heute erwächst vornehmlich aus Haupterwerbsbetrieben, deren Betriebsleiter oder Ehefrauen entweder eine außerlandwirtschaftliche Tätigkeit aufnehmen oder aber neue Betriebszweige (Diversifizierung) integrieren, die dann als „Gewerbe“ angemeldet sind. Daher sind heute die klassischen Grenzen zwischen Haupt- und Nebenerwerb „schwimmend“ geworden. Schon allein aus diesem Grund sollte der Begriff des Nebenerwerbslandwirtes zu den Akten gelegt werden. Wer heute nicht ausschließlich von der Erzeugung landwirtschaftlicher Rohstoffe lebt, praktiziert Einkommenskombinationen. Diese reichen von der Weiterverarbeitung der selbst erzeugten Rohstoffe bis hin zum Angebot landwirtschaftsnaher Dienstleistungen und tatsächlich außerlandwirtschaftlicher Lohnarbeit.¹¹

9 Vgl. Inhetveen, H. und M. Blasche (1983): Frauen in der kleinbäuerlichen Landwirtschaft, Opladen. Siehe auch Poppinga, O. (1975): Bauern und Politik, Opladen.

10 Jäckle, S. (2008): Einkommenskombination als Chance für den Ländlichen Raum. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

11 Fink-Keßler, A. und K. Seifert (2007): Arbeit und Einkommen in und durch Landwirtschaft. BMELV (Hrsg.), Schriftenreihe Angewandte Wissenschaft, Heft 519, Bonn, Berlin.

Der Verband für Landwirte im Nebenberuf schätzt, dass rund 20 Prozent der Betriebe, die „die Statistik verlassen“, zu Haupterwerbsbetrieben werden.¹²

Fazit

- 1 Das agrarpolitische Leitbild des Haupterwerbsbetriebes, in dem das Einkommen ausschließlich aus der Landwirtschaft erzielt wird, ist historisch gesehen jungen Datums. Auch bei Haupterwerbsbetrieben tragen außerlandwirtschaftlich arbeitende Ehepartner oft einen maßgeblichen Teil zum Familieneinkommen bei und viele Betriebe praktizieren Einkommenskombinationen direkt auf dem Hof.
- 2 Während es für die Aufgabe des Haupterwerbs in der Regel ökonomische Gründe gibt, dominieren andere Gründe für die Aufrechterhaltung bzw. Neugründung eines Nebenerwerbsbetriebes.
- 3 Die Betriebe haben ihre eigene Entwicklungsdynamik, viele Betriebe werden über mehrere Generationen im Nebenerwerb bewirtschaftet.¹³ Der Verband für Landwirte im Nebenberuf schätzt, dass rund 20 Prozent der Betriebe, die „die Statistik verlassen“ zu Haupterwerbsbetrieben werden.¹⁴

12 Mündl. Mitteilung Jens Reichardt, Geschäftsführer des Deutschen Bundesverbandes der Landwirte im Nebenberuf (DBN) im Rahmen der Tagung des Agrar-Bündnis am 23. September 2008 in Kassel.

13 Eine bundesweite Befragung von 104 Nebenerwerbsbetrieben zeigte, dass

- bei knapp einem Viertel der Betriebe der Nebenerwerb bereits in der zweiten oder dritten Generation bestand oder noch länger
- bei gut einem Viertel im vorausgegangenen Generationenwechsel auf Nebenerwerb umgestellt wurde,
- ein Sechstel der Befragten den Hof während des aktiven Erwerbslebens umwandelte,
- in einem Drittel der Fälle die Betriebe als Nebenerwerbsbetriebe neu gegründet wurden.

Nach Streiffeler, F. (2001): Nebenerwerbslandwirtschaft in Deutschland- Motivation, Probleme und Problemlösungsansätze. (unveröff. Manuskript, Berlin, zit nach Inhetveen, H. und A. Fink-Keßler (2007): Landwirtschaft im Nebenerwerb. In: Der Kritische Agrarbericht 2007, S. 72-78, Agrar-Bündnis (Hrsg.), Hamm.

14 Mündl. Mitteilung Jens Reichardt, Geschäftsführer des Deutschen Bundesverbandes der Landwirte im Nebenberuf (DBN) im Rahmen der Tagung des Agrar-Bündnis am 23. September 2008 in Kassel.

Vorurteil Nr. 3: Nebenerwerb ist Freizeitbeschäftigung

Mondschein-Bauern, Hobbybauern – so werden Nebenerwerbslandwirte oftmals noch heute von ihren Berufskollegen abklassifiziert und das Beispiel vom gut verdienenden Zahnarzt, der sich mit Hilfe eines Stückchen Grünlands, auf dem Mutterkühe grasen, Zugang zu öffentlichen Fördertöpfen verschafft, muss immer wieder dafür herhalten, die Nebenerwerbslandwirtschaft von der öffentlichen Förderung möglichst fernzuhalten.

Obwohl das gesamte Produktionsvolumen der Nebenerwerbslandwirtschaft¹⁵ verglichen mit dem der Haupterwerbsbetriebe relativ gering ist, erbringen Nebenerwerbslandwirte jedoch sowohl regional gesehen als auch bezüglich bestimmter Produkte eine nicht unerhebliche Leistung:

- Nebenerwerb bindet Arbeitskräfte: 2005 beschäftigten die 5.432 Betriebe Mecklenburg-Vorpommerns knapp 3.400 Beschäftigte (oder umgerechnet 1,2 AK/100 ha LF).¹⁶

Durch die Verwertung familieneigener Ressourcen (Arbeitskraft, Boden, Gebäude) trägt die Nebenerwerbslandwirtschaft – so eine Untersuchung in Baden-Württemberg - zwischen 10 und mehr als 40 Prozent zum Gesamtfamilieneinkommen bei.¹⁷

- Zwei Untersuchungen in Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern zeigen, dass die Nebenerwerbslandwirte einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Dauergrünland bewirtschafteten und dies vornehmlich

15 Auch in den USA ist der Nebenerwerb die vorherrschende Betriebsform in der Landwirtschaft: 80 Prozent der Produktion werden von rund 20 Prozent der Betriebe erzeugt, aber die restlichen 80 Prozent prägen den ländlichen Raum und erhalten die Kulturlandschaft und die Biodiversität. wirtschaftlicher Lohnarbeit. Siehe Fink-Keßler, A. und K. Seifert (2007): Arbeit und Einkommen in und durch Landwirtschaft. BMELV (Hrsg.), Schriftenreihe Angewandte Wissenschaft, Heft 519, Bonn, Berlin.

16 Fock, Th. (2008): Nebenerwerb in Ostdeutschland – etwas Besonderes? Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

17 Doluschitz, R. (2008): Nebenerwerbslandwirtschaft – zwischen Daimler und Filder. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

durch Mutterkuhhaltung.¹⁸ Sie haben daher für den Erhalt der Kulturlandschaft eine hohe Bedeutung.

Nebenerwerbslandwirte wirtschaften dabei keinesfalls irrational oder „buttern nur das außerlandwirtschaftlich erwirtschaftete Einkommen“ in die Landwirtschaft. Sie nutzen überbetrieblichen Maschineneinsatz und passen ihre Produktionsintensitäten sehr gut sowohl ihren durch die außerlandwirtschaftliche Beschäftigung vorgegebenen Bedingungen als auch den Betriebs- und Standortverhältnissen an. Die Untersuchung in Baden-Württemberg ergab auch, dass die Hofnachfolge in vielen der befragten Betriebe gesichert war.¹⁹

Dabei hatten und haben Nebenerwerbsbetriebe vielfach ökonomische Nachteile hinzunehmen. So ist zwar die über viele Jahre bestehende Diskriminierung der Nebenerwerbslandwirte bei Pacht und Grunderwerb (Grundstücksverkehrsgesetz) inzwischen aufgehoben. Beim Einkauf ihrer vergleichsweise geringen Mengen an Betriebsmitteln müssen sie höhere Preise hinnehmen und beim Verkauf einen geringeren Erlös akzeptieren (z.B. Sockelabzüge). Benachteiligungen entstehen auch dann, wenn sie sich Investitionen wie ihre Kollegen öffentlich fördern lassen wollen. So liegen die Bagatellgrenzen oder das Mindestinvestitionsvolumen oftmals so hoch, dass Haupterwerbsbetriebe mit großen Investitionsvorhaben über diese Schwellen kommen können. Angesichts solcher Nachteile ist in Regionen mit hohen Pachtpreisen daher das Verpachten des eigenen Landes oftmals eine lukrativere Alternative als die Weiterbewirtschaftung des Hofes im Nebenerwerb.²⁰

Die Diskriminierung war in den neuen Bundesländern besonders schwerwiegend: Nebenerwerbslandwirte wurden von Wiedereinrichterprämien ausgeschlossen, erhielten keine Milchquoten zugeteilt und – was bis heute anhält – haben de facto keinen Zugang zu BVVG-Flächen (weniger als 1 Prozent

18 Doluschitz, R. (2008): Nebenerwerbslandwirtschaft – zwischen Daimler und Filder. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

Fock, Th. (2008): Nebenerwerb in Ostdeutschland – etwas Besonderes? Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

19 Doluschitz, R. (2008): Nebenerwerbslandwirtschaft – zwischen Daimler und Filder. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

20 Kattenstroth, G. (2008): Durch Hofübergabe vom Haupt- zum Nebenerwerb. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

der Flächen gingen an Nebenerwerbslandwirte). Die BVVG lehnte Anträge von Nebenerwerbslandwirten stets mit dem Hinweis „Nebenerwerb sei nicht leistungsfähig“ ab.

Fazit

1. Aus Einsicht in ihre betrieblichen und familiären Grenzen sind Nebenerwerbslandwirte oft kreativ und innovativ. Sie nutzen optimal ihre Ressourcen an Arbeitskraft, Boden, Gebäude und Kapital und passen ihre Betriebsstrukturen und Produktionsintensitäten daran an. Sie geraten daher nicht so leicht in die Kostenfalle, in die viele Haupterwerbsbetriebe geraten, wenn sie meinen, schneller und besser sein zu müssen als die anderen Kollegen.
2. Nebenerwerbslandwirte erhalten Kulturlandschaft (Dauergrünland) und diese Leistung beschränkt sich keinesfalls auf „benachteiligte Gebiete“, sondern es werden oftmals „Restflächen“ in Stadtnähe genutzt (Pferdehaltung!) ebenso wie auf guten Bodenstandorten.

Bis vor kurzem galt der Nebenerwerb als nicht leistungsfähig im Sinne der Vorgaben einer staatlichen Fördervoraussetzung. Inzwischen reicht der Nachweis eines positiven Buchführungsabschlusses.²¹

B Gesellschaftliche Bedeutung der Nebenerwerbslandwirtschaft

Nebenerwerbslandwirte sind Nachbarn mit besonderen Fähigkeiten

Lange Zeit wurden Nebenerwerbslandwirte als „Bremsen des Fortschrittes“ betrachtet – politisch wie sozial – da sie die für das Wachstum der so genannten „leistungsstarken“ oder Betriebe notwendigen Ressourcen (Fläche, Quoten) nicht so schnell freigeben wollten, wie es Politik, Berufsstand und Berufskollegen gerne gesehen hätten. Diese Sichtweise bedarf heute einer gründlichen Revision: „Nachbarn statt Hektar“ lautet daher die Parole, mit der französische Bauern und Bäuerinnen in der Öffentlichkeit auf die negativen sozialen Folgen einer rein produktivitätsorientierten Agrarpolitik aufmerksam machen wollen, die dazu führt, dass viele Landwirte nur noch allein auf weiter Flur („der letzte im Dorf“) arbeiten. Diese Parole sollen auch wir uns zu Herzen nehmen. Wenn alle „Bremsen des Fortschrittes“ aus dem Dorf verschwunden sind, alle Flächen und Produktionsquoten hin zum „besseren Wirt“ gewan-

21 Mündl. Mitteilung Jens Reichardt, Geschäftsführer des Deutschen Bundesverbandes der Landwirte im Nebenberuf (DBN) im Rahmen der Tagung des Agrar-Bündnis am 23. September 2008 in Kassel.

dert sind, dann leidet der letzte verbliebene Landwirt unter sozialer Isolation. Er hat keine Stimme mehr, die ihn in der Kommunalpolitik vertritt und keine Zeit, sich selbst dort zu engagieren. Er hat keinen Gesprächspartner mehr im Dorf. Im Gegenteil: alle, die ihren Betrieb aufgeben mussten, werden eher zu Feinden der Landwirtschaft. Und es gibt keinen mehr, der mithilft oder mit dem in bestimmten Fragen kooperiert werden kann (z.B. Abnahme der Gülle von Betrieben mit intensiver Tierhaltung durch Nebenerwerbsbetriebe).²²

Hinzu kommt, dass Nebenerwerbslandwirte heute nicht mehr die „ungelernten“ Arbeiter von einst sind, sondern in der Regel einen Ausbildungsberuf und weitere Qualifikationen haben. Sie bringen ihr in der außerlandwirtschaftlichen Tätigkeit erworbenes Know how in die Landwirtschaft ein und erweitern damit ihre Handlungskompetenz. Berufskollegen im Haupterwerb können von ihnen lernen!

Fazit

Nebenerwerbslandwirtschaft erhält ein für die Belange der Landwirtschaft positiv gestimmtes, soziales Klima auf den Dörfern. Gemeinschaft, Kooperation und eine Interessenvertretung auf kommunaler Ebene bleiben möglich. Über Nebenerwerbslandwirte fließen außerlandwirtschaftlich erworbenes Know how und Fertigkeiten in die Landwirtschaft ein.

Einkommenskombinationen – ein Schritt in die Zukunft

Einkommenskombinationen waren immer schon Teil der Landwirtschaft – lediglich die Abqualifizierung als „Nebenerwerb“ gehört einer sich zu Ende neigenden Epoche an. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts erfahren Formen der landwirtschaftlichen Einkommenskombination nicht nur aufgrund ihrer rein quantitativen Bedeutung (stabil hoher Anteil an der Anzahl der Betriebe) eine (hoffentlich) bessere Wertschätzung und politische Berücksichtigung, sondern auch aus sozialen und ökonomischen Gründen.

Denn: Überall dort, wo Wachstum nicht möglich ist, muss das Einkommen aus mehreren Quellen organisiert werden, d.h. es bedarf der sog. Einkommenskombination. Dabei ergibt sich der Zwang zum Wachstum u.a. aus dem technischen Fortschritt. Er hat nicht nur den Arbeitszeitbedarf in der Landwirtschaft, sondern auch die Stückkosten und damit die Preise gesenkt. Hinzu kommt, dass dieser Intensivierungsprozess Fläche „freisetzt“, die – aus gesellschaft-

22 Kattenstroth, G. (2008): Durch Hofübergabe vom Haupt- zum Nebenerwerb. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

lichem Interesse heraus – gepflegt werden muss.²³ Um weiterhin ein entsprechendes Einkommen zu erzielen, müssen die Betriebe ihre Produktion ausdehnen.

So reichten 1960 noch 16 Milchkühe aus, um ein ausreichendes Familieneinkommen zu erwirtschaften, im Jahr 2000 waren bereits 35 nötig und tendenziell steigt die entsprechende Herdengröße auf über 70 Kühe.

Da nicht alle, die in der Landwirtschaft bleiben wollen, „mehr“ produzieren können, um den Produktivitätsfortschritt und die sinkenden Preise zu kompensieren, ist eine Landwirtschaft auf der Basis von Einkommenskombinationen längst Praxis geworden, auch wenn sie nicht immer so klar nach außen sichtbar auftritt. So gilt ein Betrieb in der Regel auch dann noch als Haupterwerbsbetrieb, wenn die Ehefrau eine außerlandwirtschaftliche Tätigkeit hat und „nur“ der Mann den Hof betreibt.

Die in der Landwirtschaft zu beobachtenden Tendenzen fügen sich dabei nahtlos in die Entwicklungen der nachindustriellen Arbeitsgesellschaft: Einkommenskombinationen und (neue) Formen der Selbstständigkeit (auch Teilzeit-Selbstständigkeit) gewinnen zunehmend an Bedeutung; vor allem bei Frauen.²⁴

Landwirtschaftliche Existenzgründungen – bis vor kurzem noch als „unmöglich“ betrachtet – werden immer häufiger; oft im Einstieg über Nebenerwerb und Einkommenskombinationen – dann aber vorwiegend in sog. „Nischenbereichen“ und fast immer im Rahmen des ökologischen Landbaus.²⁵

23 Heißenhuber, A. (2008): Erwerbsarbeit im Wandel – Was können wir vom Nebenerwerb lernen? Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

24 Streiffeler, F. (2001): Nebenerwerbslandwirtschaft in Deutschland- Motivation, Probleme und Problemlösungsansätze. (unveröff. Manuskript, Berlin, zit nach Inhetveen, H. und A. Fink-Keßler (2007): Landwirtschaft im Nebenerwerb. In: Der Kritische Agrarbericht 2007, S. 72-78, Agrar-Bündnis (Hrsg.), Hamm. Fink-Keßler, A. und K. Seifert (2007): Arbeit und Einkommen in und durch Landwirtschaft. BMELV (Hrsg.), Schriftenreihe Angewandte Wissenschaft, Heft 519, Bonn, Berlin.

25 Thomas, F. et al. (2006): Förderung von Existenzgründungen in der Landwirtschaft. BMELV (Hrsg.), Schriftenreihe Angewandte Wissenschaft, Heft 513, Bonn, Berlin.

Fazit

Die Landwirtschaft und ihre (neuen) Formen der Einkommenskombination können als Vorreiter eines nachindustriellen Arbeitsmodells betrachtet werden. Die alte, dem Industriemodell der Nachkriegsjahre entsprechende Teilung von Lohnarbeit und Freizeit wird aufgelöst zugunsten eines Mischarbeitsmodells, in welchem sich Selbständigkeit, Lohnarbeit, Selbstversorgungsarbeit und Selbstverwirklichung – und damit Marktökonomie (lohnorientiert) und Subsistenzökonomie (bedarfsorientiert) - in unterschiedlichen Teilen mischen.²⁶

Nebenerwerb ist oft weiblich²⁷

Der „klassische“ Nebenerwerbsbetrieb der Arbeiterbauern wurde von den Frauen geführt: Der Mann ging „auf Arbeit“, die Frau machte den Hof. Die Statistik registrierte sie als sog. „mithelfende Familienangehörige“. De facto aber traf die Frau viele der betrieblichen Entscheidungen. Die Wissenschaft hat dieses Phänomen als „Feminisierung der Landwirtschaft“ beschrieben.²⁸ Dass Frauen auch formal die Rolle als Betriebsleiterin übernehmen, setzt sich nur langsam durch. Unabhängig ob Haupt- oder Nebenerwerb - schätzungsweise neun Prozent der landwirtschaftlichen Betriebe werden heute von Frauen geführt. Dieser Anteil könnte als Folge der Förderung weiblicher Existenzgründungen in Zukunft steigen.²⁹

Zu beobachten ist eine noch weitergehende Feminisierung: Die Diversifizierung landwirtschaftlicher Betriebe und die damit verbundene Entwicklung von Einkommenskombinationen erfolgt vielerorts aus den hauswirtschaftlichen Bereichen heraus (Weiterverarbeitung, Gästebewirtung, Tourismus) – auch

26 Vgl. Bergmann, F. (2007): Neue Arbeit kompakt – Visionen einer selbstbestimmten Gesellschaft, Freiburg, sowie Dahm, D. und G. Scherhorn (2008): Urbane Subsistenz: Die zweite Quelle des Wohlstands, München.

27 Nebenerwerbslandwirtschaft ist weltweit die dominante Form der Landbewirtschaftung und sichert die Welternährung. In den Ländern des Südens wird diese Landwirtschaft zu 80 Prozent von der Arbeit der Frauen getragen.

28 Vgl. Inhetveen, H. und M. Blasche (1983): Frauen in der kleinbäuerlichen Landwirtschaft, Opladen.

29 Elisabeth Prügl nennt folgende Zahlen für Rheinland-Pfalz im Jahr 1993: Von den 8,7 Prozent von Frauen geleiteten landwirtschaftlichen Betrieben waren 79,5 Prozent Nebenerwerbsbetriebe. Vgl. Prügl, E. (2005): Genderordnungen in der deutschen Landwirtschaft. In: Arbeitsergebnisse. Schriftenreihe des FG Landnutzung und Regionale Agrarpolitik der Universität Kassel, Heft Nr. 59, S. 40 ff.

und vor allem aufgrund der heute sehr guten Ausbildung der Bäuerinnen.³⁰ Damit wird nicht nur der „weibliche“ Bereich in Wert gesetzt, sondern Bäuerinnen schaffen sich einen „eigenen Arbeitsplatz“, eigene Einkommensquellen und geben damit dem Betrieb ein zusätzliches Standbein.

Eine weitere Facette des weiblichen Beitrags zum Erhalt der Landwirtschaft ist die Tendenz, dass die Ehefrau einer (gut bezahlten) außerlandwirtschaftlichen Tätigkeit nachgeht, während der Ehemann den Hof bewirtschaftet.

1950 brauchte ein Landwirt noch 6 Stunden, um 100 Kilogramm Milch zu erzeugen, 1975 waren es nur noch 2 Stunden und heute sind es nur noch 0,7 Stunden. Das ist eine Verringerung des Arbeitszeitbedarfs um rund 90 Prozent. Noch drastischer gesunken ist der Arbeitszeitbedarf pro Produktionseinheit in den Bereichen, die industrialisiert (Geflügel) oder nahezu industrialisiert wurden (Schweine): In der Schweinefleischproduktion sind heute nur noch 3 Prozent der Arbeitszeit erforderlich, um die gleiche Menge an Schweinefleisch zu erzeugen wie 1950. In der Eierproduktion sind es nur noch 0,01 Prozent!³¹

Fazit

- 1 Frauen als Unternehmerinnen gewinnen auch für die Landwirtschaft zunehmend an Bedeutung. Hinzu kommt eine zunehmende In-Wert-Setzung der „weiblichen“ Hauswirtschaft.
- 2 Der klassische, vom Hof her gedachte Begriff des „Nebenerwerbs“ ist heute obsolet geworden und verschiebt sich zugunsten eines individuellen Lebenskonzeptes, in welchem jeder oder jede, unabhängig von Hof, von „seinem Arbeitsplatz“ oder „seinem Einkommen“ sprechen kann, ob dies nun mit dem Hof in Beziehung steht oder nicht.

30 Fink-Keßler, A. und K. Seifert (2007): Arbeit und Einkommen in und durch Landwirtschaft. BMELV (Hrsg.), Schriftenreihe Angewandte Wissenschaft, Heft 519, Bonn, Berlin.

31 Heißenhuber, A. (2008): Erwerbsarbeit im Wandel – Was können wir vom Nebenerwerb lernen? Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

Quellen:

Agrarbericht der Bundesregierung 2007.

Bergmann, F. (2007): Neue Arbeit kompakt – Visionen einer selbstbestimmten Gesellschaft, Freiburg.

Dahm, D. und G. Scherhorn (2008): Urbane Subsistenz: Die zweite Quelle des Wohlstands, München.

Doluschitz, R. (2008): Nebenerwerbslandwirtschaft – zwischen Daimler und Filder. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

Fink-Keßler, A. und K. Seifert (2007): Arbeit und Einkommen in und durch Landwirtschaft. BMELV (Hrsg.), Schriftenreihe Angewandte Wissenschaft, Heft 519, Bonn, Berlin.

Fock, Th. (2008): Nebenerwerb in Ostdeutschland – etwas Besonderes? Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

Heißenhuber, A. (2008): Erwerbsarbeit im Wandel – Was können wir vom Nebenerwerb lernen? Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

Ministerium für Landwirtschaft, Umweltschutz und Raumordnung des Landes Brandenburg, Situationsanalyse 2001.

Inhetveen, H. und M. Blasche (1983): Frauen in der kleinbäuerlichen Landwirtschaft, Opladen.

Jäckle, S. (2008): Einkommenskombination als Chance für den Ländlichen Raum. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

Kattenstroth, G. (2008): Durch Hofübergabe vom Haupt- zum Nebenerwerb. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

Mündl. Mitteilung Jens Reichardt, Geschäftsführer des Deutschen Bundesverbandes der Landwirte im Nebenberuf (DBN) im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

Poppinga, O. (1975): Bauern und Politik, Opladen.

Prügl, E. (2005): Genderordnungen in der deutschen Landwirtschaft. In: Arbeitsergebnisse. Schriftenreihe des FG Landnutzung und Regionale Agrarpolitik der Universität Kassel, Heft Nr. 59, S. 40 ff.

Reimer, W. (2008): Die Bedeutung des Nebenerwerbs im ländlichen Raum – agrarpolitische Ansätze zu seiner Stärkung. Vortrag im Rahmen der Tagung des AgrarBündnis am 23. September 2008 in Kassel.

Streiffeler, F. (2001): Nebenerwerbslandwirtschaft in Deutschland- Motivation, Probleme und Problemlösungsansätze. (unveröff. Manuskript, Berlin, zit nach Inhetveen, H. und A. Fink-Keßler (2007): Landwirtschaft im Nebenerwerb. In: Der Kritische Agrarbericht 2007, S. 72-78, Agrar-Bündnis (Hrsg.), Hamm.

Thomas, F. et al. (2006): Förderung von Existenzgründungen in der Landwirtschaft. BMELV (Hrsg.), Schriftenreihe Angewandte Wissenschaft, Heft 513, Bonn, Berlin.

Dokumentation

**SCHLUSSANTRÄGE DES GENERALANWALTS
JÁN MAZÁK
vom 18. November 2008¹**

**Rechtssache C-350/07
Kattner Stahlbau GmbH
gegen
Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft**

(Vorabentscheidungsersuchen des Landessozialgerichts Sachsen
[Deutschland])

„Vorabentscheidungsersuchen – Wettbewerb – Pflichtversicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten – Behandlung einer Einrichtung zur Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten als Unternehmen – Grenzen der Befugnisse der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit – Vereinbarkeit mit dem Gemeinschaftsrecht – Dienstleistungsfreiheit“

Vorwort

Das Monopol der gesetzlichen Unfallversicherung ist nach Auffassung des Generalanwalts des Europäischen Gerichtshofs mit EU-Recht vereinbar. Der Begriff des Unternehmens im Sinne der Art. 81 EG und 82 EG umfasst keine Einrichtung, die wie die Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft mit der Durchführung eines auf dem Grundsatz der Solidarität beruhenden Systems der sozialen Sicherheit betraut sind, vorausgesetzt, dass alle in den vorliegenden Schlussanträgen dargestellten wesentlichen Elemente dieses Systems staatlicher Aufsicht unterliegen, wobei die Entscheidung darüber, ob diese Voraussetzung erfüllt ist, Sache des vorlegenden Gerichts ist. Die Art. 49 ff. EG, 82 EG und 86 EG sind dahin auszulegen, dass sie einer Pflichtmitgliedschaft eines Arbeitgebers wie der Kattner Stahlbau GmbH bei einer Einrichtung wie der Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft zum Zweck der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten nicht entgegenstehen.

Im Folgenden sind die Schlussanträge des Generalanwalts Mazak in der Rechtssache Kattner (S. 314 ff.) und das Urteil des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften (Dritte Kammer) vom 5. März 2009 (s. S. 340 ff.) abgedruckt.

1 – Originalsprache: Englisch.

1. Das Landessozialgericht Sachsen ersucht den Gerichtshof um Entscheidung der Frage, ob eine Einrichtung, die wie die Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft (im Folgenden: MMB) Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten gewährt, als Unternehmen im Sinne der Art. 81 und 82 EG zu betrachten ist. Darüber hinaus möchte das vorlegende Gericht wissen, ob die nach dem deutschen Rechtssystem vorgeschriebene Pflichtmitgliedschaft bestimmter Arbeitgeber bei einer Einrichtung wie MMB² gegen die Vorschriften des Vertrags, insbesondere die Vorschriften über den freien Dienstleistungsverkehr, verstößt.

I – Nationaler rechtlicher Rahmen

2. Buch VII des Sozialgesetzbuchs³ (im Folgenden: SGB VII) regelt die gesetzliche Unfallversicherung. § 152 SGB VII („Umlage“) lautet:

„(1) Die Beiträge werden nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beitragsansprüche dem Grunde nach entstanden sind, im Wege der Umlage festgesetzt. Die Umlage muss den Bedarf des abgelaufenen Kalenderjahres einschließlich der zur Ansammlung der Rücklage nötigen Beträge decken. Darüber hinaus dürfen Beiträge nur zur Zuführung zu den Betriebsmitteln erhoben werden.“

3. § 153 SGB VII („Berechnungsgrundlagen“) lautet:

„(1) Berechnungsgrundlagen für die Beiträge sind, soweit sich aus den nachfolgenden Vorschriften nicht etwas anderes ergibt, der Finanzbedarf (Umlagesoll), die Arbeitsentgelte der Versicherten und die Gefahrklassen.

(2) Das Arbeitsentgelt der Versicherten wird bis zur Höhe des Höchstjahresarbeitsverdienstes zugrunde gelegt.

(3) Die Satzung kann bestimmen, dass der Beitragsberechnung mindestens das Arbeitsentgelt in Höhe des Mindestjahresarbeitsverdienstes für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zugrunde gelegt wird. ...

2 [Betrifft nur den englischen Text.]

3 In der Fassung vom 20. April 2007, BGBl. I S. 554.

(4) Bei der Beitragsberechnung kann von der Berücksichtigung des Grades der Unfallgefahr in den Unternehmen ganz oder teilweise abgesehen werden, soweit Aufwendungen für Renten, Sterbegeld und Abfindungen

1. auf Versicherungsfällen in solchen Unternehmen beruhen, die vor dem vierten dem Umlagejahr vorausgegangenen Jahr eingestellt worden sind, oder

2. auf Versicherungsfällen beruhen, bei denen der Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung vor dem vierten dem Umlagejahr vorausgegangenen Jahr liegt.

Der Gesamtbetrag der Aufwendungen, die nach Satz 1 ohne Berücksichtigung des Grades der Unfallgefahr auf die Unternehmen umgelegt werden, darf 30 vom Hundert der Gesamtaufwendungen für Renten, Sterbegeld und Abfindungen nicht übersteigen. Das Nähere bestimmt die Satzung.“

4. § 157 SGB VII („Gefahrtarif“) lautet:

„(1) Der Unfallversicherungsträger setzt als autonomes Recht einen Gefahrtarif fest. In dem Gefahrtarif sind zur Abstufung der Beiträge Gefahrklassen festzustellen. ...

(2) Der Gefahrtarif wird nach Tarifstellen gegliedert, in denen Gefahrengemeinschaften nach Gefährdungsrisiken unter Berücksichtigung eines versicherungsmäßigen Risikoausgleichs gebildet werden. ...

(3) Die Gefahrklassen werden aus dem Verhältnis der gezahlten Leistungen zu den Arbeitsentgelten berechnet.

...“

5. § 176 Abs. 1 SGB VII („Ausgleichspflicht“) lautet:

„Soweit

1. der Rentenlastsatz einer gewerblichen Berufsgenossenschaft das 4,5fache des durchschnittlichen Rentenlastsatzes der Berufsgenossenschaften,

2. der Rentenlastsatz einer gewerblichen Berufsgenossenschaft, die mindestens 20 und höchstens 30 vom Hundert ihrer Aufwendungen für Renten, Sterbegeld und Abfindungen nach § 153 Abs. 4 ohne Berücksichtigung des Grades der Unfallgefahr auf die Unternehmen umlegt, das Dreifache des durchschnittlichen Rentenlastsatzes der Berufsgenossenschaften oder

3. der Entschädigungslastsatz einer gewerblichen Berufsgenossenschaft das Fünffache des durchschnittlichen Entschädigungslastsatzes der Berufsgenossenschaften übersteigt, gleichen die Berufsgenossenschaften den übersteigenden Lastenanteil untereinander aus. Übersteigt der Ausgleichsbetrag nach Satz 1 Nr. 2 den Betrag, den die Berufsgenossenschaft nach Satz 1 Nr. 2 ohne Berücksichtigung des Grades der Unfallgefahr auf die Unternehmen umlegt, wird er auf diesen Betrag gekürzt.“

II – Ausgangsverfahren und Vorlagebeschluss

6. Die Kattner Stahlbau GmbH (im Folgenden: Kattner) wurde am 13. November 2003 gegründet und nahm zum 1. Januar 2004 den Betrieb auf. Mit Bescheid vom 27. Januar 2004 teilte MMB Kattner mit, dass MMB der für Kattner zuständige Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sei. Kattner sei daher gemäß § 136 SGB VII unter der Mitgliedsnummer 600212360 aufgenommen worden. In dem fraglichen Bescheid wurde auch über die Mitgliedschaft von Kattner bei MMB entschieden.

7. Mit Schreiben vom 1. November 2004 kündigte Kattner die Pflichtmitgliedschaft bei MMB zum Jahresende 2004. Dem Vorlagebeschluss zufolge beabsichtigte Kattner, sich privat gegen die bestehenden Risiken abzusichern.

8. Mit Bescheid vom 15. November 2004 teilte MMB Kattner mit, dass nach den Bestimmungen des SGB VII MMB der für Kattner zuständige gesetzliche Unfallversicherungsträger sei. Ein Austritt aus der Versicherung bzw. eine Kündigung einer gesetzlichen Pflichtversicherung sei rechtlich nicht möglich. Eine Entlassung aus der Mitgliedschaft werde daher abgelehnt. Der Bescheid vom 15. November 2004 wurde mit Widerspruchsbescheid der MMB vom 20. April 2005 und mit Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 21. November 2005 bestätigt.

9. Der Vorlageentscheidung zufolge macht Kattner mit der Berufung vor dem vorliegenden Gericht geltend, dass ihre Zwangsmitgliedschaft bei MMB gegen Gemeinschaftsrecht verstoße und dass sie in ihrer passiven Dienstleistungsfreiheit beeinträchtigt sei. Kattner legte ein Angebot einer dänischen Versicherungsgesellschaft vor, sie zu den Bedingungen von MMB nach deutschem Unfallversicherungsrecht gegen das Risiko von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Wegeunfällen zu versichern. Auch die Leistungen sollen sich streng nach dem Leistungskatalog der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung richten. In der Vorlageentscheidung wird folgender Vortrag von Kattner wiedergegeben: „Die Ausschließlichkeitsstellung [von MMB] verstoße gegen Art. 82,

86 EG, die Wettbewerbsbeschränkung sei nicht zu rechtfertigen. Entsprechendes gelte für die hieraus folgende Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs nach Art. 49 ff. EG. Zwingende Gründe des Allgemeininteresses, die eine Monopolstellung der Deutschen Unfallversicherungsträger in ihrem jeweiligen Bereich rechtfertigen könnten, seien nicht ersichtlich.“

10. Das vorliegende Gericht ist der Auffassung, dass zwischen dem deutschen und dem italienischen System der gesetzlichen Unfallversicherung grundsätzliche Unterschiede bestünden und dass die Entscheidung des Gerichtshofs in der Rechtssache *Cisal*⁴ noch nicht alle Fragen beantworte, die für den beim vorlegenden Gericht anhängigen Fall entscheidungserheblich seien. Das vorliegende Gericht stellt fest, dass es im zweiten Leitsatz des Urteils *Cisal* heiße, dass „[e]ine Einrichtung, die durch Gesetz mit der Verwaltung eines Systems der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten betraut ist, ... nicht unter den Begriff des Unternehmens im Sinne der [Artikel 81 EG und 82 EG fällt], wenn die Höhe der Leistungen und der Beiträge staatlicher Aufsicht unterliegt und die Pflichtmitgliedschaft, die für ein solches Versicherungssystem kennzeichnend ist, für dessen finanzielles Gleichgewicht sowie für die Umsetzung des Grundsatzes der Solidarität, der verlangt, dass die dem Versicherten gewährten Leistungen nicht proportional zu den von ihm entrichteten Beiträgen sind, unerlässlich ist. ... Eine solche Einrichtung nimmt eine Aufgabe rein sozialer Natur wahr. Ihre Tätigkeit ist daher keine wirtschaftliche Tätigkeit im Sinne des Wettbewerbsrechts“.

11. Das vorliegende Gericht hält es für fraglich, ob es sich bei MMB um eine „Einrichtung, die durch Gesetz mit der Verwaltung eines Systems der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten betraut ist“, handelt. Ein wesentlicher Unterschied des italienischen Systems gegenüber dem deutschen bestehe darin, dass das im Urteil *Cisal* erwähnte Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) ein Monopol sei, während die deutsche gesetzliche Unfallversicherung als Oligopol strukturiert sei. MMB sei nicht mit der Verwaltung eines Systems der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten betraut, vielmehr führe sie diese Versicherung unmittelbar selbst durch. Die „Verwaltungstätigkeit“ von MMB entspreche wesentlich der Struktur entsprechender Tätigkeiten von Wirtschaftssubjekten, namentlich von Versicherungsgesellschaften.

12. Unter diesen Umständen hat das Landessozialgericht das Verfahren ausgesetzt und dem Gerichtshof mit Vorlagebeschluss vom 24. Juli 2007 folgende Fragen gemäß Art. 234 EG vorgelegt:

4 Urteil vom 22. Januar 2002 (C-218/00, Slg. 2002, I-691).

1. Handelt es sich bei MMB um ein Unternehmen im Sinne der Art. 81 und 82 EG?
2. Verstößt die Pflichtmitgliedschaft von Kattner bei MMB gegen gemeinschaftsrechtliche Vorschriften?

III – Verfahren vor dem Gerichtshof

13. Kattner, MMB, die deutsche Regierung und die Kommission haben schriftliche Erklärungen eingereicht. Eine mündliche Verhandlung ist nicht beantragt worden und hat auch nicht stattgefunden.

IV – Zulässigkeit

14. Die Zulässigkeit der Fragen, die das Landessozialgericht dem Gerichtshof vorgelegt hat, ist aus mehreren Gründen angezweifelt worden.

15. Erstens machen MMB und die Kommission geltend, dass der Gerichtshof nur Gemeinschaftsrecht auslegen könne und daher nicht zu Entscheidungen über die Vereinbarkeit innerstaatlicher Rechtsvorschriften oder Maßnahmen mit dem Gemeinschaftsrecht befugt sei. Insoweit hält es die Kommission für angemessen, die erste Frage des vorlegenden Gerichts umzudeuten, da diese auf eine Auslegung des nationalen Rechts abziele und nicht bezeichne, aufgrund welcher Umstände eine Einrichtung wie MMB nach Auffassung des vorlegenden Gerichts als Unternehmen im Sinne der Art. 81 und 82 EG einzustufen sein könnte. Diese Umstände seien allerdings in der Begründung des Vorlagebeschlusses aufgezählt.

16. Zunächst ist daran zu erinnern, dass der Gerichtshof im Verfahren nach Art. 234 EG nicht befugt ist, die Normen des Gemeinschaftsrechts auf einen Einzelfall anzuwenden, und somit auch nicht dafür zuständig ist, Bestimmungen des innerstaatlichen Rechts unter eine solche Norm einzuordnen; er kann aber dem innerstaatlichen Gericht alle Hinweise zur Auslegung des Gemeinschaftsrechts geben, die diesem bei der Beurteilung der Wirkungen dieser Bestimmungen dienlich sein könnten.⁵

⁵ Vgl. insbesondere Urteil vom 24. September 1987, Coenen (37/86, Slg. 1987, 3589, Randnr. 8).

17. Meines Erachtens ersucht das nationale Gericht den Gerichtshof mit seiner ersten Frage, die Art. 81 EG und 82 EG auf einen Einzelfall anzuwenden. Ich bin daher der Meinung, dass der Gerichtshof die ihm vorgelegte erste Frage umformulieren muss.⁶ Die erste Frage sollte daher so verstanden werden, dass das vorlegende Gericht wissen möchte, ob der Begriff des Unternehmens im Sinne der Art. 81 EG und 82 EG eine Einrichtung wie MMB erfasst, die Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten gewährt. Darüber hinaus bin ich der Auffassung, dass der Gerichtshof durch die Angaben des vorlegenden Gerichts im Vorlagebeschluss, die von Kattner, MMB, der deutschen Regierung und der Kommission erweitert worden sind, so weit über den dem Ausgangsverfahren zugrunde liegenden Sachverhalt und rechtlichen Rahmen unterrichtet ist, dass ihm eine Auslegung der gemeinschaftlichen Wettbewerbsregeln im Hinblick auf den vorliegenden Fall möglich ist.

18. Zweitens trägt die Kommission mit Blick auf die zweite Frage vor, das vorlegende Gericht bezeichne nicht hinreichend die Normen des Gemeinschaftsrechts, die der Auslegung durch den Gerichtshof bedürften.

19. Auch wenn in der zweiten Frage die auslegungsbedürftigen Normen des Gemeinschaftsrechts nicht tatsächlich benannt sind, geht doch aus dem Vorlagebeschluss insgesamt deutlich hervor, dass das vorlegende Gericht feststellen lassen will, ob die Art. 49 ff. EG, 82 EG und 86 EG dahin auszulegen sind, dass sie der Pflichtmitgliedschaft eines Unternehmens wie Kattner bei einer Einrichtung wie MMB entgegenstehen.

20. Drittens können nach Auffassung von MMB die dem Gerichtshof vom Landessozialgericht Sachsen vorgelegten Fragen zu keiner dem Gericht „nützlichen“ Antwort führen, da dieses die Mitgliedschaft von Kattner bei MMB nicht beenden könne. Dies könne vielmehr nur durch Aufhebung oder Abänderung der Mitgliedschaftsentscheidung vom 27. Januar 2004 geschehen, die noch nicht einmal angefochten sei.

21. Insoweit ergibt sich aus der ständigen Rechtsprechung, dass das in Art. 234 EG vorgesehene Verfahren der Zusammenarbeit zwischen dem Gerichtshof und den nationalen Gerichten dient. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit ist das mit dem Rechtsstreit befasste nationale Gericht, das allein über eine unmittelbare Kenntnis des Sachverhalts verfügt und über ihn zu entscheiden hat, am besten in der Lage, im Hinblick auf den Einzelfall sowohl

6 Vgl. Urteil vom 26. Juni 2008, Wiedemann und Funk (C-329/06 und C-343/06, Slg. 2008, I-0000, Randnr. 45).

die Erforderlichkeit einer Vorabentscheidung für den Erlass seines Urteils als auch die Erheblichkeit der Fragen, die es dem Gerichtshof vorlegt, zu beurteilen. Gleichwohl obliegt es dem Gerichtshof erforderlichenfalls, zur Prüfung seiner eigenen Zuständigkeit die Umstände zu untersuchen, unter denen er vom nationalen Gericht angerufen wird, und insbesondere festzustellen, ob die erbetene Auslegung des Gemeinschaftsrechts einen Bezug zu den tatsächlichen Gegebenheiten und dem Gegenstand des Ausgangsrechtsstreits aufweist, um nicht Gutachten zu allgemeinen oder hypothetischen Fragen abgeben zu müssen. Stellt sich heraus, dass die vorgelegte Frage für die in diesem Rechtsstreit zu treffende Entscheidung offensichtlich nicht erheblich ist, muss der Gerichtshof feststellen, dass er keine Entscheidung treffen kann.⁷

22. Aus dem Vorlagebeschluss geht hervor, dass im Ausgangsverfahren in erster Linie die nach innerstaatlichem Recht vorgesehene Verpflichtung von Kattner zur Mitgliedschaft bei MMB im Streit ist und dass das nationale Gericht Zweifel an der Vereinbarkeit dieser Verpflichtung mit dem Gemeinschaftsrecht hat. Die vom vorlegenden Gericht erbetene Auslegung scheint daher einen Bezug zu den tatsächlichen Gegebenheiten und dem Gegenstand des Ausgangsrechtsstreits aufzuweisen und ist deshalb meines Erachtens für die in jenem Rechtsstreit zu treffende Entscheidung nicht offensichtlich unerheblich.

23. Die Unzulässigkeitseinreden sind somit meiner Meinung nach zurückzuweisen.

V – Sachprüfung

A – Frage 1

1. Wesentliches Vorbringen der Verfahrensbeteiligten

24. Kattner trägt vor, dass die erste Frage zu bejahen und eine Berufsgenossenschaft wie MMB als Unternehmen im Sinne der Art. 81 EG und 82 EG zu betrachten sei.

25. Im Gegensatz zu dem im Urteil *Cisal* untersuchten italienischen Versicherungssystem würden in Deutschland die Höhe der Leistungen und die Höhe der Beiträge nicht per Gesetz, sondern vielmehr per Satzung durch

7 Vgl. Urteil vom 21. Februar 2006, *Ritter-Coulais* (C-152/03, Slg. 2006, I-1711, Randnrn. 13 bis 15).

die jeweils betroffenen Berufsgenossenschaften bestimmt. Die den Beträgen zugrunde liegenden Berechnungsgrundlagen seien zwar gesetzlich vorgegeben, ließen den Berufsgenossenschaften aber weitläufige Wahlfreiheiten. Der Gesetzgeber habe weder Einfluss auf den Bedarf der Berufsgenossenschaft im abgelaufenen Jahr gemäß § 152 SGB VII noch auf die Arbeitsentgelte der Versicherten. Zwar werde bei der Beitragsberechnung eine Obergrenze des Arbeitsverdienstes der Versicherten zugrunde gelegt⁸, jedoch könne die jeweils zuständige Berufsgenossenschaft nach § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB VII eine höhere Grenze bestimmen. Von dieser Möglichkeit hätten auch alle Berufsgenossenschaften Gebrauch gemacht. Ferner könnten die Berufsgenossenschaften der Beitragsberechnung nach § 153 Abs. 3 SGB VII den Mindestjahresarbeitsverdienst zugrunde legen. Allerdings handele es sich dabei um eine fakultative Regelung. Darüber hinaus sei – auch wenn das Gesetz keinen Mindestbeitrag vorsehe – durch § 161 SGB VII für die zuständigen Berufsgenossenschaften die – nahezu umfassend wahrgenommene – Möglichkeit eröffnet worden, einen einheitlichen Mindestbeitrag zu erheben. Des Weiteren ergebe sich aus § 157 SGB VII, dass die Festsetzung der Gefahr- tarife allein Sache der zuständigen Berufsgenossenschaft sei und nur einer eingeschränkten Überprüfung durch die Gerichte unterliege. Nach § 158 SGB VII bedürfe der von einer Berufsgenossenschaft festgesetzte Gefahr- tarif der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Die Genehmigungen stellten jedoch lediglich formale Akte dar, die nur in äußerst seltenen Fällen verweigert würden. Auch die Tatsache, dass gemäß § 162 SGB VII Zuschläge, Nachlässe und Prämien von der zuständigen Berufsgenossenschaft erhoben bzw. gewährt werden könnten, unterstreiche die Freiheit der Beiträge von staatlicher Regelung.

26. Was die an die Versicherten auszahlenden Leistungen betreffe, werde deren Höhe nicht vom Gesetzgeber, sondern primär von den Berufsgenossenschaften festgesetzt. Die §§ 26 ff. und 81 ff. SGB VII gäben zwar vor, welche Leistungen generell von den Berufsgenossenschaften zu erbringen seien, es gebe jedoch keine gesetzliche Vorschrift für die summenmäßige Festlegung der Beträge. So könne etwa eine Berufsgenossenschaft nach § 85 Abs. 2 SGB VII die Obergrenze des Jahresarbeitsverdienstes heraufsetzen, der als Bezugsgröße für bestimmte Leistungen diene.

27. Nach Auffassung von Kattner reichen die im deutschen System anzutreffenden Solidaritätselemente nicht aus, um Berufsgenossenschaften nicht als Unternehmen im Sinne der Art. 81 ff. EG zu charakterisieren. Hierzu stellt

8 Im Jahr 2003 z. B. 57 120 Euro.

Kattner erstens fest, dass nach dem Urteil *Cisal* der soziale Zweck eines Versicherungssystems dadurch bestätigt werde, dass die Leistungen auch gewährt würden, wenn die fälligen Beiträge nicht entrichtet worden seien. Allerdings genüge der soziale Zweck eines Versicherungssystems als solcher nicht, um eine Einstufung der betreffenden Tätigkeit als wirtschaftliche Tätigkeit auszuschließen. Ohne eine Bezifferung solcher nicht entrichteter Beiträge könne dieses Element der Solidarität nicht entscheidend sein. Im Übrigen könnten diese Beiträge später nachgefordert werden. Zweitens erfolge nach § 157 SGB VII die Beitragsbemessung überwiegend anhand der tatsächlichen Unfallwahrscheinlichkeit und nicht anhand allgemeiner Kriterien. Drittens bestehe – anders als in der dem Urteil *Cisal* zugrunde liegenden Fallgestaltung, bei der die Höhe der Leistungen durch italienische gesetzliche Bestimmungen festgelegt sei und diese unabhängig von den entrichteten Beiträgen sowie den finanziellen Erträgen der vorgenommenen Anlagen gezahlt werden müssten – nicht die Gefahr, dass Leistungen erbracht würden, die nicht durch Beiträge abgedeckt seien, da nach § 152 Abs. 1 SGB VII die Beiträge im Wege der Umlage nach Ablauf des Finanzjahrs festgesetzt würden, in dem die Beitragsansprüche dem Grunde nach entstanden seien. Viertens sei in der Rechtssache *Cisal* ein maßgebliches Kriterium für das Vorliegen von Solidarität im Fehlen eines unmittelbaren Zusammenhangs zwischen den entrichteten Beiträgen und den gewährten Leistungen gesehen worden. Zu dem Zusammenhang zwischen Beiträgen und Leistungen sei bezüglich des deutschen Rechtssystems festzustellen, dass nach deutschem Recht keine Befreiung von der Beitragspflicht bei Unterschreitung einer bestimmten Arbeitsverdienstgrenze vorgesehen sei. Im Übrigen dürften die Berufsgenossenschaften nach § 161 SGB VII einen einheitlichen Mindestbeitrag erheben. Von dieser Möglichkeit hätten die meisten Berufsgenossenschaften auch Gebrauch gemacht, was ihnen die Synchronisierung von Mindestbeiträgen und Mindestleistungen erlaube. Ferner könne sich ein Höchstbeitrag daraus ergeben, dass u. a. ein gesetzlich festgelegter Höchstjahresarbeitsverdienst in die Berechnung der Beiträge einfließe. Dieser fließe jedoch auch in die Bemessung der Leistungen ein, so dass die Proportionalität zwischen Beiträgen und Leistungen gegeben sei. Fünftens setze der Grundsatz der Solidarität voraus, dass Unternehmen mit einem hohen Unfallrisiko von Unternehmen mit einem geringeren Unfallrisiko finanziert würden. Die Vorschriften über den Lastenausgleich in Deutschland dienten jedoch nicht der Gewährleistung von Solidarität, sondern lediglich der Aufrechterhaltung des Systems. Der Lastenausgleich finde nämlich zunächst innerhalb derselben Gefahrenklasse statt, und der Ausgleich unter den verschiedenen Gewerbezweigen innerhalb einer Berufsgenossenschaft oder der Berufsgenossenschaften untereinander erfolge lediglich, um das System aufrechtzuerhalten. Sechstens bestehe – da eine Trennung zwischen Altlasten und Neulasten durchaus möglich sei

– keine Notwendigkeit, die Pflichtversicherung aufrechtzuerhalten, um die Altlasten abzufangen, deren Bedeutung im Laufe der Zeit ohnehin zurückgehen werde.

28. Des Weiteren macht Kattner geltend, dass die Art der Finanzierung einer Einrichtung für deren Einstufung als Unternehmen im Sinne der Art. 81 ff. EG ohne Belang sei. Die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung würden zwar im Umlageverfahren festgesetzt, der Regelung in Deutschland wohnen jedoch durchaus auch Züge des Kapitalverfahrens inne. Darüber hinaus könnten die Berufsgenossenschaften § 164 SGB VII zur Sicherung des Beitragsaufkommens u. a. Beitragsvorschüsse im laufenden Jahr erheben, um den Versicherungsbedarf zu decken. Damit unterscheide sich die Finanzierung der Berufsgenossenschaften nicht wesentlich von der eines privaten Versicherers, da auch dieser den voraussichtlichen Jahresbedarf in seine Kalkulation einstelle und auf dieser Grundlage die Beiträge berechne.

29. Nach Auffassung von MMB, der deutschen Regierung und der Kommission ist eine Berufsgenossenschaft wie MMB kein Unternehmen im Sinne von Art. 81 EG und 82 EG. Nach dem Maßstab des Urteils *Cisal* übten Berufsgenossenschaften keine wirtschaftliche Tätigkeit aus, sondern verfolgten rein soziale Zwecke und seien Bestandteil des sozialen Sicherungssystems in Deutschland. Ferner bestünden die Leistungsansprüche der Arbeitnehmer aus der fraglichen Versicherung unabhängig vom Verschulden und sogar unabhängig von den Beitragsleistungen ihres Arbeitgebers. MMB und die deutsche Regierung weisen darauf hin, dass die fragliche Versicherung keinen Ausschluss von Risiken kenne. MMB und die Kommission heben außerdem hervor, dass es sich bei den in Rede stehenden Berufsgenossenschaften in Deutschland um Einrichtungen ohne Gewinnerzielungsabsicht handele.

30. MMB, die deutsche Regierung und die Kommission machen geltend, die Modalitäten der Erhebung der Versicherungsbeiträge und der Gewährung der Leistungen zeige, dass die in Rede stehende gesetzliche Unfallversicherung den Solidaritätsgrundsatz umsetze.

31. Bezüglich der Beiträge stellt MMB fest, dass nach § 150 SGB VII ausschließlich die Arbeitgeber, nicht jedoch die Arbeitnehmer beitragspflichtig seien. Die deutsche Regierung macht geltend, dass anders als bei privatwirtschaftlichen Prämien, die am individuellen Risiko des Versicherten orientiert seien, bei der fraglichen deutschen Versicherungsregelung risikoerhöhende Faktoren, etwa Vorerkrankungen des Arbeitnehmers, bei der Berechnung der zu entrichtenden Beiträge außer Betracht blieben und auch nicht zur Begründung von Leistungsausschlüssen herangezogen würden. Die Leistungsan-

sprüche bestünden unabhängig von einem Verschulden des Arbeitgebers oder des Opfers und ungeachtet der Entrichtung oder Nichtentrichtung von Beiträgen.

32. MMB, die deutsche Regierung und die Kommission tragen vor, die Unfallversicherung in Deutschland werde nach dem Prinzip der nachträglichen Bedarfsdeckung finanziert. Die Beiträge der Mitglieder einer Berufsgenossenschaft berechneten sich also durch Verteilung des Gesamtfinanzbedarfs der Genossenschaft im zurückliegenden Jahr, einschließlich der erforderlichen Rücklagen, auf die Mitglieder. Die deutsche Regierung führt an, dass sich die Beiträge eines Unternehmens nach den an die Versicherten gezahlten Arbeitsentgelten richteten, jedoch abgestuft nach der Gefahrklasse des Gewerbebezugs des betreffenden Unternehmens. Nach § 153 Abs. 1 SGB VII seien die einzelnen Gewerbebezüge in Gefahrklassen unterteilt, die sich nach Zahl und Schwere der Unfälle in dem Gewerbebezug bestimmten.

33. Der deutschen Regierung zufolge setzt diese Beitragsregelung den Grundsatz der Solidarität auf drei Ebenen um. Erstens habe jede Berufsgenossenschaft einen Gefahrtarif mit Gefahrklassen festzusetzen. Die Unternehmen eines bestimmten Gewerbebezugs seien unabhängig von dem tatsächlichen Risiko eines einzelnen Unternehmens in einer Risikogemeinschaft zusammengefasst. Da sich die Beiträge nach dem einem bestimmten Gewerbebezug zugeordneten Risiko richteten, wird nach Auffassung der deutschen Regierung und der Kommission der Solidaritätsgrundsatz zwischen den Unternehmen ein und desselben Gewerbebezugs angewendet. Zweitens wendeten die Berufsgenossenschaften den Gefahrtarif eines bestimmten Gewerbebezugs im Allgemeinen nicht auf Altfälle, sondern auf Neufälle an, so dass zahlreiche Faktoren bei der Risikobeurteilung eines bestimmten Gewerbebezugs außer Betracht blieben. Der Solidaritätsgrundsatz komme daher zwischen den Gewerbebezügen innerhalb einer Berufsgenossenschaft zum Tragen. Drittens werde der Solidaritätsgrundsatz zwischen den Berufsgenossenschaften umgesetzt. Überstiegen nämlich bestimmte Aufwendungen einer Berufsgenossenschaft einen bestimmten Wert, seien die übrigen Berufsgenossenschaften nach den §§ 176 ff. SGB VII verpflichtet, den darüber hinausgehenden Anteil zu tragen. Insoweit weist MMB darauf hin, dass derzeit 500 Millionen bis 600 Millionen Euro gemäß den §§ 176 ff. SGB VII als Ausgleich geleistet würden. Angesichts des Ausgleichssystems zwischen den Berufsgenossenschaften gemäß den §§ 176 ff. SGB VII halten es die deutsche Regierung und die Kommission zur Erfüllung des Solidaritätsgrundsatzes nicht für erforderlich, dass die fragliche Versicherungsregelung von einer zentralen Stelle betrieben wird.

34. Die Kommission und MMB betonen die Bedeutung der fraglichen deutschen Versicherungsregelung für die Unfallverhütung. Die Kommission weist zudem darauf hin, dass die deutsche Regelung als Präventivmaßnahme die zu entrichtenden Beiträge je nach der Schadensgeneigtheit eines bestimmten Unternehmens anpasse und dass damit eine gewisse Annäherung der Beitragshöhe an das versicherte Risiko erfolge. Allerdings bleibe diese Annäherung unvollständig, so dass die vom Gerichtshof aufgestellte Voraussetzung der „strengen Proportionalität“ nicht erfüllt sei.

35. Zur Frage der Versicherungsleistungen machen MMB, die deutsche Regierung und die Kommission geltend, dass die Höhe der ausgezahlten Versicherungsleistungen nicht in einem unbedingt proportionalen Verhältnis zum Verdienst des Versicherten stehe. Die deutsche Regierung und MMB heben hervor, dass mehr als 30 % der Leistungen der Berufsgenossenschaften in Sachleistungen u. a. für Unfallverhütung und die Erstattung der Kosten für die medizinische Versorgung bestünden, die keinen Bezug zu dem Arbeitsentgelt des Versicherten und den entrichteten Beiträgen aufwiesen. In Bezug auf Leistungen wie Lohnersatzleistungen und Renten, die sich nach der Höhe des Arbeitsentgelts vor dem Versicherungsfall richteten, führen die deutsche Regierung und die Kommission aus, dass der dabei zu berücksichtigende Mindest- und Höchstverdienst durch § 85 SGB VII bestimmt sei, was zu einer Entkopplung der Leistungen vom Arbeitseinkommen des Versicherten führe.

36. MMB, die deutsche Regierung und die Kommission unterstreichen, dass die streitige gesetzliche Unfallversicherungsregelung in Deutschland der staatlichen Aufsicht unterworfen sei. MMB macht geltend, sie unterliege dem öffentlichen Recht und habe Aufgaben zu erfüllen, die ihr von Gesetzes wegen übertragen seien. Im Übrigen dürften nach § 31 SGB VII Rechte und Pflichten in den Sozialleistungsbereichen des Sozialgesetzbuchs nur begründet, festgestellt, geändert oder aufgehoben werden, soweit ein Gesetz es vorschreibe oder zulasse. MMB, die deutsche Regierung und die Kommission tragen vor, dass die Leistungen und ihre Voraussetzungen durch Gesetz festgelegt seien. Der deutschen Regierung zufolge hängt die Berechnung der Beiträge weitgehend von den Berufsgenossenschaften ab, insbesondere weil diese den Gefahrarif erließen. MMB und die deutsche Regierung machen jedoch geltend, dass die Gefahrariffestsetzung der ausdrücklichen Genehmigung der staatlichen Aufsichtsbehörde bedürfe. Die deutsche Regierung führt an, dass die Berufsgenossenschaften bei der Gefahrariffaufstellung an das Gesetz, insbesondere das Grundgesetz, gebunden und dass sie nach § 157 SGB VII verpflichtet seien, zur Abstufung der Beiträge Gefahrklassen festzustellen. MMB trägt vor, dass die Beiträge nach § 150 SGB VII zu bemessen und dass keine Abweichungen zugunsten einzelner Unternehmen zulässig seien.

Darüber hinaus sei es den Berufsgenossenschaften verboten, miteinander in Wettbewerb zu treten.

2. Würdigung

37. Das vorliegende Gericht möchte wissen, ob eine Einrichtung wie MMB als Unternehmen im Sinne der Art. 81 EG und 82 EG gelten kann. Es ist daran zu erinnern, dass sich der beim vorlegenden Gericht anhängige Rechtsstreit um die Frage dreht, ob Kattner ihre Pflichtmitgliedschaft bei der MMB kündigen kann. Letztlich macht Kattner im Ausgangsverfahren geltend, dass die Ausschließlichkeitsstellung von MMB gegen die Art. 82 EG und 86 EG verstoße.

38. Wie sich aus den dem Gerichtshof vorliegenden Akten ergibt, sind die Arbeitgeber in Deutschland grundsätzlich verpflichtet, Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu erlangen. Das vorliegende Gericht hat in der Vorlageentscheidung ausgeführt, dass sich die Pflichtmitgliedschaft in den verschiedenen Berufsgenossenschaften in Deutschland nach den Vorschriften über die sachliche und örtliche Zuständigkeit der einzelnen Berufsgenossenschaften bestimmt.

39. Im Rahmen des Wettbewerbsrechts hat der Gerichtshof entschieden, dass der Begriff des Unternehmens jede eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübende Einheit unabhängig von ihrer Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung umfasst.⁹

40. Im Urteil Albany¹⁰ hat der Gerichtshof im Rahmen der Zusammenfassung seiner Entscheidung im Urteil Poucet und Pistre¹¹ ausgeführt, dass Einrichtungen, die obligatorische, auf dem Grundsatz der Solidarität beruhende Systeme der sozialen Sicherheit verwalten, nicht unter den Begriff des Unternehmens fallen. In dem in der Rechtssache Poucet und Pistre geprüften Versicherungssystem für Krankheit und Mutterschaft waren die Leistungen für alle Empfänger die gleichen, während sich die Beiträge nach dem Einkommen

9 Vgl. Urteile vom 23. April 1991, Höfner und Elser (C-41/90, Slg. 1991, I-1979, Randnr. 21), und Cisal (in Fn. 4 angeführt, Randnr. 22). Ferner ist eine wirtschaftliche Tätigkeit nach ständiger Rechtsprechung des Gerichtshofs jede Tätigkeit, die darin besteht, Güter oder Dienstleistungen auf einem bestimmten Markt anzubieten. Vgl. Urteile vom 16. Juni 1987, Kommission/Italien (118/85, Slg. 1987, 2599, Randnr. 7), und vom 18. Juni 1998, Kommission/Italien (C-35/96, Slg. 1998, I-3851, Randnr. 36).

10 Urteil vom 21. September 1999 (C-67/96, Slg. 1999, I-5751).

11 Urteil vom 17. Februar 1993 (C-159/91 und C-160/91, Slg. 1993, I-637).

richteten; in dem ebenfalls dort geprüften Rentenversicherungssystem wurden die Renten von den erwerbstätigen Arbeitnehmern finanziert; die Rentenanprüche waren gesetzlich festgelegt und richteten sich nicht nach den Beiträgen zur Rentenversicherung. Soweit die Systeme schließlich Überschüsse erwirtschafteten, waren sie an der Finanzierung der Systeme mit strukturellen finanziellen Schwierigkeiten beteiligt. Diese Solidarität hatte zur notwendigen Voraussetzung, dass die verschiedenen Versicherungssysteme von einem einzigen Träger verwaltet wurden und eine Pflichtmitgliedschaft bestand.¹²

41. Ferner hat der Gerichtshof im Urteil Albany festgestellt, dass er dagegen im Urteil *Fédération française des sociétés d'assurance u. a.*¹³ für Recht erkannt hatte, dass eine Einrichtung ohne Gewinnerzielungsabsicht, die ein zur Ergänzung einer Grundpflichtversicherung durch Gesetz geschaffenes, auf Freiwilligkeit beruhendes Rentenversicherungssystem verwaltet, das nach dem Kapitalisierungsprinzip arbeitet, ein Unternehmen im Sinne der Artikel 81 ff. EG ist. Die freiwillige Mitgliedschaft, die Anwendung des Kapitalisierungsprinzips und der Umstand, dass die Leistungen sich ausschließlich nach der Höhe der von den Leistungsempfängern gezahlten Beiträge und den Erträgen der von der das System verwaltenden Einrichtung vorgenommenen Investitionen richteten, implizierten, dass diese Einrichtung eine wirtschaftliche Tätigkeit im Wettbewerb mit Lebensversicherungsunternehmen ausübte.¹⁴

42. Für den Bereich der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten hat der Gerichtshof im Urteil *Cisal* entschieden, dass eine Einrichtung, die wie das INAIL mit der Verwaltung eines Systems der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten betraut ist, eine Aufgabe rein sozialer Natur wahrnimmt und keine wirtschaftliche Tätigkeit im Sinne des Wettbewerbsrechts ausübt. Dementsprechend ist der Gerichtshof zu dem Ergebnis gelangt, dass das INAIL nicht unter den Begriff des Unternehmens im Sinne der Art. 81 und 82 EG fällt.¹⁵

43. Im Rahmen seiner Feststellungen im Urteil *Cisal* hat der Gerichtshof ausgeführt, dass der Schutz gegen die Risiken eines Arbeitsunfalls und einer Berufskrankheit seit langer Zeit zum sozialen Schutz gehört, den die Mitglied-

12 Vgl. Urteil Albany, in Fn. 10 angeführt, Randnr. 78.

13 Urteil vom 16. November 1995 (C-244/94, Slg. 1995, I-4013).

14 Vgl. Urteil Albany, in Fn. 10 angeführt, Randnr. 79.

15 Urteil *Cisal*, in Fn. 4 angeführt, Randnrn. 32 und 45.

staaten ihrer gesamten Bevölkerung oder einem Teil hiervon gewähren.¹⁶ Allerdings genügt der soziale Zweck eines Versicherungssystems als solcher nach der Rechtsprechung des Gerichtshofs nicht, um eine Einstufung der betreffenden Tätigkeit als wirtschaftliche Tätigkeit auszuschließen.¹⁷ Neben der Verfolgung eines sozialen Zwecks gilt daher die weitere Voraussetzung, dass das Versicherungssystem den Grundsatz der Solidarität umsetzt.¹⁸ Da das INAIL durch Beiträge finanziert wurde, deren Höhe nicht streng proportional zum versicherten Risiko war, und die Höhe der gewährten Leistungen nicht notwendig proportional zu den Einkünften des Versicherten war, kam der Gerichtshof zu dem Ergebnis, dass das Fehlen eines unmittelbaren Zusammenhangs zwischen den entrichteten Beiträgen und den gewährten Leistungen somit eine Solidarität bewirkt zwischen den hoch bezahlten Arbeitnehmern und denjenigen, die in Anbetracht ihrer niedrigen Einkünfte keine angemessene soziale Absicherung hätten, wenn ein solcher Zusammenhang bestünde.¹⁹ Der Gerichtshof hat ausgeführt, dass die Pflichtmitgliedschaft, die für ein solches Versicherungssystem kennzeichnend ist, für dessen finanzielles Gleichgewicht sowie für die Umsetzung des Grundsatzes der Solidarität, der verlangt, dass die dem Versicherten gewährten Leistungen nicht proportional zu den von ihm entrichteten Beiträgen sind, unerlässlich ist.²⁰

44. Im Urteil *Cisal* hat der Gerichtshof über die Feststellung hinaus, dass das in jenem Fall streitige italienische System den Grundsatz der Solidarität umsetzt, auch hervorgehoben, dass die beiden wesentlichen Elemente des vom INAIL verwalteten Systems – nämlich die Höhe der entrichteten Beiträge und der gewährten Leistungen – staatlicher Aufsicht unterliegen.²¹

45. Auch wenn nach der Rechtsprechung des Gerichtshofs der soziale Zweck eines Versicherungssystems als solcher eindeutig nicht genügt, um eine Einstufung einer Tätigkeit als wirtschaftliche Tätigkeit auszuschließen, ist ein solcher Zweck meines Erachtens gleichwohl eines der relevanten Kriterien

16 Ebd., Randnr. 32.

17 Ebd., Randnr. 37, und Urteil *Albany*, in Fn. 10 angeführt, Randnr. 86; vgl. auch Urteil vom 12. September 2000, *Pavlov u. a.* (C-180/98 bis C-184/98, Slg. 2000, I-6451, Randnr. 118).

18 Vgl. Urteil *Cisal*, in Fn. 4 angeführt, Randnr. 38.

19 Ebd., Randnrn. 39 bis 42.

20 Ebd., Randnr. 44.

21 Ebd., Randnr. 44.

für die Beurteilung, ob eine bestimmte Tätigkeit nichtwirtschaftlicher Natur ist. Es ist daher zu prüfen, ob das gesetzliche System der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, um das es im Ausgangsverfahren geht, einen sozialen Zweck verfolgt.

46. Vorbehaltlich einer Überprüfung durch das vorlegende Gericht ergibt sich aus § 1 SGB VII, dass das in Rede stehende Versicherungssystem bezweckt, erstens mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und zweitens nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen. Ferner besteht im Rahmen des Systems – vorbehaltlich einer Überprüfung durch das vorlegende Gericht – Versicherungsschutz offenbar unabhängig von einem Verschulden des Opfers oder des Arbeitgebers und unabhängig davon, ob der Arbeitgeber Beiträge tatsächlich entrichtet hat. Zudem ergibt sich aus dem Vorlagebeschluss, dass die Berufsgenossenschaften öffentlich-rechtliche Einrichtungen ohne Gewinnerzielungsabsicht sind.

47. Außerdem ist zu prüfen, ob das fragliche deutsche Versicherungssystem den Grundsatz der Solidarität umsetzt und ob die wesentlichen Elemente dieses Systems staatlicher Aufsicht unterliegen.

48. Bei der Beurteilung, ob ein bestimmtes System der sozialen Sicherheit den Grundsatz der Solidarität umsetzt, hat der Gerichtshof insbesondere auf die Höhe der entrichteten Beiträge und der gewährten Leistungen im System abgestellt. Der Solidaritätsgrundsatz ist nicht gewahrt, wenn die Leistungen, die der Versicherte erhält, unmittelbar von den Beiträgen abhängen, die von oder für ihn eingezahlt worden sind. Ein System der sozialen Sicherheit, das Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten gewährt, muss daher meines Erachtens Umverteilungselemente aufweisen, die über diejenigen eines privaten Versicherungsschutzes hinausgehen.²²

49. Hinsichtlich der Beitragssätze im fraglichen deutschen System ist zu beachten, dass der Gerichtshof im Urteil *Cisal* großes Gewicht auf den Umstand gelegt hat, dass das in jenem Fall in Rede stehende italienische Versicherungssystem durch Beiträge finanziert wurde, deren Höhe nicht streng

22 Vgl. in diesem Sinne Schlussanträge von Generalanwalt Jacobs in der Rechtsache *Albany*, Urteil in Fn. 10 angeführt, Nrn. 37 bis 82. Vgl. auch Schlussanträge von Generalanwalt Jacobs in der Rechtsache *Cisal*, Urteil in Fn. 4 angeführt, Nrn. 50 bis 66.

proportional zum versicherten Risiko war. Aus den Akten ergibt sich hier, dass – vorbehaltlich einer Überprüfung durch das vorlegende Gericht – sich die von einem Arbeitgeber im Rahmen des fraglichen deutschen Systems entrichteten Beiträge nicht ausschließlich nach einer versicherungsmathematischen Berechnung des Risikos des betreffenden Unternehmens bemessen²³, sondern gemäß u. a. den §§ 152 f. SGB VII anhand erstens des Finanzbedarfs der Berufsgenossenschaft im abgelaufenen Kalenderjahr, zweitens der Arbeitsentgelte der Versicherten und drittens der Gefahrklasse des Gewerbezeigs, dem das Unternehmen angehört.

50. Ferner sind im fraglichen deutschen Versicherungssystem die Gewerbezeige offenbar entsprechend den mit ihrer Tätigkeit verbundenen Risikofaktoren in Gefahrklassen unterteilt, so dass sich die Beiträge daher u. a. nach dem Risiko dieses Gewerbezeigs anstatt ausschließlich nach dem Risiko eines bestimmten Unternehmens richten. Die Schaffung solcher Gefahrklassen zur Festsetzung der Beiträge stellt meines Erachtens sicher, dass der Grundsatz der Solidarität zwischen den Unternehmen des betreffenden Gewerbezeigs umgesetzt wird. Im Übrigen scheint § 176 SGB VII – vorbehaltlich einer Überprüfung durch das vorlegende Gericht – für den Fall, dass bestimmte Lasten einer Berufsgenossenschaft die Durchschnittslasten der betreffenden Berufsgenossenschaften in Deutschland erheblich übersteigen, einen Lastenausgleich zwischen diesen Berufsgenossenschaften vorzusehen. Die Möglichkeit eines solchen Ausgleichs stellt wohl sicher, dass das fragliche Versicherungssystem in Deutschland landesweit zu einer gewissen Solidarität zwischen allen Versicherten in Deutschland führt.

51. Die Höhe der im fraglichen deutschen Versicherungssystem gewährten Leistungen ist auch nicht unbedingt proportional zu dem Einkommen des Versicherten, da bestimmte Leistungen einheitlich und unabhängig davon gewährt

23 Offenbar können die Beiträge einzelner Unternehmen jedoch in gewissem Grad entsprechend ihrer Unfallrate angepasst werden. Ich möchte darauf hinweisen, dass den Schlussanträgen von Generalanwalt Jacobs in der Rechtssache *Cisal* zufolge bei dem italienischen System zur Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten die Durchschnittsbeiträge der Arbeitnehmer nach einem bestimmten Prozentsatz ihres Arbeitsentgelts berechnet wurden. Dieser Prozentsatz war abhängig von dem durchschnittlichen Risiko der Tätigkeit des Unternehmens, für das sie arbeiteten. Der so bestimmte Prozentsatz konnte für einzelne Unternehmen abgeändert werden, wenn diese nachweisen konnten, dass das Risiko ihrer Tätigkeiten aufgrund z. B. von Sicherheitsmaßnahmen unter dem landesweiten Durchschnitt lag. Vgl. Schlussanträge von Generalanwalt Jacobs in der Rechtssache *Cisal*, Urteil in Fn. 4 angeführt, Nr. 22.

werden, ob für ihn verhältnismäßig hohe oder niedrige Beiträge entrichtet worden sind. Das vorlegende Gericht hat im Vorlagebeschluss ausgeführt, dass trotz der Tatsache, dass gemäß § 153 SGB VII das Einkommen des Versicherten ein Faktor bei der Beitragsbemessung sei, 12,4 % der Gesamtausgaben für das Jahr 2002 – etwa für ambulante und stationäre Heilbehandlung – vom Einkommen der Versicherten unabhängig gewesen seien.

52. Insoweit – wie der Gerichtshof im Urteil *Cisal* ausgeführt hat – „[bewirkt d]as Fehlen eines unmittelbaren Zusammenhangs zwischen den entrichteten Beiträgen und den gewährten Leistungen ... somit eine Solidarität zwischen den hoch bezahlten Arbeitnehmern und denjenigen, die in Anbetracht ihrer niedrigen Einkünfte keine angemessene soziale Absicherung hätten, wenn ein solcher Zusammenhang bestünde“.²⁴ Da außerdem die Versicherungsbeiträge nicht ausschließlich auf der Schadensgeneigtheit eines einzelnen Unternehmens und übrigens auch nicht eines bestimmten Gewerbezweigs beruhen, bin ich der Auffassung, dass in Deutschland die Solidarität zwischen den Arbeitnehmern ungeachtet der Art ihrer Tätigkeiten gewahrt ist.

53. Zu der Frage, ob die wesentlichen Elemente des fraglichen deutschen Versicherungssystems staatlicher Aufsicht unterliegen, führt das vorlegende Gericht aus, dass der zu berücksichtigende Mindest- und Höchstverdienst von den Berufsgenossenschaften autonom festgelegt werden könne und dass diese Werte für die Bemessung nicht nur der Beiträge, sondern auch der Leistungen und insbesondere der Renten relevant seien.²⁵ Beachtenswert – auch wenn dieser Punkt in dem Vorlagebeschluss nicht ausdrücklich angesprochen wird – ist vielleicht der Vortrag von Kattner, dass die Festsetzung des Gefahr- tarifs der zuständigen Berufsgenossenschaft obliege und von den Gerichten nur eingeschränkt inhaltlich überprüft werden könne. Demgegenüber machen MMB und die deutsche Regierung geltend, dass die Festlegung des Tarifs der ausdrücklichen Genehmigung der staatlichen Aufsichtsbehörde bedürfe.

54. Auch wenn die Berufsgenossenschaften in Deutschland bei der Festsetzung der Beiträge offensichtlich einigen Spielraum haben und in gewissem Umfang die Höhe bestimmter Leistungen beeinflussen können, hat es doch – vorbehaltlich einer Überprüfung durch das vorlegende Gericht – den Anschein, dass diese Flexibilität speziell durch das Gesetz geschaffen wird

24 Randnr. 42.

25 Vgl. vielleicht im Gegensatz hierzu Urteil *Cisal*, in Fn. 4 angeführt, Randnrn. 40 f.

und dass die oben dargestellten Solidaritätselemente des Systems²⁶ im Rahmen einer solchen flexiblen Regelung bestehen. Demnach ergibt sich, dass die entscheidenden Kriterien zur Bestimmung der im fraglichen deutschen Versicherungssystem zu entrichtenden Beiträge sowie die Art und die Voraussetzungen der nach diesem System gewährten Leistungen²⁷ gesetzlich festgelegt sind und von den Berufsgenossenschaften beachtet werden müssen.

55. Ich bin daher der Meinung, dass das fragliche deutsche Versicherungssystem wohl den Grundsatz der Solidarität umsetzt und die wesentlichen Elemente des Systems staatlicher Aufsicht unterliegen. Allerdings sind eine Reihe bestimmter Merkmale des fraglichen Systems zu untersuchen, auf die das vorlegende Gericht hingewiesen hat und die das System von anderen vom Gerichtshof bereits geprüften Systemen unterscheiden.

56. In seinem Vorlagebeschluss führt das vorlegende Gericht aus, dass anders als in der Rechtssache *Cisal* in Deutschland keine Regelung existiere, nach welcher der Beitragssatz bei hohen Risiken einen bestimmten Höchstbetrag nicht überschreiten dürfe.²⁸

57. Meines Erachtens sind die besonderen Merkmale eines Systems der sozialen Sicherheit und dessen Konformität mit dem Solidaritätsgrundsatz jeweils im Einzelfall unter Berücksichtigung aller relevanten Faktoren zu beurteilen. Das Vorliegen oder Fehlen bestimmter Merkmale eines Systems, die der Gerichtshof in seiner bisherigen Rechtsprechung als Nachweis für die Wahrung des Solidaritätsgrundsatzes gewertet hat, ist in anderen Fällen nicht

26 Vgl. oben, Nrn. 49 bis 52.

27 Vgl. im Gegensatz hierzu Urteil Pavlov u. a., in Fn. 17 angeführt, Randnr. 114, wo der Gerichtshof festgestellt hat, dass der betreffende Fonds „die Höhe der Beiträge und der Leistungen selbst [bestimmt] und ... nach dem Kapitalisierungsprinzip [arbeitet]. Daher hängt die Höhe der von ihm gewährten Leistungen von den Erträgen der von ihm getätigten Anlagen ab ...“.

28 Das vorlegende Gericht hat offenbar die Feststellungen des Gerichtshofs im Urteil *Cisal*, angeführt in Fn. 4, Randnr. 39, vor Augen, dass „das [italienische] Versicherungssystem durch Beiträge finanziert [wird], deren Höhe nicht streng proportional zum versicherten Risiko ist. So ergibt sich aus den Akten, dass der Beitragssatz einen bestimmten Höchstbetrag nicht übersteigen kann, auch wenn die ausgeübte Tätigkeit mit einem sehr hohen Risiko verbunden ist; die Finanzierungslücke wird von allen Unternehmen getragen, die derselben Risikogruppe angehören“ (Hervorhebung nur hier).

unbedingt entscheidend. Meines Erachtens lässt die Feststellung des vorliegenden Gerichts zum Fehlen einer ausdrücklichen²⁹ Beitragshöchstgrenze im deutschen Versicherungssystem nicht die Schlussfolgerung zu, dass die in diesem System offensichtlich vorhandenen Solidaritätselemente³⁰ ausgehöhlt oder aufgehoben wären. Dieser Faktor ist nur von Belang, wenn er sich in erheblichem Maße auf den Zusammenhang zwischen entrichteten Beiträgen und gewährten Leistungen im fraglichen System auswirkt und damit praktisch zu einer Aufgabe des Solidaritätsgrundsatzes führt.³¹ Ob dies der Fall ist, muss das vorliegende Gericht entscheiden.

58. Das vorliegende Gericht sieht darüber hinaus einen wesentlichen Unterschied zwischen dem italienischen Versicherungssystem in der Rechtssache *Cisal* und dem fraglichen deutschen System darin, dass das *INAIL* ein Monopol, das deutsche Versicherungssystem hingegen ein Oligopol darstelle. Darüber hinaus entspreche die „Verwaltungstätigkeit“ von *MMB* wesentlich der Struktur entsprechender Tätigkeiten von entsprechenden Wirtschaftssubjekten, namentlich von Versicherungsgesellschaften. *MMB* – so das vorliegende Gericht – „verwaltet nicht das System, sondern ist Bestandteil desselben“.

59. Dass ein Mitgliedstaat die Durchführung eines Systems der sozialen Sicherheit auf mehrere verschiedene Stellen nach sachlichen und/oder örtlichen Kriterien verteilt, kann meines Erachtens, sofern die erforderlichen Elemente der Solidarität und der staatlichen Aufsicht vorhanden sind, für sich allein den Tätigkeiten dieser Stellen keinen wirtschaftlichen Charakter verleihen. Andernfalls käme der technischen oder organisatorischen Ausgestaltung, die ein Mitgliedstaat für die Durchführung eines Teils seines Systems der sozialen Sicherheit wählt, im Vergleich zu dessen inhaltlicher Ausgestaltung ein unangemessenes Gewicht zu.

60. So hat der Gerichtshof im Urteil *Poucet und Pistre* entschieden, dass es sich bei den Tätigkeiten eines Versicherungssystems für Krankheit und Mutterschaft und eines Altersversicherungssystems in Frankreich, die sachlich und regional untergliedert arbeiteten, nicht um Tätigkeiten wirtschaftlicher Art

29 Vorbehaltlich einer Überprüfung durch das vorliegende Gericht scheint § 152 SGB VII die Beiträge, die erhoben werden dürfen, der Höhe nach zu begrenzen und sind u. a. in § 153 SGB VII die Faktoren aufgezählt, die bei der Beitragsbemessung berücksichtigt werden dürfen.

30 Vgl. oben, Nrn. 49 bis 52.

31 Vgl. oben, Nrn. 49 bis 52.

handelte. Ferner hat der Gerichtshof im Urteil AOK Bundesverband u. a.³² festgestellt, dass die Tätigkeiten regional und nach Tätigkeitsbereichen organisierter Krankenkassen in Deutschland nicht wirtschaftlicher Art sind.

61. Ebenso verleiht auch der Umstand, dass dem vorlegenden Gericht zufolge die deutschen Berufsgenossenschaften nicht mit der Verwaltung eines Systems der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, sondern mit der Erbringung entsprechender Versicherungsdienstleistungen betraut sind³³, als solcher diesen Tätigkeiten keinen wirtschaftlichen Charakter, sofern die erforderlichen Elemente der Solidarität und der staatlichen Aufsicht vorhanden sind.

62. Meines Erachtens ist auf die erste Vorlagefrage daher zu antworten, dass der Begriff des Unternehmens im Sinne der Art. 81 EG und 82 EG keine Einrichtungen umfasst, die wie MMB mit der Durchführung eines auf dem Grundsatz der Solidarität beruhenden Systems der sozialen Sicherheit betraut sind, vorausgesetzt, dass alle in den vorliegenden Schlussanträgen dargestellten wesentlichen Elemente dieses Systems staatlicher Aufsicht unterliegen, wobei die Entscheidung darüber, ob diese Voraussetzung erfüllt ist, Sache des vorlegenden Gerichts ist.

B – Frage 2

63. Mit seiner zweiten Frage möchte das vorlegende Gericht im Wesentlichen wissen, ob erstens die Art. 82 EG und 86 EG und zweitens die Art. 49 ff. EG dahin auszulegen sind, dass sie einer nach dem Rechtssystem eines Mitgliedstaats bestehenden Pflicht entgegenstehen, wonach Arbeitgeber wie Kattner Mitglied bei einer Einrichtung wie MMB werden müssen, um Versicherungsschutz für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu erlangen.

64. In Bezug auf die Auslegung der Art. 82 EG und 86 EG ergibt sich meines Erachtens aus dem Wortlaut dieser Bestimmungen eindeutig, dass sie auf das Verhalten von Unternehmen Anwendung finden.³⁴ Da ich davon ausgehe, dass im Rahmen des fraglichen deutschen Systems eine Einrichtung wie

32 Urteil vom 16. März 2004 (C-264/01, C-306/01, C-354/01 und C-355/01, Slg. 2004, I-2493).

33 Nach den Ausführungen des vorlegenden Gerichts im Vorlagebeschluss „handelt es sich bei der Tätigkeit [von MMB] im Wesentlichen um die Anbietung, Verwaltung und Abwicklung von Versicherungsdienstleistungen“.

34 Ich habe keine Veranlassung zu der Annahme, dass der Begriff „Unternehmen“ in Art. 86 EG eine andere Bedeutung hat als in den Art. 81 EG und 82 EG.

MMB kein Unternehmen ist, können die Art. 82 EG und 86 EG meiner Meinung nach nicht so ausgelegt werden, dass sie der Pflichtmitgliedschaft eines Arbeitgebers wie Kattner bei einer solchen Einrichtung entgegenstehen.

1. Wesentliches Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zu den Art. 49 ff. EG

65. Nach Auffassung von Kattner stellen Dienstleistungsmonopole nichtdiskriminierende Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs und der Niederlassungsfreiheit dar, die nur aus zwingenden Gründen des Allgemeinwohls gerechtfertigt sein könnten. Aufgrund der gesetzlichen Pflichtmitgliedschaft bei den Berufsgenossenschaften sei es privaten Versicherungen faktisch nicht möglich, mit diesen in Wettbewerb zu treten. Auch eine Rechtfertigung der Beschränkung durch zwingende Gründe des Allgemeinwohls sei nicht gegeben, da die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten auch von privaten Versicherern erbracht werden könne.

66. MMB macht geltend, dass die deutschen Berufsgenossenschaften ohne Pflichtmitgliedschaft die ihnen vom Gesetz übertragenen Aufgaben nicht erfüllen könnten, da die „guten Risiken“ zu den privaten Versicherern abwandern, während die „schlechten Risiken“ bei den Berufsgenossenschaften oder dem Staat verbleiben würden. Nach Auffassung von MMB würde eine Abwanderung das finanzielle Gleichgewicht des gesamten Systems in Frage stellen, da „schlechte“ Risiken nur zu sehr hohen Prämien oder überhaupt nicht privat versichert werden könnten. Bei der Behauptung, der Versicherungsschutz könne von privaten Versicherungen erbracht werden, werde übersehen, dass diese Versicherungen wirtschaftlich nicht in der Lage seien, das volle Spektrum der durch das gegenwärtige System gebotenen Leistungen abzudecken.

67. Die deutsche Regierung trägt vor, da die fraglichen Berufsgenossenschaften wegen der ausschließlich sozialen Natur ihrer Tätigkeit keine Unternehmen seien, verletze der zuständige Mitgliedstaat auch nicht die Dienstleistungsfreiheit oder andere Grundfreiheiten, wenn er die Pflichtmitgliedschaft in diesen Sozialversicherungsträgern anordne.

68. Nach Auffassung der Kommission fällt die Pflichtmitgliedschaft eines Unternehmens wie Kattner in einer Berufsgenossenschaft nicht in den Anwendungsbereich der Dienstleistungsfreiheit. Die Regelung einer Pflicht zur Mitgliedschaft in solchen sozialen Sicherungssystemen sei allein Sache der Mitgliedstaaten.

2. Würdigung

69. Nach ständiger Rechtsprechung lässt das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozi-

alen Sicherheit unberührt. In Ermangelung einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene³⁵ bestimmt somit das Recht eines jeden einzelnen Mitgliedstaats, unter welchen Voraussetzungen zum einen ein Recht auf Anschluss an ein System der sozialen Sicherheit oder eine Verpflichtung hierzu und zum anderen ein Anspruch auf Leistung besteht.³⁶

70. Dies hat meines Erachtens nicht zur Folge, dass die Systeme der sozialen Sicherheit dem Anwendungsbereich des Vertrags entzogen sind, da die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis gleichwohl das Gemeinschaftsrecht beachten müssen.³⁷ So hat der Gerichtshof ausgeführt, dass die Besonderheiten bestimmter Dienstleistungen nicht dazu führen, dass diese nicht unter den elementaren Grundsatz des freien Verkehrs fallen. Dass die im Ausgangsverfahren streitige nationale Regelung zum Bereich der sozialen

35 Meines Erachtens ist die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten als Bestandteil eines Systems der sozialen Sicherheit gemeinschaftsrechtlich nicht harmonisiert. Vgl. u. a. Art. 2 Abs. 2 der Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG und 88/357/EWG (Dritte Richtlinie Schadenversicherung) (ABl. L 228, S. 1), wonach „[d]iese Richtlinie ... weder auf Versicherungen und Geschäftsvorgänge noch auf Unternehmen und Institutionen, auf die die Richtlinie 73/239/EWG keine Anwendung findet, noch auf die in Artikel 4 derselben Richtlinie genannten Anstalten anwendbar [ist]“. Gemäß Art. 2 Nr. 1 der Ersten Richtlinie 73/239/EWG des Rates vom 24. Juli 1973 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeit der Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) (ABl. L 228, S. 3) „[betrifft d]iese Richtlinie ... nicht: ... d) die Versicherungen im Rahmen eines gesetzlichen Systems der sozialen Sicherheit; ...“. Vgl. auch Art. 3 Nr. 4 der Richtlinie 2002/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. November 2002 über Lebensversicherungen (ABl. L 345, S. 1). Die Bestimmung ist zwar für das beim vorliegenden Gericht anhängige Verfahren nicht relevant, vgl. jedoch Art. 2 Nr. 3 der Richtlinie 2002/83.

36 Vgl. Urteil vom 28. April 1998, Kohll (C-158/96, Slg. 1998, I-1931, Randnrn. 17 f. und die dort angeführte Rechtsprechung).

37 Vgl. Urteil vom 12. Juli 2001, Smits und Peerbooms (C-157/99, Slg. 2001, I-5473, Randnrn. 45 f.), wonach die Mitgliedstaaten bei der Ausübung der Befugnis, zu bestimmen, „unter welchen Voraussetzungen ... ein Recht auf Anschluss an ein System der sozialen Sicherheit oder eine Verpflichtung hierzu besteht“, „das Gemeinschaftsrecht beachten [müssen]“ (Hervorhebung nur hier).

Sicherheit gehört, schließt daher die Anwendung der Art. 49 und 50 EG nicht aus.³⁸

71. Aus den dem Gerichtshof vorliegenden Akten geht hervor, dass ein Arbeitgeber in Deutschland grundsätzlich nicht nur verpflichtet ist, Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten an sich zu erlangen, sondern dies darüber hinaus auch noch bei einer bestimmten Berufsgenossenschaft tun muss. Die nach dem deutschen Rechtssystem bestehende Pflicht zur Mitgliedschaft in einer bestimmten Berufsgenossenschaft, um den gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsschutz zu erlangen, scheint a priori die Wahlmöglichkeiten des Arbeitgebers hinsichtlich des Versicherungsanbieters einzuschränken, da er weder bestimmen kann, bei welcher Berufsgenossenschaft in Deutschland er Mitglied wird, noch diesen Versicherungsschutz ausschließlich von einem privaten Versicherungsunternehmen in Deutschland oder anderen Mitgliedstaaten erlangen kann.³⁹

72. Wie jedoch oben in meiner Antwort auf die erste Vorlagefrage dargelegt, bin ich der Auffassung, dass das fragliche deutsche Versicherungssystem – vorbehaltlich einer Überprüfung durch das vorlegende Gericht – auf dem Grundsatz der Solidarität beruht und Umverteilungselemente enthält, die über diejenigen eines privaten Versicherungsschutzes hinausgehen. Ich habe daher erhebliche Zweifel, ob private Versicherungsunternehmen Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten mit eben diesen

38 Vgl. in diesem Sinne Urteil Kohll, in Fn. 36 angeführt, Randnrn. 20 f. und die dort angeführte Rechtsprechung. Vgl. auch Urteil vom 22. Mai 2003, Freskot (C-355/00, Slg. 2003, I-5263, Randnr. 53).

39 Hervorzuheben ist, dass dem Gerichtshof keine Hinweise darauf vorliegen, dass die Pflicht zur Mitgliedschaft in einer bestimmten Berufsgenossenschaft zum Zweck der Diskriminierung angeordnet worden ist oder tatsächlich eine diskriminierende Wirkung entfaltet, die über die eigentliche Regelungswirkung hinausginge. Die Pflichtmitgliedschaft in einer bestimmten Berufsgenossenschaft hat aber wohl zur Folge, dass eine Versicherung bei einem privaten Versicherer lediglich ergänzend zu der gesetzlichen Versicherung abgeschlossen werden kann.

Solidarelementen in Deutschland anbieten würden.⁴⁰ Daher meine ich, dass die Pflichtmitgliedschaft bei einer Berufsgenossenschaft wie MMB grundsätzlich keine faktische Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs bewirkt.⁴¹

73. Sollte der Gerichtshof hingegen feststellen, dass die Pflichtmitgliedschaft bei einer Berufsgenossenschaft wie MMB eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellt, hat er vor einer Entscheidung über die Frage, ob die Art. 49 ff. EG einer solchen Verpflichtung entgegenstehen, zu prüfen, ob die Beschränkung objektiv gerechtfertigt ist. Wie der Gerichtshof insoweit wiederholt entschieden hat, kann eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses darstellen, der eine Beschränkung des Grundsatzes des freien Dienstleistungsverkehrs rechtfertigen kann.⁴²

74. In seinem Vorlagebeschluss hat das vorlegende Gericht knapp erklärt, dass bei dem deutschen System die Pflichtmitgliedschaft weder für dessen finanzielles Gleichgewicht noch für die Umsetzung des Grundsatzes der Solidarität unerlässlich sei. Meines Erachtens geht aus dem Vorlagebeschluss jedoch nicht hervor, ob das vorlegende Gericht mit seiner Aussage auf die fehlende Notwendigkeit der Pflichtmitgliedschaft innerhalb des deutschen

40 Das vorlegende Gericht weist im Vorlagebeschluss darauf hin, dass in Belgien, Dänemark, Finnland und Portugal Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten von privaten Versicherungsanbietern bereitgestellt werde. Derartige private Systeme werden jedoch – vorbehaltlich einer Überprüfung durch das vorlegende Gericht – wohl mit Gewinnerzielungsabsicht betrieben und enthalten wahrscheinlich nicht die im deutschen System vorhandenen Solidarelemente. Zwar hat dem Vorlagebeschluss zufolge Kattner ein Angebot eines dänischen Versicherungsanbieters des Inhalts vorgelegt, dass zu den Bedingungen von MMB Kattner auch bei dieser Gesellschaft nach deutschem Unfallversicherungsrecht gegen das Risiko von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Wegeunfällen versichert wird und dass die Leistungen sich streng nach dem Leistungskatalog der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung richten würden, der Vorlagebeschluss enthält aber keine Anhaltspunkte dafür, dass der dänische Anbieter nicht ausschließlich in Gewinnerzielungsabsicht tätig wird.

41 Vgl. entsprechend Urteil *Freskot*, in Fn. 38 angeführt, Randnrn. 67 f.

42 Urteile *Kohll*, in Fn. 36 angeführt, Randnr. 41, *Smits und Peerbooms*, in Fn. 37 angeführt, Randnr. 72, vom 13. Mai 2003, *Müller-Fauré und van Riet* (C-385/99, Slg. 2003, I-4509, Randnr. 73), und vom 19. April 2007, *Stamatelaki* (C-444/05, Slg. 2007, I-3185, Randnr. 30).

Systems in dessen gegenwärtiger Ausgestaltung hinweist oder ob es der Auffassung ist, die Pflichtmitgliedschaft wäre nicht notwendig, wenn das derzeitige System geändert würde.

75. Unter diesen Umständen halte ich es für die Sache des vorliegenden Gerichts, auf der Grundlage aller ihm zur Verfügung stehenden Informationen zu entscheiden, ob die Pflichtmitgliedschaft bei einer Berufsgenossenschaft wie der MMB für das finanzielle Gleichgewicht des aktuellen deutschen Systems der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten nötig ist oder ob weniger restriktive Maßnahmen getroffen werden könnten.

76. Nach alledem und vorbehaltlich bestimmter Überprüfungen durch das vorliegende Gericht sind die Art. 49 ff. EG meines Erachtens dahin auszulegen, dass sie einer Pflichtmitgliedschaft eines Arbeitgebers wie Kattner bei einer Einrichtung wie MMB zum Zweck der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten nicht entgegenstehen.

VI – Ergebnis

77. Demzufolge sind die Vorlagefragen meiner Meinung nach wie folgt zu beantworten:

1. Der Begriff des Unternehmens im Sinne der Art. 81 EG und 82 EG umfasst keine Einrichtungen, die wie die Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft mit der Durchführung eines auf dem Grundsatz der Solidarität beruhenden Systems der sozialen Sicherheit betraut sind, vorausgesetzt, dass alle in den vorliegenden Schlussanträgen dargestellten wesentlichen Elemente dieses Systems staatlicher Aufsicht unterliegen, wobei die Entscheidung darüber, ob diese Voraussetzung erfüllt ist, Sache des vorliegenden Gerichts ist.

2. Die Art. 49 ff. EG, 82 EG und 86 EG sind dahin auszulegen, dass sie einer Pflichtmitgliedschaft eines Arbeitgebers wie der Kattner Stahlbau GmbH bei einer Einrichtung wie der Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft zum Zweck der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten nicht entgegenstehen.

**Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 5. März 2009 –
C-350/07**

**(Vorabentscheidungsersuchen des Sächsischen
Landessozialgerichts - Deutschland) - Kattner Stahlbau
GmbH/Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft**

(Wettbewerb - Art. 81 EG, 82 EG und 86 EG - Pflichtversicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten - Begriff ‚Unternehmen‘ - Missbrauch einer beherrschenden Stellung - Freier Dienstleistungsverkehr - Art. 49 EG und 50 EG - Beschränkung - Rechtfertigung - Erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit)

Gericht: Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften 3. Kammer

Entscheidungsname: Kattner Stahlbau GmbH

Entscheidungsdatum: 05.03.2009

Aktenzeichen: C-350/07

Dokumenttyp: Urteil

Normen: Art 49 EG, Art 50 EG, Art 81 EG, Art 82 EG, Art 86 EG, § 136 SGB 7, § 150 SGB 7, §§ 150ff SGB 7

**Deutsche gesetzliche Unfallversicherung - Zwangsmitgliedschaft
- Europarechtskonformität - europäisches Wettbewerbsrecht - Unter-
nehmensbegriff - kein Missbrauch einer marktbeherrschenden Stel-
lung - freier Dienstleistungsverkehr - Beschränkung - Rechtfertigung
- erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems
der sozialen Sicherheit - Kattner Stahlbau GmbH/Maschinenbau- und
Metall-Berufsgenossenschaft**

Orientierungssatz

1. Die Art 81 EG und 82 EG sind dahin auszulegen, dass eine Einrichtung wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende Berufsgenossenschaft, der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebereich angehören, für die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten beitreten müssen, kein Unternehmen im Sinne dieser Vorschriften ist, sondern eine Aufgabe rein sozialer Natur wahrnimmt,

soweit sie im Rahmen eines Systems tätig wird, mit dem der Grundsatz der Solidarität umgesetzt wird und das staatlicher Aufsicht unterliegt, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.

2. Die Art 49 EG und 50 EG sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen nicht entgegenstehen, nach der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebezweig angehören, verpflichtet sind, einer Einrichtung wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Berufsgenossenschaft beizutreten, soweit dieses System nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung des Ziel der Gewährleistung des finanziellen Gleichgewichts eines Zweigs der sozialen Sicherheit erforderlich ist, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.

Tenor

1. Die Art. 81 EG und 82 EG sind dahin auszulegen, dass eine Einrichtung wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende Berufsgenossenschaft, der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebezweig angehören, für die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten beitreten müssen, kein Unternehmen im Sinne dieser Vorschriften ist, sondern eine Aufgabe rein sozialer Natur wahrnimmt, soweit sie im Rahmen eines Systems tätig wird, mit dem der Grundsatz der Solidarität umgesetzt wird und das staatlicher Aufsicht unterliegt, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.

2. Die Art. 49 EG und 50 EG sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen nicht entgegenstehen, nach der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebezweig angehören, verpflichtet sind, einer Einrichtung wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Berufsgenossenschaft beizutreten, soweit dieses System nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung des Ziels der Gewährleistung des finanziellen Gleichgewichts eines Zweigs der sozialen Sicherheit erforderlich ist, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.

Verfahrensgang

vorgehend LSG Chemnitz, 24. Juli 2007, Az: L 6 U 2/06, EuGH-Vorlage

Diese Entscheidung wird zitiert

Verwaltungsvorschriften

Vergleiche VR Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
2009-03-18 LSV 30/2009

Literaturnachweise

Hannes Bucher, EWS 2009, 190-192 (Anmerkung)
Christian Kirchberg, NJW 2009, 1313-1314 (Entscheidungsbesprechung)
XX, Sicherheitsbeauftragter 2009, Nr 4, 5 (Aufsatz)
Christian Rolfs, ZIP 2009, 785-791 (Aufsatz)

Tenor

1. Die Art. 81 EG und 82 EG sind dahin auszulegen, dass eine Einrichtung wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende Berufsgenossenschaft, der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbezug angehören, für die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten beitreten müssen, kein Unternehmen im Sinne dieser Vorschriften ist, sondern eine Aufgabe rein sozialer Natur wahrnimmt, soweit sie im Rahmen eines Systems tätig wird, mit dem der Grundsatz der Solidarität umgesetzt wird und das staatlicher Aufsicht unterliegt, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.

2. Die Art. 49 EG und 50 EG sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen nicht entgegenstehen, nach der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbezug angehören, verpflichtet sind, einer Einrichtung wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Berufsgenossenschaft beizutreten, soweit dieses System nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung des Ziels der Gewährleistung des finanziellen Gleichgewichts eines Zweigs der sozialen Sicherheit erforderlich ist, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.

Gründe

1 Das Vorabentscheidungsersuchen betrifft die Auslegung der Art. 49 EG und 50 EG sowie der Art. 81 EG, 82 EG und 86 EG.

2 Dieses Ersuchen ergeht im Rahmen eines Rechtsstreits zwischen der Kattner Stahlbau GmbH (im Folgenden: Kattner) und der Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft (im Folgenden: MMB) über die Pflichtmitgliedschaft von Kattner bei dieser Berufsgenossenschaft im Rahmen der gesetzlichen Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Nationales Recht

3 In Deutschland ist das gesetzliche System der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Siebten Buch des Sozialgesetzbuchs (Gesetz vom 7. August 1996, BGBl 1998 I S. 1254, im Folgenden: SGB VII) geregelt, das am 1. Januar 1997 in Kraft trat. § 1 SGB VII sieht vor, dass diese Versicherung zur Aufgabe hat,

„1. mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten,

2. nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen“.

4 Aus der Vorlageentscheidung und den beim Gerichtshof eingereichten Erklärungen geht hervor, dass dieses System insbesondere auf folgenden Bestandteilen beruht.

Pflichtmitgliedschaft

5 Im Rahmen des genannten Systems sind alle Unternehmen verpflichtet, für die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten der Berufsgenossenschaft beizutreten, die sachlich und örtlich für sie zuständig ist. Die verschiedenen Berufsgenossenschaften haben den Status öffentlich-rechtlicher Körperschaften und verfolgen keine Gewinnabsicht. Nach den Angaben der deutschen Regierung und der Kommission der Europäischen Gemeinschaften gibt es zurzeit 25 Berufsgenossenschaften. Jede Berufsgenossenschaft ist nach den entsprechenden Tätigkeitssektoren in mehrere Zweige aufgeteilt.

Beiträge

6 § 152 SGB VII („Umlage“) bestimmt in Abs. 1:

„Die Beiträge werden nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beitragsansprüche dem Grunde nach entstanden sind, im Wege der Umlage festgesetzt. Die Umlage muss den Bedarf des abgelaufenen Kalenderjahres einschließlich der zur Ansammlung der Rücklage nötigen Beträge decken. Darüber hinaus dürfen Beiträge nur zur Zuführung zu den Betriebsmitteln erhoben werden.“

7 § 153 SGB VII („Berechnungsgrundlagen“) sieht vor:

„(1) Berechnungsgrundlagen für die Beiträge sind, soweit sich aus den nachfolgenden Vorschriften nicht etwas anderes ergibt, der Finanzbedarf (Umlagesoll), die Arbeitsentgelte der Versicherten und die Gefahrklassen.

(2) Das Arbeitsentgelt der Versicherten wird bis zur Höhe des Höchstjahresarbeitsverdienstes zugrunde gelegt.

(3) Die Satzung kann bestimmen, dass der Beitragsberechnung mindestens das Arbeitsentgelt in Höhe des Mindestjahresarbeitsverdienstes für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zugrunde gelegt wird. Waren die Versicherten nicht während des ganzen Kalenderjahres oder nicht ganztäglich beschäftigt, wird ein entsprechender Teil dieses Betrages zugrunde gelegt.

(4) Bei der Beitragsberechnung kann von der Berücksichtigung des Grades der Unfallgefahr in den Unternehmen ganz oder teilweise abgesehen werden, soweit Aufwendungen für Renten, Sterbegeld und Abfindungen

1. auf Versicherungsfällen in solchen Unternehmen beruhen, die vor dem vierten dem Umlagejahr vorausgegangenen Jahr eingestellt worden sind, oder

2. auf Versicherungsfällen beruhen, bei denen der Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung vor dem vierten dem Umlagejahr vorausgegangenen Jahr liegt.

Der Gesamtbetrag der Aufwendungen, die nach Satz 1 ohne Berücksichtigung des Grades der Unfallgefahr auf die Unternehmen umgelegt werden, darf 30 vom Hundert der Gesamtaufwendungen für Renten, Sterbegeld und Abfindungen nicht übersteigen. Das Nähere bestimmt die Satzung.“

8 § 157 SGB VII („Gefahrtarif“) bestimmt:

„(1) Der Unfallversicherungsträger setzt als autonomes Recht einen Gefahrtarif fest. In dem Gefahrtarif sind zur Abstufung der Beiträge Gefahrklassen festzustellen. ...

(2) Der Gefahrarif wird nach Tarifstellen gegliedert, in denen Gefahrengemeinschaften nach Gefährdungsrisiken unter Berücksichtigung eines versicherungsmäßigen Risikoausgleichs gebildet werden.

...

(3) Die Gefahrklassen werden aus dem Verhältnis der gezahlten Leistungen zu den Arbeitsentgelten berechnet.

...“

9 Nach den Angaben von Kattner erlaubt § 161 SGB VII den Berufsgenossenschaften, in ihrer Satzung einen einheitlichen Mindestbeitrag festzusetzen.

10 § 176 SGB VII („Ausgleichspflicht“) bestimmt in Abs. 1:

„Soweit

1. der Rentenlastsatz einer gewerblichen Berufsgenossenschaft das 4,5fache des durchschnittlichen Rentenlastsatzes der Berufsgenossenschaften,

2. der Rentenlastsatz einer gewerblichen Berufsgenossenschaft, die mindestens 20 und höchstens 30 vom Hundert ihrer Aufwendungen für Renten, Sterbegeld und Abfindungen nach § 153 Abs. 4 ohne Berücksichtigung des Grades der Unfallgefahr auf die Unternehmen umlegt, das Dreifache des durchschnittlichen Rentenlastsatzes der Berufsgenossenschaften oder

3. der Entschädigungslastsatz einer gewerblichen Berufsgenossenschaft das Fünffache des durchschnittlichen Entschädigungslastsatzes der Berufsgenossenschaften

übersteigt, gleichen die Berufsgenossenschaften den übersteigenden Lastenanteil untereinander aus. Übersteigt der Ausgleichsbetrag nach Satz 1 Nr. 2 den Betrag, den die Berufsgenossenschaft nach Satz 1 Nr. 2 ohne Berücksichtigung des Grades der Unfallgefahr auf die Unternehmen umlegt, wird er auf diesen Betrag gekürzt.“

Leistungen

11 Die Arbeitnehmer haben einen unmittelbaren Leistungsanspruch gegen ihre Berufsgenossenschaft, ohne die Haftung des Arbeitgebers geltend machen zu müssen (§§ 104 bis 109 SGB VII).

12 Die Liste der Leistungen und die Voraussetzungen für ihre Gewährung sind in den §§ 26 bis 103 SGB VII niedergelegt. Der Anspruch auf die entsprechenden Leistungen entsteht unabhängig davon, ob der Arbeitgeber imstande ist, seinen Beitrag zu zahlen. Nach § 85 SGB VII werden für die Berechnung der Leistungen nur Arbeitsentgelte zwischen einem Mindest- und einem Höchstverdienst berücksichtigt.

Ausgangsrechtsstreit und Vorlagefragen

13 Kattner ist eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung deutschen Rechts, die am 13. November 2003 gegründet wurde und am 1. Januar 2004 ihre Tätigkeit im Bereich des Stahl-, Treppen- und Balkonbaus aufnahm.

14 Am 27. Januar 2004 teilte die MMB Kattner mit, dass sie der gemäß den Vorschriften des SGB VII für Kattner gesetzlich zuständige Träger der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sei und sie dieses Unternehmen daher als Mitglied der Berufsgenossenschaft aufgenommen und ihm im Übrigen bestimmte Gefahrklassen zugeteilt habe.

15 Mit Schreiben vom 1. November 2004 teilte Kattner der MMB ihre Absicht mit, sich privat gegen die bestehenden Risiken abzusichern, und kündigte ihre Pflichtmitgliedschaft zum Jahresende 2004.

16 Am 15. November 2004 teilte die MMB Kattner mit, dass ein Austritt bzw. eine Kündigung der Mitgliedschaft rechtlich nicht möglich sei, weil sie der für Kattner gesetzlich zuständige Träger der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sei, und dass eine Entlassung von Kattner aus der Mitgliedschaft daher abgelehnt werde. Mit Widerspruchsbescheid vom 20. April 2005 erhielt die MMB diese Entscheidung aufrecht.

17 Am 21. November 2005 wies das Sozialgericht Leipzig die von Kattner erhobene Klage ab.

18 Kattner legte beim Sächsischen Landessozialgericht Berufung ein und macht vor diesem Gericht zunächst geltend, dass die Zwangsmit-

gliedschaft bei der MMB die Dienstleistungsfreiheit gemäß den Art. 49 EG und 50 EG beschränke. Kattner legt dafür ein Angebot einer dänischen Versicherungsgesellschaft vor, sie zu denselben Bedingungen wie die MMB gegen Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Wegeunfälle zu versichern. Überdies entsprächen die von dieser Gesellschaft erbrachten Leistungen den Leistungen, die das im Ausgangsverfahren streitige deutsche System vorsehe. Sodann verstoße die Ausschließlichkeitsstellung der MMB gegen die Art. 82 EG und 86 EG. Es gebe keinen zwingenden Grund des Allgemeininteresses, der eine Monopolstellung der deutschen Träger der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten in ihrem jeweiligen Bereich rechtfertigen könne.

19 Das Sächsische Landessozialgericht legt in seiner Vorlageentscheidung dar, dass grundsätzliche Unterschiede zwischen dem im Ausgangsverfahren streitigen System und dem im Urteil vom 22. Januar 2002, *Cisal* (C-218/00, Slg. 2002, I-691), behandelten italienischen System der gesetzlichen Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten bestünden, so dass nicht alle Fragen, die sich in dem bei ihm anhängigen Rechtsstreit stellten, anhand der vom Gerichtshof in diesem Urteil gegebenen Hinweise beantwortet werden könnten.

20 Nach Ansicht des vorlegenden Gerichts ist nämlich zunächst fraglich, ob die MMB eine Einrichtung ist, die durch Gesetz mit der Verwaltung eines Systems der obligatorischen Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten betraut ist. Ein wesentlicher Unterschied des italienischen Systems gegenüber dem deutschen bestehe insoweit darin, dass das Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) (Staatliche Unfallversicherungsanstalt), um das es in der Rechtsache *Cisal* gegangen sei, ein Monopol innehabe, während das deutsche System auf einer Oligopolstruktur beruhe. Außerdem sei die MMB nicht mit der Verwaltung eines Systems der obligatorischen Versicherung betraut, sondern biete diese Versicherung selbst an. Die Verwaltungstätigkeit der MMB entspreche im Wesentlichen der von Wirtschaftsteilnehmern, insbesondere der Tätigkeit von Versicherungsgesellschaften.

21 Im Übrigen meint das vorlegende Gericht, dass die Pflichtmitgliedschaft bei dem deutschen System gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten auch nicht für dessen finanzielles Gleichgewicht oder die Umsetzung des Grundsatzes der Solidarität unerlässlich sei. Da sich die Beitragshöhe aus von jeder Berufsgenossenschaft autonom festgesetzten Regelungen ergebe und der Tätigkeitsbereich der einzelnen Berufsgenossenschaft geändert werden könne, führe nämlich die Bildung von Fach- und Gebiets-

monopolen ohne Bezug zu dem entsprechenden Risiko je nach willkürlich gebildeter Gefahrengemeinschaft zu unterschiedlichen Tarifen bei gleichem Risiko. Außerdem gebe es keine Regelung, nach der der Beitrag bei hohen Risiken einen bestimmten Höchstbetrag nicht überschreiten dürfe. Überdies sei der Mindestverdienst, der nach § 153 Abs. 3 SGB VII für die Beitragsberechnung berücksichtigt werden könne, nicht zwingend vorgesehen, sondern könne durch die Satzung festgelegt werden. Nach den §§ 81 ff. sowie § 153 Abs. 2 SGB VII richte sich auch die Festlegung des Höchstverdiensts im Sinne der letztgenannten Vorschrift, der sowohl für die Leistungs- als auch für die Beitragsberechnung herangezogen werde, nach der Satzung. Schließlich seien die Leistungen, jedenfalls die meisten unter ihnen, von der Höhe des Arbeitsentgelts der Versicherten abhängig. Daraus folge, dass das im Ausgangsverfahren streitige deutsche System keinen sozialpolitisch intendierten Umverteilungsmechanismus kenne.

22 Unter diesen Umständen hat das Sächsische Landessozialgericht das Verfahren ausgesetzt und dem Gerichtshof folgende Fragen zur Vorabentscheidung vorgelegt:

1. Handelt es sich bei der MMB um ein Unternehmen im Sinne der Art. 81 EG und 82 EG?
2. Verstößt die Pflichtmitgliedschaft von Kattner bei der MMB gegen gemeinschaftsrechtliche Vorschriften?

Zu den Vorlagefragen

Zur Zulässigkeit

23 Die MMB und die Kommission tragen zur ersten Frage vor, dass das vorlegende Gericht zum einen um eine Auslegung des nationalen Rechts ersuche und zum anderen nicht angebe, aufgrund welcher Umstände eine Berufsgenossenschaft ein Unternehmen im Sinne der Art. 81 EG und 82 EG darstellen könne. Die Kommission ergänzt zur zweiten Frage, dass das vorlegende Gericht die auszulegenden Normen des Gemeinschaftsrechts nicht hinreichend genau bezeichne. Im Übrigen macht die MMB geltend, dass die beiden vorgelegten Fragen nicht zu einer für das vorlegende Gericht nützlichen Antwort führen könnten, da dieses die Pflichtmitgliedschaft von Kattner deshalb nicht beenden könne, weil die ursprüngliche Entscheidung vom 27. Januar 2004 über die Mitgliedschaft nicht angefochten worden sei.

24 Was erstens den Wortlaut der Vorlagefragen betrifft, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass der Gerichtshof im Verfahren nach Art. 234 EG nicht befugt ist, die Normen des Gemeinschaftsrechts auf einen Einzelfall anzuwenden, und somit auch nicht dafür zuständig ist, Bestimmungen des innerstaatlichen Rechts unter eine solche Norm einzuordnen. Er kann aber dem innerstaatlichen Gericht alle Hinweise zur Auslegung des Gemeinschaftsrechts geben, die diesem bei der Beurteilung der Wirkungen dieser Bestimmungen dienlich sein können (vgl. in diesem Sinne Urteile vom 24. September 1987, Coenen, 37/86, Slg. 1987, 3589, Randnr. 8, und vom 5. Juli 2007, Fendt Italiana, C-145/06 und C-146/06, Slg. 2007, I-5869, Randnr. 30). Hierzu hat der Gerichtshof die ihm vorgelegten Fragen gegebenenfalls umzuformulieren (vgl. u. a. Urteile vom 8. März 2007, Campina, C-45/06, Slg. 2007, I-2089, Randnr. 30, und vom 11. März 2008, Jager, C-420/06, Slg. 2008, I-1315, Randnr. 46).

25 Im vorliegenden Fall trifft es zwar zu, dass das vorlegende Gericht den Gerichtshof mit seiner ersten Frage ersucht, die Art. 81 EG und 82 EG auf den Ausgangsrechtsstreit anzuwenden und selbst zu entscheiden, ob die MMB ein Unternehmen im Sinne dieser Vorschriften darstellt, und dass es die für eine solche Qualifizierung erheblichen Umstände nicht genau bezeichnet, doch hindert nichts die Umformulierung dieser Frage, um dem genannten Gericht eine Auslegung der entsprechenden Vorschriften zu geben, die ihm für die Entscheidung des bei ihm anhängigen Rechtsstreits dienlich ist.

26 Im Übrigen ist auch darauf hinzuweisen, dass der Gerichtshof, wenn in einer Vorlagefrage nur auf das Gemeinschaftsrecht verwiesen wird, ohne die Vorschriften dieses Rechts, auf die Bezug genommen wird, zu nennen, nach der Rechtsprechung aus dem gesamten von dem vorlegenden Gericht übermittelten Material, insbesondere aus der Begründung der Vorlageentscheidung, diejenigen Vorschriften des Gemeinschaftsrechts herauszuarbeiten hat, die unter Berücksichtigung des Gegenstands des Rechtsstreits einer Auslegung bedürfen (vgl. in diesem Sinne u. a. Urteil vom 20. April 1988, Bekaert, 204/87, Slg. 1988, 2029, Randnrn. 6 und 7).

27 Im vorliegenden Fall werden die auszulegenden Vorschriften des Gemeinschaftsrechts zwar im Text der zweiten Frage nicht bezeichnet, doch geht aus der Vorlageentscheidung klar hervor, dass mit dieser Frage geklärt werden soll, ob die Pflichtmitgliedschaft bei einer Berufsgenossenschaft wie der MMB entsprechend dem Vorbringen von Kattner im Ausgangsrechtsstreit eine nach den Art. 49 EG und 50 EG

verbotene Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs oder ein nach Art. 82 EG, gegebenenfalls in Verbindung mit Art. 86 EG, untersagter Missbrauch sein kann, so dass sich die Frage in diesem Sinne umformulieren lässt.

28 Was zweitens die Nützlichkeit der von dem vorlegenden Gericht gestellten Fragen betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass es im Rahmen der durch Art. 234 EG geschaffenen Zusammenarbeit zwischen dem Gerichtshof und den nationalen Gerichten allein Sache des mit dem Rechtsstreit befassten nationalen Gerichts ist, in dessen Verantwortungsbereich die zu erlassende gerichtliche Entscheidung fällt, im Hinblick auf die Besonderheiten der Rechtssache sowohl die Erforderlichkeit einer Vorabentscheidung zum Erlass seines Urteils als auch die Erheblichkeit der dem Gerichtshof von ihm vorgelegten Fragen zu beurteilen. Betreffen also die vorgelegten Fragen die Auslegung des Gemeinschaftsrechts, so ist der Gerichtshof grundsätzlich gehalten, darüber zu befinden (vgl. u. a. Urteil vom 23. November 2006, *Asnef-Equifax und Administración del Estado*, C-238/05, Slg. 2006, I-11125, Randnr. 15 und die dort angeführte Rechtsprechung).

29 Ausnahmsweise hat der Gerichtshof allerdings zur Prüfung seiner eigenen Zuständigkeit die Umstände zu untersuchen, unter denen er von dem innerstaatlichen Gericht angerufen wird. Denn der Geist der Zusammenarbeit, in dem das Vorabentscheidungsverfahren durchzuführen ist, verlangt auch, dass das nationale Gericht auf die dem Gerichtshof übertragene Aufgabe Rücksicht nimmt, zur Rechtspflege in den Mitgliedstaaten beizutragen, nicht aber Gutachten zu allgemeinen oder hypothetischen Fragen abzugeben. Die Zurückweisung des Vorabentscheidungsersuchens eines nationalen Gerichts ist allerdings nur möglich, wenn offensichtlich ist, dass die erbetene Auslegung des Gemeinschaftsrechts in keinem Zusammenhang mit der Realität oder dem Gegenstand des Ausgangsrechtsstreits steht, wenn das Problem hypothetischer Natur ist oder der Gerichtshof nicht über die tatsächlichen und rechtlichen Angaben verfügt, die für eine zweckdienliche Beantwortung der ihm vorgelegten Fragen erforderlich sind (Urteil *Asnef-Equifax und Administración del Estado*, Randnrn. 16 und 17 und die dort angeführte Rechtsprechung).

30 Im vorliegenden Fall ergibt sich aus der Vorlageentscheidung, dass es im Ausgangsrechtsstreit um die Rechtmäßigkeit der Pflichtmitgliedschaft von Kattner bei der MMB für die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und

Berufskrankheiten geht. In diesem Rahmen fragt sich das vorlegende Gericht insbesondere, ob diese Pflichtmitgliedschaft zum einen mit den Art. 49 EG und 50 EG und zum anderen mit den Art. 82 EG und 86 EG vereinbar ist.

31 Unter diesen Umständen ist nicht offensichtlich, dass die erbetene Auslegung des Gemeinschaftsrechts in keinem Zusammenhang mit der Realität oder dem Gegenstand des bei dem vorlegenden Gericht anhängigen Rechtsstreits steht, der ganz offensichtlich nicht hypothetisch ist.

32 Das Vorabentscheidungsersuchen ist somit zulässig.

Zur Beantwortung der Fragen

Zur ersten Frage

33 Mit seiner ersten Frage möchte das vorlegende Gericht wissen, ob die Art. 81 EG und 82 EG dahin auszulegen sind, dass eine Einrichtung wie die MMB, der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebezweig angehören, für die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten beitreten müssen, ein Unternehmen im Sinne dieser Vorschriften ist.

34 Nach ständiger Rechtsprechung umfasst der Begriff des Unternehmens im Rahmen des Wettbewerbsrechts jede eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübende Einheit, unabhängig von ihrer Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung (vgl. u. a. Urteile vom 23. April 1991, Höfner und Elser, C-41/90, Slg. 1991, I-1979, Randnr. 21, und vom 11. Dezember 2007, ETI u. a., C-280/06, Slg. 2007, I-10893, Randnr. 38).

35 Im vorliegenden Fall ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Berufsgenossenschaften wie die MMB als öffentlich-rechtliche Körperschaften an der Verwaltung des deutschen Systems der sozialen Sicherheit mitwirken und insoweit eine soziale Aufgabe wahrnehmen, die ohne Gewinnerzielungsabsicht ausgeübt wird (vgl. in diesem Sinne Urteil vom 16. März 2004, AOK Bundesverband u. a., C-264/01, C-306/01, C-354/01 und C-355/01, Slg. 2004, I-2493, Randnr. 51).

36 Wie nämlich der Gerichtshof in Bezug auf das italienische gesetzliche System der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten entschieden hat, gehört der Schutz gegen diese Risiken seit langer Zeit zum sozialen Schutz, den die Mitgliedstaaten ihrer gesamten Bevölkerung oder einem Teil derselben gewähren (Urteil *Cisal*, Randnr. 32).

37 Nach ständiger Rechtsprechung lässt das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt (vgl. u. a. Urteile vom 28. April 1998, *Kohll*, C-158/96, Slg. 1998, I-1931, Randnr. 17, vom 12. Juli 2001, *Smits und Peerbooms*, C-157/99, Slg. 2001, I-5473, Randnr. 44, und vom 16. Mai 2006, *Watts*, C-372/04, Slg. 2006, I-4325, Randnr. 92).

38 Im Übrigen verfolgt ein gesetzliches System der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten wie das im Ausgangsverfahren streitige insofern, als es eine obligatorische soziale Sicherung für alle Arbeitnehmer vorsieht, einen sozialen Zweck (vgl. entsprechend Urteil *Cisal*, Randnr. 34).

39 Nach § 1 SGB VII hat dieses System nämlich zur Aufgabe, zum einen mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und zum anderen die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.

40 Außerdem geht aus den beim Gerichtshof eingereichten Erklärungen hervor, dass dieses System allen geschützten Personen eine Deckung gegen die Risiken eines Arbeitsunfalls und von Berufskrankheiten gewähren soll, unabhängig von jeder Pflichtverletzung des Geschädigten oder des Arbeitgebers und damit ohne dass derjenige zivilrechtlich haftbar gemacht werden müsste, der die Vorteile aus der gefahrgeneigten Tätigkeit zieht (vgl. entsprechend Urteil *Cisal*, Randnr. 35).

41 Der soziale Zweck eines solchen Systems zeigt sich überdies daran, dass die Leistungen, wie aus den beim Gerichtshof eingereichten Unterlagen hervorgeht, auch dann gewährt werden, wenn die fälligen Beiträge nicht entrichtet wurden; dies trägt offensichtlich zum Schutz aller Versicherten gegen die wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfällen bei (vgl. entsprechend Urteil *Cisal*, Randnr. 36).

42 Allerdings genügt der soziale Zweck eines Versicherungssystems als solcher nach der Rechtsprechung des Gerichtshofs nicht, um eine Einstufung der betreffenden Tätigkeit als wirtschaftliche Tätigkeit auszuschließen (vgl. in diesem Sinne Urteile vom 21. September 1999, Albany, C-67/96, Slg. 1999, I-5751, Randnr. 86, vom 12. September 2000, Pavlov u. a., C-180/98 bis C-184/98, Slg. 2000, I-6451, Randnr. 118, und *Cisal*, Randnr. 37).

43 Zu prüfen bleibt insbesondere, ob dieses System als Umsetzung des Grundsatzes der Solidarität angesehen werden kann und in welchem Umfang es staatlicher Aufsicht unterliegt; diese Umstände können den wirtschaftlichen Charakter einer Tätigkeit ausschließen (vgl. in diesem Sinne Urteil *Cisal*, Randnrn. 38 bis 44).

– Zur Umsetzung des Grundsatzes der Solidarität

44 Was an erster Stelle die Umsetzung des Grundsatzes der Solidarität betrifft, so ergibt sich erstens aus einer Gesamtbetrachtung des im Ausgangsverfahren streitigen Systems, dass es ebenso wie das System, das in der Rechtssache *Cisal* in Rede stand (vgl. Urteil *Cisal*, dessen Randnr. 39), durch Beiträge finanziert wird, deren Höhe nicht streng proportional zum versicherten Risiko ist.

45 Die Höhe der Beiträge hängt nämlich nicht nur vom versicherten Risiko ab, sondern, wie sich aus § 153 Abs. 1 bis 3 SGB VII ergibt, auch – in den Grenzen eines Höchst- und gegebenenfalls eines Mindestbetrags – vom Arbeitsentgelt der Versicherten (vgl. entsprechend Urteil *Cisal*, Randnr. 39).

46 Außerdem hängt die Beitragshöhe nach § 152 Abs. 1 und § 153 Abs. 1 SGB VII auch von dem Finanzbedarf ab, der sich aus den von der betreffenden Berufsgenossenschaft im jeweils vergangenen Kalenderjahr erbrachten Leistungen ergibt. Die Berücksichtigung des Finanzbedarfs erlaubt es, die mit der Tätigkeit der Mitglieder einer Berufsgenossenschaft verbundenen Gefahren über ihren jeweiligen Gewerbebezweig hinaus auf alle Mitglieder zu verteilen, und schafft so eine Gefahrengemeinschaft auf der Ebene der Berufsgenossenschaft.

47 Im Übrigen wird für die Beitragsberechnung vorbehaltlich bestimmter möglicher Anpassungen in Verbindung mit der Tätigkeit individueller Unternehmen über nach § 157 SGB VII festgesetzte Gefahrklassen auf die Gefahren des Gewerbebezweigs abgestellt, dem die Mitglieder einer

Berufsgenossenschaft innerhalb derselben angehören, so dass die Mitglieder entsprechend den in diesem Gewerbebezweig bestehenden Gefährdungsrisiken eine Gefahrengemeinschaft bilden.

48 Überdies sind die Berufsgenossenschaften nach § 176 SGB VII untereinander zum Ausgleich verpflichtet, wenn die Ausgaben einer von ihnen die durchschnittlichen Ausgaben aller Berufsgenossenschaften erheblich übersteigen. Daraus folgt, dass der Grundsatz der Solidarität auf diese Weise auch auf nationaler Ebene zwischen allen Gewerbebezweigen umgesetzt wird, da die verschiedenen Berufsgenossenschaften ihrerseits in einer Gefahrengemeinschaft zusammengeschlossen sind, die es ihnen ermöglicht, untereinander einen Kosten- und Risikoausgleich vorzunehmen (vgl. entsprechend Urteile vom 17. Februar 1993, Poucet und Pistre, C-159/91 und C-160/91, Slg. 1993, I-637, Randnr. 12, und AOK Bundesverband, Randnr. 53).

49 Zwar weist das vorlegende Gericht darauf hin, dass das im Ausgangsverfahren streitige deutsche System anders als das italienische System, das in der Rechtssache *Cisal* betroffen war, zum einen für die Beiträge keine Obergrenze vorsieht und zum anderen nicht von einer einzigen Einrichtung mit Monopolstellung umgesetzt wird, sondern von mehreren Einrichtungen, die sich nach den Angaben dieses Gerichts in einer Oligopol-situation befinden.

50 Diese beiden Umstände stellen allerdings den solidarischen Charakter der Finanzierung eines Systems wie des im Ausgangsverfahren streitigen nicht in Frage, der sich im Rahmen einer Gesamtbetrachtung dieses Systems aus den Feststellungen in den Randnrn. 44 bis 48 des vorliegenden Urteils ergibt.

51 In Bezug auf den ersten Umstand ist darauf hinzuweisen, dass die Existenz einer Obergrenze zwar zur Umsetzung des Grundsatzes der Solidarität beiträgt, insbesondere dann, wenn der Finanzierungssaldo von allen Unternehmen derselben Klasse getragen wird (vgl. entsprechend Urteil *Cisal*, Randnr. 39), dass allein ihr Fehlen aber nicht zur Folge hat, dass ein System mit den genannten Merkmalen seinen solidarischen Charakter verliert.

52 Da § 153 Abs. 2 SGB VII ausdrücklich vorsieht, dass „[d]as Arbeitsentgelt der Versicherten ... bis zur Höhe des Höchstjahresarbeitsverdienstes zugrunde gelegt [wird]“, hat das vorlegen-

de Gericht, in dessen Entscheidung im Übrigen ausdrücklich auf diese Vorschrift Bezug genommen wird, außerdem in jedem Fall zu prüfen, ob diese Vorschrift, wie die deutsche Regierung geltend macht und auch aus den Erklärungen von Kattner hervorgeht, nicht den solidarischen Charakter des im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Systems dadurch verstärkt, dass die Beitragshöhe bei einem hohen versicherten Risiko indirekt begrenzt wird.

53 In Bezug auf den zweiten Umstand, den das vorliegende Gericht anführt, ist darauf hinzuweisen, dass das Gemeinschaftsrecht, wie bereits in Randnr. 37 des vorliegenden Urteils ausgeführt, die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt lässt. Wenn sich ein Mitgliedstaat in Ausübung dieser Zuständigkeit dafür entscheidet, die Durchführung eines Systems der sozialen Sicherheit auf sektorieller und/oder geografischer Grundlage auf mehrere Träger zu verteilen, dann setzt er tatsächlich den Grundsatz der Solidarität um, auch wenn er den Rahmen beschränkt, in dem dieser Grundsatz angewandt wird. Das gilt umso mehr, wenn die Berufsgenossenschaften, wie es in dem im Ausgangsverfahren streitigen System der Fall ist, untereinander auf nationaler Ebene einen Kosten- und Risikoausgleich vornehmen.

54 Schließlich wird der solidarische Charakter der Finanzierung eines Systems wie des im Ausgangsverfahren streitigen entgegen dem Vorbringen von Kattner auch nicht dadurch beeinträchtigt, dass die Berufsgenossenschaften nach § 161 SGB VII beschließen könnten, einen einheitlichen Mindestbeitrag festzusetzen. Vielmehr kann die Festsetzung eines derartigen Beitrags, selbst wenn man annimmt, dass dadurch, wie Kattner geltend macht, der aufzuteilende Finanzbedarf reduziert wird, ihrerseits zum solidarischen Charakter des Systems beitragen. Bei Versicherten, deren Arbeitsentgelt unter dem Entgelt liegt, dem der Mindestbeitrag entspricht, führt dessen Existenz nämlich dazu, dass ein Beitrag erhoben wird, der nicht nur für alle diese Versicherten der betreffenden Berufsgenossenschaft einheitlich ist, sondern zudem nicht vom versicherten Risiko und damit von dem Gewerbebezweig abhängt, dem die entsprechenden Versicherten angehören.

55 Zweitens ist – ebenfalls entsprechend den Ausführungen des Gerichtshofs im Urteil *Cisal* (Randnr. 40) – festzustellen, dass der Wert der von den Berufsgenossenschaften wie der MMB erbrachten Leistungen nicht notwendigerweise proportional zum Arbeitsentgelt des Versicherten ist.

56 Auch wenn die Höhe des Arbeitsentgelts bei der Beitragsberechnung berücksichtigt wird, geht nämlich aus der Vorlageentscheidung und den beim Gerichtshof eingereichten Erklärungen hervor, dass die Sachleistungen wie Präventions- und Rehabilitationsleistungen völlig unabhängig vom Arbeitsentgelt sind. Diese Leistungen sind erheblich, da sie nach den Angaben des vorlegenden Gerichts rund 12 % der Gesamtausgaben der MMB im Jahr 2002 bzw. nach den Angaben der MMB und der deutschen Regierung sogar zwischen 25 % und 30 % dieser Ausgaben ausmachen.

57 Hinsichtlich der Geldleistungen, mit denen ein Teil des Entgeltverlusts infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ausgeglichen werden soll, geht ferner aus der Vorlageentscheidung und den Erklärungen gegenüber dem Gerichtshof hervor, dass nach § 85 SGB VII nur die Arbeitsentgelte zwischen einem Mindest- und einem Höchstbetrag – dem „Mindestjahresarbeitsverdienst“ und dem „Höchstjahresarbeitsverdienst“ – berücksichtigt werden, was allerdings vom vorlegenden Gericht zu bestätigen ist. Außerdem haben sowohl die deutsche Regierung als auch die Kommission vorgetragen, dass die Höhe des Pflegegelds völlig unabhängig von den gezahlten Beiträgen sei, was das vorlegende Gericht ebenfalls zu prüfen hat.

58 Unter diesen Umständen führt die Zahlung hoher Beiträge wie im Rahmen des Systems, das in der Rechtssache *Cisal* in Rede stand, möglicherweise nur zu begrenzten Leistungen, und umgekehrt kann die Zahlung verhältnismäßig niedriger Beiträge, wie Kattner in ihren Erklärungen selbst ausgeführt hat, zu einem Anspruch auf Leistungen führen, die nach einem höheren Arbeitsentgelt berechnet werden.

59 Das Fehlen eines unmittelbaren Zusammenhangs zwischen den entrichteten Beiträgen und den gewährten Leistungen bewirkt somit eine Solidarität zwischen den am besten bezahlten Arbeitnehmern und denjenigen, die in Anbetracht ihrer niedrigen Einkünfte keine angemessene soziale Absicherung hätten, wenn ein solcher Zusammenhang bestünde (vgl. Urteil *Cisal*, Randnr. 42).

– Zur staatlichen Aufsicht

60 Was an zweiter Stelle die vom Staat ausgeübte Aufsicht anbelangt, geht aus der Vorlageentscheidung hervor, dass das deutsche Gesetz den Berufsgenossenschaften wie der MMB zwar die Durchführung der gesetzlichen Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten übertragen hat, dass die Berufsgenossenschaften aber in ihrer Satzung zum ei-

nen bestimmen können, dass gemäß § 153 Abs. 3 SGB VII der Beitragsberechnung mindestens der Betrag des Mindestjahresarbeitsverdienstes zugrunde gelegt wird, und zum anderen, wie Kattner in ihren Erklärungen mit Nachdruck betont, den Betrag des Höchstjahresarbeitsverdienstes, der nach § 153 Abs. 2 SGB VII für die Berechnung der Beiträge und nach § 85 SGB VII für die Berechnung der Leistungen herangezogen wird, heraufsetzen können. Außerdem ergibt sich aus den Erklärungen von Kattner, die insoweit durch die Erklärungen der deutschen Regierung bestätigt werden, dass die Berufsgenossenschaften nach § 157 Abs. 1 SGB VII den Gefahrtarif und die Gefahrklassen, die ein Faktor für die Beitragsberechnung sind, autonom festsetzen.

61 Dass Berufsgenossenschaften wie der MMB im Rahmen eines Selbstverwaltungssystems ein solcher Handlungsspielraum gewährt wird, um Faktoren festzusetzen, die für die Höhe der Beiträge und der Leistungen ausschlaggebend sind, kann jedoch als solches die Natur der von den Berufsgenossenschaften ausgeübten Tätigkeit nicht ändern (vgl. in diesem Sinne Urteil AOK Bundesverband u. a., Randnr. 56).

62 Aus den beim Gerichtshof eingereichten Unterlagen geht nämlich hervor, dass dieser Handlungsspielraum, wie der Generalanwalt in Nr. 54 seiner Schlussanträge festgestellt hat, durch das Gesetz vorgesehen ist und strikt begrenzt wird, da das SGB VII zum einen die Faktoren bezeichnet, die für die Berechnung der Beiträge heranzuziehen sind, die nach dem im Ausgangsverfahren streitigen gesetzlichen System geschuldet werden, und zum anderen ein abschließendes Verzeichnis der nach diesem System erbrachten Leistungen enthält und die Modalitäten für ihre Gewährung regelt.

63 Insoweit ergibt sich aus den von Kattner, der deutschen Regierung und der Kommission eingereichten Erklärungen, dass die anwendbaren Rechtsvorschriften, was das vorliegende Gericht allerdings zu überprüfen hat, den Mindest- und den Höchstentgeltbetrag festlegen, der bei der Berechnung der Beiträge bzw. der Leistungen zu berücksichtigen ist, wobei nur der Höchstbetrag gegebenenfalls in der Satzung der Berufsgenossenschaften heraufgesetzt werden kann.

64 Außerdem unterliegen die Berufsgenossenschaften offensichtlich, was jedoch wiederum vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist, in Bezug auf die Ausarbeitung ihrer Satzung und insbesondere die Festsetzung der Höhe der Beiträge und der Leistungen im Rahmen des im Ausgangsverfahren streitigen gesetzlichen Systems der Kontrolle der Bundesrepublik,

die insoweit nach den Vorschriften des SGB VII als Aufsichtsbehörde tätig wird.

65 Aus dem Vorstehenden ergibt sich somit, dass in einem gesetzlichen Versicherungssystem wie dem im Ausgangsverfahren streitigen zum einen mit der Höhe der Beiträge und dem Wert der Leistungen – den beiden wesentlichen Elementen eines solchen Systems – vorbehaltlich der vom vorlegenden Gericht vorzunehmenden Prüfungen der Grundsatz der Solidarität umgesetzt wird, der impliziert, dass die erbrachten Leistungen nicht streng proportional zu den gezahlten Beiträgen sind, und dass diese Elemente zum anderen staatlicher Aufsicht unterliegen (vgl. in diesem Sinne Urteil *Cisal*, Randnr. 44).

66 Unter diesen Umständen ist vorbehaltlich einer vom vorlegenden Gericht vorzunehmenden Prüfung dieser beiden Elemente hinsichtlich des Grundsatzes der Solidarität und der staatlichen Aufsicht festzustellen, dass eine Einrichtung wie die MMB durch ihre Mitwirkung an der Verwaltung eines der traditionellen Zweige der sozialen Sicherheit, der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, eine Aufgabe rein sozialer Natur wahrnimmt, so dass ihre Tätigkeit keine wirtschaftliche Tätigkeit im Sinne des Wettbewerbsrechts und diese Einrichtung somit kein Unternehmen im Sinne der Art. 81 EG und 82 EG ist (vgl. in diesem Sinne Urteil *Cisal*, Randnr. 45).

67 Dieser Schluss wird nicht durch den vom vorlegenden Gericht hervorgehobenen Umstand in Frage gestellt, dass eine Berufsgenossenschaft wie die MMB im Gegensatz zu der Situation im Rahmen des italienischen Systems, das in der Rechtssache *Cisal* in Rede stand, nicht die Verwaltung des betreffenden gesetzlichen Versicherungssystems gewährleistet, sondern unmittelbar Versicherungsdienstleistungen erbringt. Da das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt lässt, kann nämlich, wie der Generalanwalt in Nr. 61 seiner Schlussanträge im Wesentlichen ausgeführt hat, allein dieser Umstand als solcher nichts am rein sozialen Charakter der von einer derartigen Berufsgenossenschaft ausgeübten Tätigkeit ändern, da er weder den solidarischen Charakter des entsprechenden Systems noch die vom Staat darüber ausgeübte Aufsicht, so wie diese Umstände aus der vorstehenden Analyse hervorgehen, beeinträchtigt.

68 Folglich ist auf die erste Vorlagefrage zu antworten, dass die Art. 81 EG und 82 EG dahin auszulegen sind, dass eine Einrichtung wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende Berufsgenossenschaft, der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebezweig angehören, für die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten beitreten müssen, kein Unternehmen im Sinne dieser Vorschriften ist, sondern eine Aufgabe rein sozialer Natur wahrnimmt, soweit sie im Rahmen eines Systems tätig wird, mit dem der Grundsatz der Solidarität umgesetzt wird und das staatlicher Aufsicht unterliegt, was vom vorliegenden Gericht zu prüfen ist.

Zur zweiten Frage

69 Mit seiner zweiten Frage möchte das vorliegende Gericht wissen, ob die Art. 49 EG und 50 EG einerseits und die Art. 82 EG und 86 EG andererseits dahin auszulegen sind, dass sie einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen entgegenstehen, nach der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebezweig angehören, verpflichtet sind, einer Einrichtung wie der MMB beizutreten.

70 Insoweit ist eingangs darauf hinzuweisen, dass die zweite Frage angesichts der Antwort auf die erste Frage insoweit nicht zu beantworten ist, als sie sich auf die Auslegung der Art. 82 EG und 86 EG bezieht, da die Anwendbarkeit dieser Vorschriften von der Existenz eines Unternehmens abhängt.

71 Was die Auslegung der Art. 49 EG und 50 EG betrifft, ist daran zu erinnern, dass in Ermangelung einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene das Recht jedes betroffenen Mitgliedstaats bestimmt, unter welchen Voraussetzungen ein Recht auf Anschluss an ein System der sozialen Sicherheit oder die Verpflichtung hierzu besteht, da das Gemeinschaftsrecht, wie bereits in Randnr. 37 des vorliegenden Urteils ausgeführt, die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt lässt (vgl. insbesondere Urteile Kohll, Randnr. 18, Smits und Peerbooms, Randnr. 45, und Watts, Randnr. 92).

72 Die Kommission und im Wesentlichen auch die deutsche Regierung folgern aus dieser Rechtsprechung, dass die Einrichtung einer Pflichtmitgliedschaft in einem System der sozialen Sicherheit wie die mit der im Ausgangsverfahren streitigen Regelung vorgesehene in die alleini-

ge Zuständigkeit der Mitgliedstaaten falle, so dass diese Regelung vom Anwendungsbereich der Art. 49 EG und 50 EG nicht erfasst werde. Über die Pflichtmitgliedschaft hinaus sei nämlich keine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs angesprochen, da nur die Art der Finanzierung eines Systems der sozialen Sicherheit, nicht aber die Erbringung von Leistungen nach dem Eintritt des versicherten sozialen Risikos in Frage stehe.

73 Dieser These kann nicht gefolgt werden.

74 Zwar ist es nach der in Randnr. 71 des vorliegenden Urteils angeführten ständigen Rechtsprechung in Ermangelung einer gemeinschaftlichen Harmonisierung Sache des Rechts jedes Mitgliedstaats, insbesondere die Voraussetzungen der Verpflichtung, sich bei einem System der sozialen Sicherheit zu versichern, und damit die Art der Finanzierung dieses Systems festzulegen, doch müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis gleichwohl das Gemeinschaftsrecht beachten (vgl. u. a. Urteile Kohll, Randnr. 19, und Smits und Peerbooms, Randnr. 46). Die entsprechende Zuständigkeit der Mitgliedstaaten ist also nicht unbegrenzt (Urteil vom 3. April 2008, Derouin, C-103/06, Slg. 2008, I-0000, Randnr. 25).

75 Dass eine nationale Regelung wie die im Ausgangsverfahren streitige nur die Finanzierung eines Zweigs der sozialen Sicherheit betrifft, im vorliegenden Fall der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, indem sie die Pflichtmitgliedschaft der von dem fraglichen System erfassten Unternehmen bei Berufsgenossenschaften vorsieht, denen das Gesetz die Durchführung dieser Versicherung übertragen hat, kann demnach die Anwendung der Vorschriften des EG-Vertrags, insbesondere derjenigen über den freien Dienstleistungsverkehr, nicht ausschließen (vgl. Urteil vom 26. Januar 1999, Terhoeve, C-18/95, Slg. 1999, I-345, Randnr. 35).

76 Das System der Pflichtmitgliedschaft, das die im Ausgangsverfahren streitige nationale Regelung vorsieht, muss somit mit den Art. 49 EG und 50 EG vereinbar sein.

77 Zu prüfen ist daher, ob, wie Kattner vor dem vorlegenden Gericht und in ihren beim Gerichtshof eingereichten Erklärungen geltend gemacht hat, der freie Dienstleistungsverkehr im Sinne von Art. 49 EG dadurch beschränkt werden kann, dass ein Mitgliedstaat ein gesetzliches Versiche-

rungssystem wie das im Ausgangsverfahren streitig einrichtet, das die Pflichtmitgliedschaft von Unternehmen bei Berufsgenossenschaften wie der MMB zur Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten vorsieht. Zum einen ist demnach zu prüfen, ob dadurch die Möglichkeit von in anderen Mitgliedstaaten niedergelassenen Versicherungsgesellschaften beschränkt wird, auf dem Markt des erstgenannten Mitgliedstaats ihre Dienste hinsichtlich der Versicherung der betreffenden Risiken oder einiger dieser Risiken anzubieten, und zum anderen, ob dadurch die in diesem ersten Mitgliedstaat niedergelassenen Unternehmen als Dienstleistungsempfänger davon abgehalten werden, sich bei solchen Gesellschaften zu versichern.

78 Dazu ist darauf hinzuweisen, dass der freie Dienstleistungsverkehr nach der Rechtsprechung nicht nur die Beseitigung jeder Diskriminierung des in einem anderen Mitgliedstaat ansässigen Dienstleistenden aufgrund seiner Staatsangehörigkeit, sondern auch die Aufhebung aller Beschränkungen – selbst wenn sie unterschiedslos für inländische Dienstleistende wie für solche aus anderen Mitgliedstaaten gelten – verlangt, sofern sie geeignet sind, die Tätigkeiten des Dienstleistenden, der in einem anderen Mitgliedstaat ansässig ist und dort rechtmäßig ähnliche Dienstleistungen erbringt, zu unterbinden, zu behindern oder weniger attraktiv zu machen (vgl. in diesem Sinne u. a. Urteile vom 20. Februar 2001, *Analir* u. a., C-205/99, Slg. 2001, I-1271, Randnr. 21, vom 5. Dezember 2006, *Cipolla* u. a., C-202/04 und C-94/04, Slg. 2006, I-11421, Randnr. 56, und vom 11. Januar 2007, *ITC*, C-208/05, Slg. 2007, I-181, Randnr. 55).

79 Außerdem steht Art. 49 EG nach ständiger Rechtsprechung der Anwendung jeder nationalen Regelung entgegen, die die Leistung von Diensten zwischen Mitgliedstaaten im Ergebnis gegenüber der Leistung von Diensten im Inneren eines Mitgliedstaats erschwert (Urteile *Kohll*, Randnr. 33, und *Smits und Peerbooms*, Randnr. 61).

80 Im vorliegenden Fall mag es zwar, wie der Generalanwalt in Nr. 72 seiner Schlussanträge im Wesentlichen darlegt, zweifelhaft erscheinen, ob die von dem im Ausgangsverfahren streitigen gesetzlichen Versicherungssystem abgedeckten Risiken oder jedenfalls einige dieser Risiken bei privaten Versicherungsgesellschaften versichert werden könnten, da diese grundsätzlich nicht nach einem System tätig werden, das die in den Randnrn. 44 bis 59 des vorliegenden Urteils genannten Solidarelemente umfasst.

81 Da das im Ausgangsverfahren streitige gesetzliche Versicherungssystem, wie aus den Randnrn. 57 und 58 des vorliegenden Urteils hervorgeht, nur begrenzte Leistungen und damit eine Mindestabdeckung vorsieht, steht es den diesem System unterliegenden Unternehmen, wie das vorlegende Gericht angibt und Kattner einräumt, überdies frei, zusätzliche Versicherungsverträge mit sowohl in Deutschland als auch in anderen Mitgliedstaaten niedergelassenen privaten Versicherungsgesellschaften abzuschließen (vgl. entsprechend Urteil vom 22. Mai 2003, *Freskot*, C-355/00, Slg. 2003, I-5263, Randnr. 62).

82 Das im Ausgangsverfahren streitige Versicherungssystem kann aber, da es, wie der Sachverhalt des Ausgangsverfahrens zeigt, offenbar auch Risiken abdecken soll, die sich bei nicht nach dem Grundsatz der Solidarität arbeitenden Versicherungsunternehmen versichern lassen, ein Hindernis für die freie Erbringung von Dienstleistungen durch in anderen Mitgliedstaaten niedergelassene Versicherungsgesellschaften, die Versicherungsverträge für derartige Risiken in dem betreffenden Mitgliedstaat anbieten möchten, insoweit darstellen, als es die Ausübung dieser Freiheit behindert oder weniger attraktiv macht, ja sogar unmittelbar oder mittelbar verhindert (vgl. in diesem Sinne Urteil *Freskot*, Randnr. 63).

83 Außerdem kann ein solches System auch die ihm unterliegenden Unternehmen davon abschrecken oder sogar daran hindern, sich an solche in anderen Mitgliedstaaten als dem ihrer Mitgliedschaft niedergelassene Versicherungsdienstleister zu wenden, und stellt auch für diese Unternehmen ein Hemmnis für den freien Dienstleistungsverkehr dar (vgl. entsprechend Urteile vom 31. Januar 1984, *Luisi und Carbone*, 286/82 und 26/83, Slg. 1984, 377, Randnr. 16, *Kohll*, Randnr. 35, sowie *Smits und Peerbooms*, Randnr. 69).

84 Eine solche Beschränkung kann allerdings gerechtfertigt sein, wenn sie zwingenden Gründen des Allgemeinwohls entspricht, geeignet ist, die Erreichung des mit ihr verfolgten Ziels zu gewährleisten, und nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung dieses Ziels erforderlich ist (vgl. u. a. Urteile vom 5. Juni 1997, *SETTG*, C-398/95, Slg. 1997, I-3091, Randnr. 21, *Cipolla u. a.*, Randnr. 61, und vom 13. Dezember 2007, *United Pan-Europe Communications Belgium u. a.*, C-250/06, Slg. 2007, I-11135, Randnr. 39).

85 Insoweit kann nach der Rechtsprechung des Gerichtshofs eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit als solche einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses darstellen, der eine Beschränkung des Grundsatzes des freien Dienstleistungsverkehrs rechtfertigen kann (vgl. u. a. Urteile Kohll, Randnr. 41, Smits und Peerbooms, Randnr. 72, und vom 19. April 2007, Stamatelaki, C-444/05, Slg. 2007, I-3185, Randnr. 30).

86 Wie aus den beim Gerichtshof eingereichten Erklärungen hervorgeht, bezweckt eine Pflichtmitgliedschaft in einem gesetzlichen Versicherungssystem, wie sie die im Ausgangsverfahren streitige nationale Regelung vorsieht, die Gewährleistung des finanziellen Gleichgewichts eines der traditionellen Zweige der sozialen Sicherheit, hier der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

87 Indem diese Verpflichtung den Zusammenschluss aller dem entsprechenden System unterliegenden Unternehmen innerhalb von Gefahrengemeinschaften gewährleistet, erlaubt sie es nämlich, dass dieses System, mit dem, wie aus Randnr. 38 des vorliegenden Urteils hervorgeht, ein soziales Ziel verfolgt wird, so funktioniert, dass der Grundsatz der Solidarität umgesetzt wird, indem insbesondere die Finanzierung über Beiträge erfolgt, deren Höhe nicht streng proportional zu den versicherten Risiken ist, und Leistungen erbracht werden, deren Wert nicht streng proportional zu den Beiträgen ist.

88 Daher kann eine nationale Regelung wie die im Ausgangsverfahren streitige, soweit sie eine Pflichtmitgliedschaft vorsieht, durch einen zwingenden Grund des Allgemeininteresses, nämlich das Ziel, das finanzielle Gleichgewicht eines Zweigs der sozialen Sicherheit zu gewährleisten, gerechtfertigt werden, da diese Verpflichtung geeignet ist, die Verwirklichung dieses Ziels zu gewährleisten.

89 Was die Frage anbelangt, ob eine solche Regelung nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung des angestrebten Ziels erforderlich ist, ergibt sich, wie bereits in Randnr. 81 des vorliegenden Urteils festgestellt, aus den beim Gerichtshof eingereichten Unterlagen, dass das im Ausgangsverfahren streitige gesetzliche System eine Mindestabdeckung bietet, so dass es den ihr unterliegenden Unternehmen trotz der damit verbundenen Pflichtmitgliedschaft freisteht, diese Abdeckung dadurch zu ergänzen, dass sie zusätzliche Versicherungen abschließen, sofern diese auf dem Markt angeboten werden. Dieser Umstand stellt einen Faktor dar, der für die Verhältnismäßigkeit eines gesetzlichen Versicherungssystems

wie des im Ausgangsverfahren streitigen spricht (vgl. in diesem Sinne Urteil Freskot, Randnr. 70).

90 Was im Übrigen den Umfang der Abdeckung betrifft, wie sie dieses System vorsieht, lässt sich, wie die MMB in ihren Erklärungen ausführt, nicht ausschließen, dass sich Unternehmen, die beispielsweise ein junges und gesundes Personal mit ungefährlichen Tätigkeiten beschäftigen, bei privaten Versicherern um günstigere Versicherungsbedingungen bemühen würden, wenn die Versicherungspflicht auf bestimmte Leistungen, etwa die sich aus dem Ziel der Prävention ergebenden, zu beschränken wäre, wie es Kattner als Möglichkeit in ihren Erklärungen andeutet. Das fortschreitende Ausscheiden dieser „guten“ Risiken könnte den Berufsgenossenschaften wie der MMB einen wachsenden Anteil von „schlechten“ Risiken belassen, was zu einer Erhöhung der Kosten für die Leistungen, insbesondere für Unternehmen mit einem älteren, gefährliche Tätigkeiten ausübenden Personal, führen würde, denen die Berufsgenossenschaften zu annehmbaren Kosten keine Leistungen mehr anbieten könnten. Dies würde umso mehr gelten, wenn das betreffende gesetzliche Versicherungssystem, wie es im Ausgangsverfahren der Fall ist, in Umsetzung des Grundsatzes der Solidarität durch das Fehlen einer strengen Proportionalität zwischen den Beiträgen und den versicherten Risiken gekennzeichnet ist (vgl. entsprechend Urteil Albany, Randnrn. 108 und 109).

91 Es ist Sache des vorlegenden Gerichts, unter Berücksichtigung aller Umstände des bei ihm anhängigen Rechtsstreits und der in den Randnrn. 89 und 90 des vorliegenden Urteils gegebenen Hinweise zu prüfen, ob das im Ausgangsverfahren streitige gesetzliche Versicherungssystem im Hinblick auf das damit verfolgte Ziel des finanziellen Gleichgewichts der sozialen Sicherheit erforderlich ist.

92 Folglich ist auf die zweite Vorlagefrage zu antworten, dass die Art. 49 EG und 50 EG dahin auszulegen sind, dass sie einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen nicht entgegenstehen, nach der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebezweig angehören, verpflichtet sind, einer Einrichtung wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Berufsgenossenschaft beizutreten, soweit dieses System nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung des Ziels der Gewährleistung des finanziellen Gleichgewichts eines Zweigs der sozialen Sicherheit erforderlich ist, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.

Kosten

93 Für die Parteien des Ausgangsverfahrens ist das Verfahren ein Zwischenstreit in dem bei dem vorlegenden Gericht anhängigen Rechtsstreit; die Kostenentscheidung ist daher Sache dieses Gerichts. Die Auslagen anderer Beteiligter für die Abgabe von Erklärungen vor dem Gerichtshof sind nicht erstattungsfähig.

Aus diesen Gründen hat der Gerichtshof (Dritte Kammer) für Recht erkannt:

- 1. Die Art. 81 EG und 82 EG sind dahin auszulegen, dass eine Einrichtung wie die im Ausgangsverfahren in Rede stehende Berufsgenossenschaft, der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebezweig angehören, für die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten beitreten müssen, kein Unternehmen im Sinne dieser Vorschriften ist, sondern eine Aufgabe rein sozialer Natur wahrnimmt, soweit sie im Rahmen eines Systems tätig wird, mit dem der Grundsatz der Solidarität umgesetzt wird und das staatlicher Aufsicht unterliegt, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.**

- 2. Die Art. 49 EG und 50 EG sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Regelung wie der im Ausgangsverfahren streitigen nicht entgegenstehen, nach der die Unternehmen, die in einem bestimmten Gebiet einem bestimmten Gewerbebezweig angehören, verpflichtet sind, einer Einrichtung wie der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Berufsgenossenschaft beizutreten, soweit dieses System nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung des Ziels der Gewährleistung des finanziellen Gleichgewichts eines Zweigs der sozialen Sicherheit erforderlich ist, was vom vorlegenden Gericht zu prüfen ist.**

Beitragsstaffeln der LKKen
in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Beiträge für Unternehmer in der LKK Baden-Württemberg					
Beitrags- klasse	Korrigierter Flächenwert (in Euro)	Monatlicher Beitrag in Euro			
		LKK	LPK Eltern	LPK Kinderlose	
1	Kleinunternehmer	75,00	8,24	9,30	
2	bis 4.500,00	76,00	8,34	9,42	
3	bis 7.000,00	117,00	12,85	14,51	
4	bis 9.500,00	158,00	17,35	19,59	
5	bis 12.000,00	176,00	19,32	21,82	
6	bis 14.500,00	194,00	21,30	24,06	
7	bis 17.000,00	212,00	23,28	26,29	
8	bis 19.500,00	231,00	25,36	28,64	
9	bis 22.000,00	247,00	27,12	30,63	
10	bis 27.000,00	262,00	28,77	32,49	
11	bis 35.000,00	284,00	31,18	35,22	
12	bis 43.000,00	298,00	32,72	36,95	
13	bis 51.000,00	312,00	34,26	38,69	
14	bis 55.000,00	325,00	35,69	40,30	
15	bis 58.000,00	338,00	37,11	41,91	
16	bis 60.000,00	352,00	38,65	43,65	
17	bis 62.000,00	365,00	40,08	45,26	
18	bis 64.000,00	374,00	41,07	46,38	
19	bis 65.000,00	383,00	42,05	47,49	
20	über 65.000,00	456,00	50,07	56,54	

Freiwillig Versicherte in der LKK Baden-Württemberg					
Bei- trags- klasse	Monatliche Einnahmen (in Euro)	Monatlicher Beitrag (in Euro)			
		zur LKK	zur LPK für		
	Eltern		Kinderlose		
01	bis 865,00	91,00	16,38	18,48	
02	bis 1.020,00	107,00	18,38	20,74	
03	bis 1.175,00	123,00	21,40	24,15	
04	bis 1.330,00	139,00	24,42	27,56	
05	bis 1.485,00	155,00	27,45	30,97	
06	bis 1.640,00	171,00	30,47	34,38	
07	bis 1.795,00	187,00	33,49	37,79	
08	bis 1.950,00	203,00	36,51	41,20	
09	bis 2.105,00	219,00	39,54	44,61	
10	bis 2.260,00	235,00	42,56	48,02	
11	bis 2.415,00	251,00	45,58	51,43	
12	bis 2.570,00	267,00	48,60	54,84	
13	bis 2.725,00	281,00	51,63	58,25	
14	bis 2.880,00	299,00	54,65	61,66	
15	bis 3.035,00	315,00	57,67	65,07	
16	bis 3.190,00	331,00	60,69	68,48	
17	bis 3.345,00	347,00	63,72	71,89	
18	bis 3.500,00	363,00	66,74	75,30	
19	bis 3.674,99	379,00	69,96	78,93	
20	über 3.674,99	395,00	71,66	80,85	
20	mit Krankengeld	423,00	71,66	80,85	

Beiträge für Unternehmer in LKK Franken und Oberbayern				
Beitrags- klasse	Berechnungswert (in Euro)	Monatlicher Beitrag in Euro		
		LKK	LPK Eltern	LPK Kinderlose
1	Kleinunternehmer	79,80	4,35	4,91
2	ab 0,00	80,10	4,38	4,95
3	ab 501,00	149,40	13,12	14,80
4	ab 2.001,00	163,20	14,86	16,77
5	ab 3.001,00	179,40	16,90	19,07
6	ab 4.001,00	195,60	18,94	21,37
7	ab 5.001,00	215,70	21,47	24,23
8	ab 6.001,00	231,90	23,51	26,53
9	ab 7.001,00	248,40	25,59	28,88
10	ab 9.001,00	263,10	27,44	30,97
11	ab 12.001,00	276,90	29,18	32,93
12	ab 16.001,00	289,50	30,77	34,73
13	ab 22.001,00	304,50	32,66	36,86
14	ab 30.001,00	317,10	34,25	38,65
15	ab 40.001,00	330,90	35,99	40,61
16	ab 56.001,00	346,20	37,91	42,79
17	ab 77.001,00	364,20	40,18	45,35
18	ab 110.001,00	396,00	44,19	49,87
19	ab 170.001,00	427,80	48,20	54,39
20	über 290.000,00	483,60	55,23	62,33

Beiträge für Freiwillig Versicherte der LKK Franken und Oberbayern					
Beitrags- klasse	Monatliche Einnahmen (in Euro)	Monatlicher Beitrag in Euro			
		zur LKK	zur LPK für		
			Eltern	Kinderlose	
1	bis 840,00	99,00	16,38	18,48	
2	über 840,00	144,90	17,51	19,76	
3	über 956,00	164,40	20,11	22,69	
4	über 1.107,00	181,80	23,06	26,02	
5	über 1.258,00	200,70	26,00	29,34	
6	über 1.409,00	219,90	28,95	32,66	
7	über 1.560,00	239,10	31,89	35,98	
8	über 1.711,00	256,50	34,84	39,30	
9	über 1.862,00	277,20	37,78	42,63	
10	über 2.013,00	296,10	40,73	45,95	
11	über 2.164,00	315,60	43,67	49,27	
12	über 2.315,00	333,00	46,61	52,59	
13	über 2.466,00	353,40	49,56	55,91	
14	über 2.617,00	372,60	52,50	59,24	
15	über 2.768,00	390,00	55,45	62,56	
16	über 2.919,00	409,20	58,39	65,88	
17	über 3.070,00	428,40	61,34	69,20	
18	über 3.221,00	447,30	64,28	72,52	
19	über 3.372,00	466,20	67,23	75,85	
20	über 3.523,00	475,80	71,66	80,85	
20	mit Krankengeld	495,00	71,66	80,85	

Beiträge zur LKK Gartenbau für Unternehmer				
Beitrags- klasse	Jahresarbeits- wert in Euro	Monatlicher Beitrag in Euro		
		zur KKG	zur PKG Eltern	zur PKG Kinderlose
1	Kleinunter- nehmer	56,00	6,31	7,20
2	bis 4.500	70,00	7,88	9,00
3	bis 6.500	84,00	9,46	10,80
4	bis 8.500	107,00	12,05	13,76
5	bis 10.500	133,00	14,98	17,10
6	bis 13.000	158,00	17,79	20,32
7	bis 15.500	178,00	20,04	22,89
8	bis 18.000	199,00	22,41	25,59
9	bis 20.500	222,00	25,00	28,55
10	bis 26.000	242,00	27,25	31,12
11	bis 31.000	257,00	28,94	33,05
12	bis 36.000	269,00	30,29	34,59
13	bis 41.000	280,00	31,53	36,01
14	bis 46.000	291,00	32,77	37,42
15	bis 51.500	303,00	34,12	38,97
16	bis 64.000	330,00	37,16	42,44
17	bis 77.000	352,00	39,64	45,27
18	bis 90.000	376,00	42,34	48,35
19	bis 103.000	413,00	46,50	53,11
20	über 103.000	493,00	55,51	63,40

Beiträge für mitarbeitende Familienangehörige in der LKK Gartenbau				
Beitrags- klasse	Jahresarbeitswert in Euro	Monatlicher Beitrag in Euro		
			zur PKG Eltern	zur PKG Kinderlose
1	Kleinunternehmer	28,00	3,15	3,60
2	bis 4.500	35,00	3,94	4,50
3	bis 6.500	42,00	4,73	5,40
4	bis 8.500	53,50	6,02	6,88
5	bis 10.500	66,50	7,49	8,55
6	bis 13.000	79,00	8,90	10,16
7	bis 15.500	89,00	10,02	11,45
8	bis 18.000	99,50	11,20	12,80
9	bis 20.500	111,00	12,50	14,27
10	bis 26.000	121,00	13,62	15,56
11	bis 31.000	128,50	14,47	16,53
12	bis 36.000	134,50	15,14	17,30
13	bis 41.000	140,00	15,76	18,00
14	bis 46.000	145,50	16,38	18,71
15	bis 51.500	151,50	17,06	19,48
16	bis 64.000	165,00	18,58	21,22
17	bis 77.000	176,00	19,82	22,63
18	bis 90.000	188,00	21,17	24,18
19	bis 103.000	206,50	23,25	26,56
20	über 103.000	246,50	27,76	31,70

Beitragsstaffeln der LKKen

367

Beiträge für Unternehmer in der LKK Mittel- und Ostdeutschland				
Beitrags- klasse	Einstufungswert	Monatlicher Beitrag in Euro		
		LKK	LPK Eltern	LPK Kinderlose
1	Kleinunternehmer	51,00	6,43	7,25
2	bis 2.000	77,00	9,70	10,95
3	bis 4.000	98,00	12,35	13,94
4	bis 6.000	120,00	15,12	17,06
5	bis 8.000	141,00	17,77	20,05
6	bis 10.000	162,00	20,41	23,04
7	bis 15.000	184,00	23,18	26,16
8	bis 20.000	206,00	25,96	29,29
9	bis 25.000	227,00	28,60	32,28
10	bis 30.000	249,00	31,37	35,41
11	bis 35.000	270,00	34,02	38,39
12	bis 40.000	292,00	36,79	41,52
13	bis 45.000	313,00	39,44	44,51
14	bis 50.000	335,00	42,21	47,64
15	bis 60.000	356,00	44,86	50,62
16	bis 70.000	378,00	47,63	53,75
17	bis 80.000	399,00	50,27	56,74
18	bis 90.000	420,00	52,92	59,72
19	bis 100.000	442,00	55,69	62,85
20	über 100.000	464,00	58,46	65,98

Beiträge für freiwillig Versicherte in der LKK Mittel- und Ostdeutschland					
Bei- trags- klasse	Monatliche Einnahmen (in Euro)	Monatlicher Beitrag (in Euro)			
		zur LKK	zur LPK für		
			Eltern	Kinderlose	
1	bis 863,63	46,00	16,38	18,48	
2	bis 1.019,81	70,00	18,36	20,72	
3	bis 1.176,00	89,00	21,41	24,15	
4	bis 1.332,19	108,00	24,45	27,59	
5	bis 1.488,38	127,00	27,50	31,03	
6	bis 1.644,56	146,00	30,55	34,46	
7	bis 1.800,75	166,00	33,59	37,90	
8	bis 1.956,94	186,00	36,64	41,33	
9	bis 2.129,66	205,00	39,84	44,95	
10	bis 2.302,39	225,00	43,21	48,75	
11	bis 2.475,11	243,00	46,58	52,55	
12	bis 2.647,84	263,00	49,95	56,35	
13	bis 2.820,56	282,00	53,32	60,15	
14	bis 2.993,29	302,00	56,69	63,95	
15	bis 3.166,01	321,00	60,05	67,75	
16	bis 3.338,74	341,00	63,42	71,55	
17	bis 3.511,46	360,00	66,79	75,35	
18	bis 3.675,00	378,00	70,07	79,05	
19	über 3.675,00	398,00	71,66	80,85	
20	mit Krankengeld	418,00	71,66	80,86	

Beiträge für Unternehmer in der LKK Niedersachsen-Bremen				
Beitrags- klasse	Korrigierter Flächenwert	Monatlicher Beitrag in Euro		
		LKK	LPK Eltern	LPK Kinderlose
1	Kleinunternehmer	61,64	7,04	7,94
2	bis 5.000,00	62,54	7,14	8,06
3	bis 8.900,00	83,98	9,59	10,82
4	bis 12.800,00	106,31	12,14	13,69
5	bis 16.700,00	128,65	14,69	16,57
6	bis 20.600,00	151,88	17,34	19,56
7	bis 24.500,00	175,11	20,00	22,55
8	bis 28.400,00	198,33	22,65	25,54
9	bis 32.300,00	219,78	25,10	28,31
10	bis 36.200,00	241,22	27,55	31,07
11	bis 40.100,00	260,87	29,79	33,60
12	bis 44.000,00	279,63	31,93	36,02
13	bis 47.900,00	298,40	34,08	38,43
14	bis 51.800,00	317,16	36,22	40,85
15	bis 55.700,00	335,92	38,36	43,27
16	bis 59.600,00	350,21	39,99	45,11
17	bis 63.500,00	364,51	41,63	46,95
18	bis 67.400,00	378,80	43,26	48,79
19	bis 71.300,00	393,10	44,89	50,63
20	über 71.300,00	453,60	51,80	58,42

Beiträge für freiwillig Versicherte in der LKK Niedersachsen-Bremen					
Beitrags- klasse	Monatliche Einnahmen (in Euro)	Monatlicher Beitrag (in Euro)			
		zur LKK	zur LPK für		
			Eltern	Kinderlose	
1	bis 840,00	86,30	16,38	18,48	
2	bis 1.000,00	94,52	17,94	20,24	
3	bis 1.157,00	110,81	21,03	23,73	
4	bis 1.314,00	126,94	24,09	27,18	
5	bis 1.471,00	143,07	27,15	30,64	
6	bis 1.628,00	159,20	30,22	34,09	
7	bis 1.785,00	175,33	33,28	37,54	
8	bis 1.942,00	191,46	36,34	41,00	
9	bis 2.099,00	207,59	39,40	44,45	
10	bis 2.256,00	223,72	42,46	47,91	
11	bis 2.413,00	239,85	45,52	51,36	
12	bis 2.570,00	255,98	48,58	54,81	
13	bis 2.727,00	272,11	51,65	58,27	
14	bis 2.884,00	288,24	54,71	61,72	
15	bis 3.041,00	304,37	57,77	65,18	
16	bis 3.198,00	320,50	60,83	68,63	
17	bis 3.355,00	336,63	63,89	72,08	
18	bis 3.512,00	352,76	66,95	75,54	
19	bis 3.669,00	368,89	70,01	78,99	
20	über 3.669,00	377,57	71,66	80,85	
20	mit Krankengeld	395,94	71,66	80,86	

Beitragsstaffeln der LKKn

369

Beiträge für Unternehmer in der LKK Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben				
Beitrags- klasse	Flächenwert in DM	Monatlicher Beitrag in Euro		
		LKK	LPK Eltern	LPK Kinderlose
1	Kleinunternehmer	79,00	8,50	9,59
2	bis 6.000,00	80,00	8,61	9,71
3	bis 9.000,00	134,00	14,42	16,27
4	bis 12.000,00	152,00	16,36	18,45
5	bis 16.000,00	170,00	18,29	20,64
6	bis 19.000,00	188,00	20,23	22,82
7	bis 23.000,00	206,00	22,17	25,01
8	bis 27.000,00	224,00	24,10	27,19
9	bis 31.000,00	240,00	25,82	29,14
10	bis 35.000,00	256,00	27,55	31,08
11	bis 40.000,00	274,00	29,48	33,26
12	bis 45.000,00	291,00	31,31	35,33
13	bis 55.000,00	308,00	33,14	37,39
14	bis 65.000,00	325,00	34,97	39,46
15	bis 75.000,00	343,00	36,91	41,64
16	bis 90.000,00	359,00	38,63	43,58
17	bis 110.000,00	376,00	40,46	45,65
18	bis 160.000,00	396,00	42,61	48,07
19	bis 220.000,00	413,00	44,44	50,14
20	über 220.000,00	480,00	51,65	58,27

Freiwillig Versicherte in der LKK Niederbayern/Oberpfalz u. Schwaben				
Beitrags- klasse	Monatliche Einnahmen (in EUR)	Monatlicher Beitrag (in EUR)		
		LKK	LPK Eltern	LPK Kinderlose
1	bis 850,00	65,00	16,38	18,48
2	bis 945,00	93,00	17,50	19,75
3	bis 1.080,00	108,00	19,74	22,28
4	bis 1.215,00	123,00	22,38	25,25
5	bis 1.350,00	138,00	25,01	28,22
6	bis 1.485,00	153,00	27,64	31,19
7	bis 1.620,00	169,00	30,27	34,16
8	bis 1.755,00	185,00	32,91	37,13
9	bis 1.890,00	200,00	35,54	40,10
10	bis 2.025,00	215,00	38,17	43,07
11	bis 2.160,00	230,00	40,80	46,04
12	bis 2.295,00	246,00	43,44	49,01
13	bis 2.430,00	261,00	46,07	51,98
14	bis 2.600,00	276,00	49,04	55,33
15	bis 2.800,00	296,00	52,65	59,40
16	bis 3.000,00	317,00	56,55	63,80
17	bis 3.200,00	322,00	60,45	68,20
18	bis 3.350,00	332,00	63,86	72,05
19	bis 3.674,99	347,00	68,49	77,28
20	über 3.674,99	357,00	71,66	80,85
20	mit Krankengeld	374,00	71,66	80,85

Beiträge für Unternehmer in der LKK Nordrhein-Westfalen				
Beitrags- klasse	Flächenwert in Euro	Monatlicher Beitrag in Euro		
		LKK	LPK Eltern	LPK Kinderlose
1	Kleinunternehmer	65,00	7,24	8,28
2	bis 2.500,00	69,00	7,69	8,79
3	bis 5.000,00	122,00	13,59	15,54
4	bis 7.500,00	150,00	16,71	19,11
5	bis 10.000,00	178,00	19,83	22,68
6	bis 12.500,00	196,00	21,83	24,97
7	bis 15.000,00	215,00	23,95	27,39
8	bis 17.500,00	224,00	24,95	28,54
9	bis 20.000,00	233,00	25,96	29,68
10	bis 22.500,00	242,00	26,96	30,83
11	bis 25.000,00	251,00	27,96	31,98
12	bis 27.500,00	266,00	29,63	33,89
13	bis 30.000,00	284,00	31,64	36,18
14	bis 32.500,00	303,00	33,75	38,60
15	bis 35.000,00	321,00	35,76	40,90
16	bis 37.500,00	339,00	37,76	43,19
17	bis 42.500,00	358,00	39,88	45,61
18	bis 47.500,00	376,00	41,89	47,90
19	bis 52.500,00	395,00	44,00	50,32
20	über 52.500,00	454,00	50,58	57,84

Beiträge für freiwillig Versicherte in der LKK Nordrhein-Westfalen					
Bei- trags- klasse	Monatliche Einnahmen (in Euro)		Monatlicher Beitrag (in Euro)		
			zur LKK	zur LPK für	
				Eltern	Kinderlose
1	bis	837,19	83,00	16,38	18,48
2	bis	988,59	90,00	17,80	20,08
3	bis	1.140,00	105,00	20,75	23,41
4	bis	1.291,41	120,00	23,71	26,75
5	bis	1.442,81	135,00	26,66	30,08
6	bis	1.594,22	150,00	29,61	33,41
7	bis	1.745,63	165,00	32,56	36,74
8	bis	1.897,03	180,00	35,52	40,07
9	bis	2.048,44	195,00	38,47	43,40
10	bis	2.199,84	210,00	41,42	46,73
11	bis	2.351,25	225,00	44,37	50,06
12	bis	2.502,66	240,00	47,33	53,39
13	bis	2.654,06	255,00	50,28	56,72
14	bis	2.805,47	270,00	53,23	60,05
15	bis	2.956,88	285,00	56,18	63,39
16	bis	3.108,28	300,00	59,14	66,72
17	bis	3.259,69	315,00	62,09	70,05
18	bis	3.411,09	330,00	65,04	73,38
19	bis	3.562,14	345,00	67,99	76,71
20	über	3.562,14	353,00	71,66	80,85
20	mit Krankengeld		370,00	71,66	80,85

Beitragsstaffeln der LKKn

371

Beiträge für Unternehmer in der LKK Schleswig-Holstein und Hamburg				
Beitrags- klasse	Arbeitsbedarf (in BER)	Monatlicher Beitrag in Euro		
		LKK	LPK Eltern	LPK Kinderlose
1	Kleinunternehmer	74,00	8,08	9,12
2	bis 15	75,00	8,19	9,24
3	bis 25	92,00	10,05	11,33
4	bis 35	105,00	11,47	12,94
5	bis 50	118,00	12,89	14,54
6	bis 65	130,00	14,20	16,02
7	bis 80	140,00	15,29	17,25
8	bis 100	151,00	16,49	18,60
9	bis 120	168,00	18,35	20,70
10	bis 150	185,00	20,20	22,79
11	bis 190	202,00	22,06	24,89
12	bis 240	218,00	23,81	26,86
13	bis 300	234,00	25,55	28,83
14	bis 375	256,00	27,96	31,54
15	bis 500	272,00	29,70	33,51
16	bis 700	287,00	31,34	35,36
17	bis 950	310,00	33,85	38,19
18	bis 1.200	332,00	36,25	40,90
19	bis 1.500	385,00	42,04	47,43
20	über 1.500	454,00	49,58	55,93

Beiträge für freiwillig Versicherte in der LKK Schleswig-Holstein und Hamburg				
Beitrags- klasse	Monatliche Einnahmen (in EUR)	Monatlicher Beitrag (in EUR)		
		zur LKK	zur LPK für	
			Eltern	Kinderlose
01	bis 842,49	96,00	16,38	18,48
02	bis 989,49	104,00	17,86	20,15
03	bis 1136,49	121,00	20,73	23,39
04	bis 1283,49	136,00	23,60	26,62
05	bis 1430,49	155,00	26,46	29,85
06	bis 1577,49	171,00	29,33	33,09
07	bis 1724,49	188,00	32,19	36,32
08	bis 1871,49	204,00	35,06	39,56
09	bis 2018,49	221,00	37,93	42,79
10	bis 2165,49	238,00	40,79	46,02
11	bis 2312,49	255,00	43,66	49,26
12	bis 2459,49	271,00	46,53	52,49
13	bis 2606,49	288,00	49,39	55,73
14	bis 2753,49	304,00	52,26	58,96
15	bis 2900,49	321,00	55,13	62,19
16	bis 3047,49	338,00	57,99	65,43
17	bis 3194,49	354,00	60,86	68,66
18	bis 3341,49	372,00	63,73	71,90
19	bis 3487,49	388,00	66,58	75,12
20	über 3487,49	400,00	71,66	80,85
20	mit Krankengeld	410,00	71,66	80,85

Beiträge für Unternehmer in der LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland					
Beitrags- klasse	Flächenwert nach AELV (in EUR ab in EUR bis)		Monatlicher Beitrag in Euro		
			LKK	LPK Eltern	LPK Kinderlose
1	Kleinunternehmer		74,00	8,05	9,20
2	0	2.556,00	75,00	8,16	9,32
3	2.556,01	7.669,00	170,00	18,50	21,13
4	7.669,01	15.339,00	175,00	19,04	21,75
5	15.339,01	20.452,00	185,00	20,13	23,00
6	20.452,01	25.565,00	204,00	22,20	25,36
7	25.565,01	28.121,00	230,00	25,02	28,59
8	28.121,01	30.678,00	248,00	26,98	30,83
9	30.678,01	33.234,00	274,00	29,81	34,06
10	33.234,01	35.790,00	293,00	31,88	36,42
11	35.790,01	40.903,00	318,00	34,60	39,53
12	40.903,01	46.016,00	328,00	35,69	40,77
13	46.016,01	51.129,00	338,00	36,77	42,01
14	51.129,01	61.355,00	352,00	38,30	43,75
15	61.355,01	71.581,00	363,00	39,49	45,12
16	71.581,01	81.807,00	377,00	41,02	46,86
17	81.807,01	97.145,00	392,00	42,65	48,37
18	97.145,01	112.484,00	407,00	44,28	50,59
19	112.484,01	127.823,00	421,00	45,80	52,33
20	127.823,01		455,00	49,50	56,56

Beiträge für freiwillig Versicherte in der LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland					
Beitrags- klasse	beitragspflichtige Einnahmen über bis (in EUR)		Monatlicher Beitrag in Euro		
			LKK	LPK Eltern	LPK Kinderlose
1	863,63		71,00	16,38	18,48
2	863,64	1.019,81	99,00	18,36	20,72
3	1.019,81	1.176,00	114,00	21,41	24,15
4	1.176,00	1.332,19	131,00	24,45	27,59
5	1.332,19	1.488,38	148,00	27,50	31,03
6	1.488,38	1.644,56	163,00	30,55	34,46
7	1.644,56	1.800,75	180,00	33,59	37,90
8	1.800,75	1.956,94	194,00	36,64	41,33
9	1.956,94	2.113,13	212,00	39,68	44,77
10	2.113,13	2.269,31	227,00	42,73	48,21
11	2.269,31	2.425,50	243,00	45,77	51,64
12	2.425,50	2.581,69	259,00	48,82	55,08
13	2.581,69	2.737,88	275,00	51,87	58,52
14	2.737,88	2.894,06	291,00	54,91	61,95
15	2.894,06	3.050,25	307,00	57,96	65,39
16	3.050,25	3.206,44	322,00	61,00	68,82
17	3.206,44	3.362,63	339,00	64,05	72,26
18	3.362,63	3.518,81	356,00	67,09	75,70
19	3.518,81		372,00	70,14	79,14
20	3.675,00		432,00	71,66	80,86

Beitragsstaffeln der LKKen

Daniel Kresser: Die Bedeutung der Form für Begriff und Rechtsfolgen des Verwaltungsakts, Frankfurt a.M., Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien, 2009. 347 S. Dresdner Schriften zum Öffentlichen Recht Bd. 8, Hrsg. von Jochen Rozek, ISBN 978-3-631-59060-7 br., € 52.80

Bei dem hier vorzustellenden Werk des 1975 geborenen und seit 2006 als Rechtsanwalt mit dem Schwerpunkt Öffentliches Recht tätigen Autors handelt es sich um eine 2007 von der Technischen Universität Dresden angenommene juristische Dissertation, in der eine ausgesprochene Merkwürdigkeit, nämlich die Rechtsfigur des „Verwaltungsakts kraft Form“ anhand der hierzu ergangenen Rechtsprechung untersucht wird. Wer allerdings bislang geglaubt hatte, es handele sich hier um ein rein theoretisches, völlig praxisfernes und allenfalls in abgehobenen verwaltungsrechtlichen Prüfungsklausuren auftauchendes Problem, wird gleich zu Beginn der Lektüre eines Besseren belehrt. Anhand zahlreicher Gerichtsentscheidungen und der Darstellung eines umfangreichen Meinungsspektrums in der Literatur gelingt es dem Autor, den Leser für ein Unterthema aus dem großen Komplex „VA“ zu interessieren, dessen stets wachsende Randausläufer selbst den Fachkundigen immer wieder in Erstaunen versetzen.

Bekanntlich gebietet es der Rechtsschutzgedanke, bestimmte behördliche Maßnahmen zuweilen ausschließlich aufgrund formeller Aspekte als Verwaltungsakte zu qualifizieren, obwohl die gesetzlichen Voraussetzungen dazu nicht erfüllt sind. Man denke beispielsweise an eine in äußere „VA-Form“ gekleidete Maßnahme ohne Regelungscharakter, an eine behördliche Regelung zivilrechtlicher Rechtsverhältnisse oder gar an eine abstrakt-generelle Regelung in Bescheidform. In Literatur und Rechtsprechung spricht man insoweit von Form-Verwaltungsakten (abzugrenzen von sog. Scheinverwaltungsakten¹), wobei die Terminologie keineswegs einheitlich ist. Das Bedürfnis nach einer solchen Fiktion resultiert aus der Tatsache, dass die fraglichen Maßnahmen äußerlich den Eindruck einer hoheitlichen Regelung erwecken, woraus wiederum gegenüber dem Bürger eine zumindest faktische Wirkung erwächst. Dieser Rechtsschein begründet i.d.R. ein Beseitigungsinteresse des Adressaten, dem dafür Rechtsschutzmöglichkeiten offen stehen müssen. Letztlich führt das zu dem Zwang, den VA-Begriff in einen verfahrens- und einen prozessrechtlichen Terminus zu unterteilen, was schon im Ansatz als äußerst fragwürdiges Unterfangen erscheinen muss. Nach h.M. wird der Form-VA als rechtswidrig erachtet und auf eine zulässige (!) Anfechtungsklage hin aufgehoben.

1 Vgl. dazu Blunk/Schroeder, JuS 2005, S. 602 ff.

Diesem Ergebnis stellt der Autor die Legaldefinition sowie die prozessualen und materiellen Rechtsfolgen des Verwaltungsakts gegenüber. Es folgt eine Untersuchung darüber, ob die Begriffsmerkmale des § 35 VwVfG (§ 31 SGB X) Raum für eine Berücksichtigung der Form eröffnen. In diesem Zusammenhang analysiert der Autor die Berechtigung des Verwaltungsakts kraft Form aufgrund des Rechtsschutzgedankens, des Vertrauensschutzes und der Handlungsformenlehre.

Mit seiner auf über 330 Seiten angelegten und mit über 1300 Fußnoten angereicherten Arbeit gelangt Kresser schließlich zu der Erkenntnis, dass die fälschliche Verwendung der VA-Form weder die Anwendung der materiellen noch der prozessualen Vorschriften über Verwaltungsakte zu begründen vermag. Vielmehr sei eine behördliche Maßnahme ungeachtet der Form zu beurteilen, woraus wiederum abzuleiten sei, dass allein die Verwendung der falschen Form nicht zur Fehlerhaftigkeit und Rechtswidrigkeit der behördlichen Maßnahme führe. Die rechtliche Beurteilung einer Maßnahme richte sich vielmehr weiterhin allein nach den Vorschriften und Grundsätzen, die für die jeweilige Art der Verwaltungshandlung gelten.

Bedeutung könne die fälschlicherweise gewählte VA-Form lediglich bei der Kostenentscheidung im Rechtsstreit haben, zumal die gegen den Form-VA eingelegte Anfechtungsklage nach der vom Verfasser vertretenen Auffassung grundsätzlich erfolglos bleiben muss. Trotz dieser Erfolglosigkeit könne aber von § 155 Abs. 4 VwGO (über § 197a Abs. 1 Satz 1, 3. Halbs. SGG auch im sozialgerichtlichen Verfahren anwendbar) Gebrauch gemacht und die Kostenlast der Behörde auferlegt werden, die den Kläger durch eine unrichtige Behelfsbelehrung zur Einlegung eines unstatthaften Rechtsbehelfs verleitet hat.

Kressers Arbeit wurde mit Sicherheit nicht zur Lösung brennender Praxisprobleme geschrieben, was sie aber mit den meisten Dissertationen gemein haben dürfte. Sie zu lesen lohnt gleichwohl, weil sie höchst interessante Aspekte im Kontext mit dem grundsätzlich bekannten Verwaltungsakt behan-

delt. Gerade weil sich die Arbeit über weite Strecken sehr intensiv mit den einzelnen Begriffsmerkmalen, ihren Abgrenzungen gegenüber anderen Handlungsformen und der prozessualen Bedeutung des Verwaltungsaktes befasst und dabei aktuelle Probleme der VA-Qualität praktisch umstrittener Maßnahmen erörtert (z.B. Qualität der behördlichen Aufrechnung), ist sie - alles in allem - als lohnenswerte verwaltungsrechtliche Lektüre und dogmatische Bereicherung zu erachten.

Verfasser:

Karl Friedrich Köhler

Verwaltungsseminar für landwirtschaftliche Sozialversicherung

Weißensteinstraße 70 - 72

34131 Kassel