

Inhalt 1/2002

FACHBEITRÄGE

Gerhard Sehnert

Beitragszuschuss in der Alterssicherung der Landwirte
Neuregelungen durch das Gesetz zur Organisationsreform in der
landwirtschaftlichen Sozialversicherung 7

Willi Siebert

Reform des Gesundheitswesens (Gesundheitsreform) 14

DOKUMENTATION

Dr. med. Friedrich Kruse

Erläuterungen zu den Heilmittel-Richtlinien des
Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen..... 41

Gemeinsame Grundsätze zur Beurteilung der Versicherungs-
pflicht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung von
mitarbeitenden Familienangehörigen in der Landwirtschaft 111

Dieter Böttger

Urteile des BSG zur Versicherungspflicht in der Alterssicherung
der Landwirte (AdL) mit Anmerkungen 114

Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen
und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zur
Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter
Gesundheitsgefahren 129

Lagebericht der Bundesregierung
über die Alterssicherung der Landwirte 132

BÜCHER

Jahrbuch des Sozialrechts 159

Heimgesetz (HeimG). Mit den amtlichen Begründungen. 159

Diese VO Handbuch 160

BÜCHER
BÜCHER

Gerhard Sehnert

Beitragszuschuss in der Alterssicherung der Landwirte

Neuregelungen durch das Gesetz zur Organisationsreform in der
landwirtschaftlichen Sozialversicherung

1. Vorab

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts¹, mit der der 10. Senat eine verfassungskonforme, eine Verletzung des Übermaßverbots vermeidende Auslegung der § 32 Abs. 4 und § 34 Abs. 4 ALG vorgenommen hat, hat den Gesetzgeber veranlasst, die Ruhensregelung des § 32 Abs. 4 Satz 1 ALG durch das Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVOrgG)² mit Wirkung vom 1. August 2001 zu streichen. Die Streichung der Regelung gilt jedoch nur für Einkommensteuerbescheide, die nach dem 31. Juli 2001 ausgefertigt wurden (Umkehrschluss aus § 107b ALG).³

Werden nach diesem Zeitpunkt ausgefertigte Einkommensteuerbescheide verspätet vorgelegt, hat dies im Endergebnis keine nachteiligen Auswirkungen für den Leistungsempfänger. Nur in den Fällen, in denen die landwirtschaftliche Alterskasse von der Tatsache der Ausfertigung eines neuen Einkommensteuerbescheides – unabhängig von der Vorlage desselben durch den Beitragszuschussempfänger – erfährt, ist sie nach § 34 Abs. 5 Satz 1 ALG gehalten, die Leistung zu entziehen. Legt der Versicherte daraufhin den neuen Einkommensteuerbescheid der landwirtschaftlichen Alterskasse vor, muss diese jedoch den Beitragszuschuss – einen weiterhin bestehenden Anspruch vorausgesetzt – rückwirkend auf der Grundlage des neuen Einkommensteuerbescheides feststellen. Dieses Verfahren ist dem in §§ 66 und 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) nachempfunden, bei dem der Berechtigte im Falle der Nachholung der Mitwirkungshandlung die Leistung in der Regel ebenfalls rückwirkend vollumfänglich erhält.⁴

Weil die Neuregelungen nur für Einkommensteuerbescheide Anwendung finden, die nach dem 31. Juli 2001 vom Finanzamt erlassen wurden, muss die landwirtschaftliche Alterskasse bei verspäteter Vorlage älterer Bescheide

1 Vgl. die grundlegenden Entscheidungen vom 17. August 2000 – B 10 LW 8/00 R und B 10 LW 11/00 R – Rdschr. AH 025/2000.

2 Gesetz vom 17. Juli 2001 (BGBl. I S. 1600).

3 Vgl. auch die nachfolgenden Ausführungen unter 3.

4 Vgl. Hauck in Hauck/Noftz, SGB I, K § 67 Rdnr. 3; Verbandskommentar § 67 SGB I Rdnr. 5.

weiterhin das Ruhen des Beitragszuschusses – unter Beachtung der verfassungskonformen Auslegung des Bundessozialgerichts – feststellen.

Erhalten geblieben ist die in § 32 Abs. 4 Satz 1 ALG geregelte Vorlagepflicht bezüglich aller Einkommensteuerbescheide.

2. Die Rechtsänderungen im Einzelnen

2.1 Zeitpunkt der Berücksichtigung eines neuen Einkommensteuerbescheides

2.1.1 Berücksichtigung eines aktuelleren Einkommensteuerbescheides

Nach dem neu gefassten § 32 Abs. 4 Satz 2 ALG sind Änderungen des Einkommens nicht mehr ab dem Folgemonat nach Vorlage des Einkommensteuerbescheides, sondern ab dem Beginn des dritten Kalendermonats nach dem Monat, in dem der betreffende Einkommensteuerbescheid ausfertigt wurde, zu berücksichtigen. Hierdurch folgt der Gesetzgeber (insoweit) der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das aus § 32 Abs. 4 Satz 2 ALG a. F. in Verbindung mit dem Rechtsgedanken des § 107a ALG die Zugrundelegung eines neuen Einkommensteuerbescheides ab dem Beginn des dritten Kalendermonats nach seiner Ausfertigung gefolgert hat. Der Zeitpunkt der Vorlage des Einkommensteuerbescheides – innerhalb oder außerhalb der 2-kalendermonatigen Vorlagefrist (§ 32 Abs. 4 Satz 1 ALG) – ändert hieran nichts.

2.1.2 Berücksichtigung eines Änderungsbescheides

Bereits nach dem bis zum 31. Juli 2001 geltenden Recht haben der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen und die landwirtschaftlichen Alterskassen die Auffassung vertreten, dass Einkommensteuerbescheide, die der Beitragszuschussbemessung zugrunde liegen und die vom Finanzamt geändert werden, Auswirkungen auf die Zuschussbemessung ab dem Zeitpunkt haben müssen, zu dem der ursprüngliche, nunmehr geänderte Einkommensteuerbescheid maßgebend war.

Diese Rechtsauffassung wurde nunmehr durch das Einfügen eines neuen Satzes 3 in § 32 Abs. 4 ALG abgesichert.⁵ Danach sind Einkommensteuerbescheide, die dem Zuschuss zum Beitrag zugrunde gelegte Ein-

5 Dass es dieser Klarstellung und damit der Bestätigung der bisherigen Rechtsauffassung (vgl. Rdschr. Nr. 101/1997 des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen) bedurfte, verdeutlichen die Urteile des Bundessozialgerichts vom 6. Februar 2001 – B 10 LW 11/99 R und B 10 LW 19/00 R – (siehe Rdschr. AH 033/2001 des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen).

kommensteuerbescheide ändern, mit Wirkung für die Vergangenheit zugrunde zu legen. Wie die amtliche Begründung zu § 32 ALG klarstellt⁶, sind daher Änderungssteuerbescheide ab dem gleichen Zeitpunkt maßgebend, zu dem der früher ergangene Einkommensteuerbescheid für die Zuschussfestsetzung berücksichtigt wurde. Hierdurch sollen einerseits ungerechtfertigte Vorteile in solchen Fällen verhindert werden, in denen der Beitragszuschussempfänger falsche Angaben gegenüber den Finanzbehörden gemacht hat und andererseits ungerechtfertigte Nachteile in Sachverhalten vermieden werden, in denen die Steuerfestsetzung rechtswidrig gewesen ist.

Flankiert wird diese Regelung durch das Anfügen eines Satzes 2 in § 34 Abs. 4 ALG. Diese Vorschrift gestattet als *lex specialis* gegenüber §§ 44 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) die rückwirkende Aufhebung des Zuschussbewilligungsbescheides. Dieser kann nunmehr kraft ausdrücklicher Regelung ab dem Zeitpunkt aufgehoben werden, von dem an der Änderungssteuerbescheid für die Zuschussbemessung maßgebend ist.

2.2 Rechtsfolgen einer verspäteten Vorlage eines Einkommensteuerbescheides

2.2.1 Entzug des Beitragszuschusses

Wird ein neuer Einkommensteuerbescheid nicht innerhalb der in § 32 Abs. 4 Satz 1 ALG genannten 2-kalendermonatigen Frist der landwirtschaftlichen Alterskasse vorgelegt, muss diese den Beitragszuschuss vom Beginn des Kalendermonats an entziehen, der dem Monat folgt, in dem die landwirtschaftliche Alterskasse von der Tatsache der Ausfertigung eines neuen Einkommensteuerbescheides Kenntnis erlangt hat, frühestens jedoch nach Ablauf der 2-kalendermonatigen Vorlagefrist des § 32 Abs. 4 Satz 1 ALG.

Weil die Möglichkeiten der landwirtschaftlichen Alterskassen Kenntnis von der Tatsache der Ausfertigung eines neuen Einkommensteuerbescheides zu erlangen, begrenzt sind, hat ihnen der Gesetzgeber mit § 61a ALG die Befugnis gegeben, Personen, die einen Beitragszuschuss erhalten, regelmäßig im Wege eines automatisierten Datenabgleichs mit den Finanzbehörden daraufhin zu überprüfen, ob und wann ein Einkommensteuerbescheid ausgefertigt wurde. Erst dieser automatisierte Datenabgleich wird dazu führen, dass die landwirtschaftlichen Alterskassen zeitnah über die Tatsache der Ausfertigung eines neuen Einkommensteuerbescheides seitens der Finanzbehörden in-

6 Vgl. BR-Drucks. 133/01 S. 33.

formiert werden. Deshalb wird erst mit dem In-Kraft-Treten der das Nähere regelnden Rechtsverordnung zu § 61a ALG die Sanktion des Entzugs des Beitragszuschusses nach § 34 Abs. 5 Satz 1 ALG bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Einkommensteuerbescheides greifen können.⁷ Durch den in den entsprechenden Konstellationen vorgesehenen Entzug des Beitragszuschusses sollen zum einen Überzahlungen ausgeschlossen und zum anderen verwaltungsaufwändige Rückforderungen vermieden werden.⁸

Wie oben bereits erwähnt, ist die Regelung § 66 Abs. 1 SGB I nachempfunden. Im Gegensatz zu dieser Vorschrift wird der landwirtschaftlichen Alterskasse jedoch kein Ermessen eingeräumt. Sie muss daher den Beitragszuschuss bei nicht rechtzeitiger Vorlage ohne weiteres entziehen. Da eine nicht fristgerechte Vorlage eines Einkommensteuerbescheides grundsätzlich eine Verletzung der dem Beitragszuschussempfänger obliegenden Vorlagepflicht (§ 32 Abs. 4 Satz 1 ALG) darstellt, ist die landwirtschaftliche Alterskasse nicht verpflichtet, den Zuschussempfänger (unterstellt, die Alterskasse erfährt von der Ausfertigung eines neuen Einkommensteuerbescheides bereits innerhalb der 2-kalendermonatigen Vorlagefrist) auf den Ablauf der Vorlagefrist hinzuweisen, vgl. § 34 Abs. 5 Satz 2 ALG.

Ebenfalls ist sie nicht gehalten, eine Anhörung vor Entzug der Leistung durchzuführen (§ 34 Abs. 5 Satz 2 ALG). Dieses Vorgehen hält der Gesetzgeber zum einen im Hinblick auf die deutlichen Hinweise, die die Alterskassen den Zuschussempfängern hinsichtlich der Vorlageverpflichtung erteilen, für gerechtfertigt. Zum anderen können Gesichtspunkte, die beispielsweise eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 27 SGB X gestatten, nach Auffassung des Gesetzgebers auch im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens gegen den Entziehungsbescheid geltend gemacht werden.

Nicht zuletzt aber auch im Hinblick auf die Deckelung der Verwaltungskosten (§§ 80, 119a ALG) hat der Gesetzgeber die Alterskassen mit § 34 Abs. 5 Satz 2 ALG von einer Hinweis- und Anhörungspflicht freigestellt.

Weil die landwirtschaftlichen Alterskassen im Falle der Nachholung der Mitwirkungshandlung den neuen Einkommensteuerbescheid nach § 32 Abs. 4 Satz 2 ALG rückwirkend berücksichtigen müssen (so ausdrücklich § 34 Abs. 5 Satz 3 ALG), hat der Versicherte – bei weiterem Anspruch auf Beitragszu-

7 Die derzeit im Entwurf vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorgelegte Alterssicherung der Landwirte — Datenabgleichsverordnung (AdL DAV) sieht als ersten Monat, zu dem der Datenabgleich beginnen soll, den 1. Januar 2003 vor.

8 Vgl. BR-Drucks. 133/01 S. 33

zuschuss – letztlich neben einem eventuellen Zinsschaden nur den Nachteil zu tragen, dass ihm vorübergehend die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkungshandlung nicht erbracht wird.

2.2.2 Rückwirkende Feststellung des Beitragszuschusses

In Abweichung von § 67 SGB I ist die Alterskasse nach § 34 Abs. 5 Satz 3 ALG verpflichtet, im Falle der Nachholung der Mitwirkungshandlung den Beitragszuschuss auf der Grundlage des neuen Einkommensteuerbescheides rückwirkend festzustellen; Ermessenserwägungen darf sie in Anbetracht des eindeutigen Wortlauts hierbei nicht treffen.

Der Gesetzeswortlaut erwähnt nur den Fall, dass der Versicherte auch auf der Grundlage des neuen Einkommensteuerbescheides weiterhin Anspruch auf Beitragszuschuss hat. In diesem Fall ist der Beitragszuschuss auf der Basis des aktuellen Einkommensteuerbescheides entsprechend § 32 Abs. 4 Satz 2 ALG ab Beginn des dritten Kalendermonats nach dem Monat der Ausfertigung des aktuellen Einkommensteuerbescheides in neuer Höhe zu leisten.

Überschreitet jedoch das Einkommen, das nach dem neuen Einkommensteuerbescheid für die Zuschussbemessung maßgebend ist, die Einkommensgrenze des § 32 Abs. 1 ALG und war der Beitragszuschuss erst ab einem Zeitpunkt nach dem dritten Kalendermonat nach Ausfertigung des verspätet vorgelegten Einkommensteuerbescheides entzogen worden, dann muss der Beitragszuschuss nach § 34 Abs. 4 Satz 1 ALG nunmehr mit Wirkung vom Beginn des dritten Kalendermonats nach der Ausfertigung entzogen werden. In diesem Fall erledigt sich der gegebenenfalls zuvor erlassene Entziehungsbescheid nach § 34 Abs. 5 Satz 1 ALG auf sonstige Weise (vgl. § 38 Abs. 2 SGB X).

Konnte die landwirtschaftliche Alterskasse den Beitragszuschuss erst ab einem Zeitpunkt nach dem dritten Kalendermonat nach Ausfertigung des Einkommensteuerbescheides entziehen, ist sie gehalten, die Vorlage des Einkommensteuerbescheides gegebenenfalls zu erzwingen, weil sie ohne Kenntnis der in diesem Bescheid enthaltenen Einkommensdaten nicht entscheiden kann, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe seit dem dritten Kalendermonat nach seiner Ausfertigung noch ein Anspruch auf Beitragszuschuss besteht.

§ 34 Abs. 5 ALG ist auch einschlägig, wenn Änderungssteuerbescheide nicht vorgelegt werden. Im Falle der Nachholung der Mitwirkungshandlung sind diese jedoch nicht ab dem Beginn des dritten Kalendermonats nach ihrer Ausfertigung, sondern gemäß § 32 Abs. 4 Satz 3 ALG ab dem Zeitpunkt

zu berücksichtigen, zu dem der ursprüngliche, zwischenzeitlich geänderte Einkommensteuerbescheid maßgebend war.

3. Einkommensteuerbescheide, die vor dem 1. August 2001 ausgefertigt wurden

Nach § 107b ALG sind § 32 Abs. 4 und § 34 Abs. 5 ALG in ihrer ab dem 1. August 2001 geltenden Fassung nur dann anzuwenden, wenn der Einkommensteuerbescheid nach dem 31. Juli 2001 ausgefertigt wurde. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass für vor diesem Zeitpunkt ausgefertigte Einkommensteuerbescheide das bis dahin geltende Recht maßgebend bleibt. Ausweislich der amtlichen Begründung zu § 107b ALG⁹ soll durch die Regelung vermieden werden, dass bereits entschiedene Fälle nochmals von den landwirtschaftlichen Alterskassen aufgegriffen werden müssen.

Vor dem 1. August 2001 ausgefertigte Einkommensteuerbescheide bewirken daher bei nicht fristgerechter Vorlage (vgl. § 32 Abs. 4 Satz 1 ALG a. F.) das Ruhen des Beitragszuschusses. Bei nicht fristgerechter Vorlage eines solchen Einkommensteuerbescheides ruht der Beitragszuschuss unter Beachtung der verfassungskonformen Auslegung des Bundessozialgerichts zu § 32 Abs. 4 Satz 1 ALG a. F. Der Ruhenszeitraum kann sich – bei entsprechend später Vorlage — auch auf Zeiten nach dem 31. Juli 2001 erstrecken.

4. Ausblick

Die vom Gesetzgeber mit dem LSVOrgG vorgenommene Vereinfachung des Verfahrens im Falle einer verspäteten Vorlage eines neuen Einkommensteuerbescheides ist zu begrüßen. Die bisherige Ruhensregelung bei verspäteter Vorlage eines Einkommensteuerbescheides hat in Anbetracht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dazu geführt, dass die landwirtschaftlichen Alterskassen in diesen Sachverhalten regelmäßig weitergehende Sachverhaltsaufklärung betreiben mussten, was einen deutlich höheren Verwaltungsaufwand zur Folge hatte. Dies war im Hinblick auf die vergleichsweise geringe Höhe der Leistung Beitragszuschuss und vor dem Hintergrund der Verwaltungskostendeckelung auf Dauer nicht länger hinnehmbar.

9 Vgl. BR-Drucks. 133/01 S. 46.

Allerdings wird, wie oben bereits erwähnt, erst das In-Kraft-Treten der den automatisierten Datenabgleich regelnden Rechtsverordnung (vgl. § 61a ALG) dazu führen, dass das Anliegen des Gesetzgebers, Überzahlungen des Beitragszuschusses möglichst zu vermeiden, realisiert werden kann.

Verfasser:

Gerhard Sehnert

Herkulesstr. 5

34270 Schauenburg

Reform des Gesundheitswesens (Gesundheitsreform)**I n h a l t**

1. Einführung
2. Versuch der Kostenreduzierung und Qualitätssicherung am
Beispiel verordnungsfähiger Arzneimittel
 - 2.1 Kostenreduzierung
 - 2.2 Positivliste
 - 2.3 Versandhandel von Medikamenten
3. Elektronische Speicherung von Patientendaten
 - 3.1 Medikamenten-Pass
 - 3.2 Elektronisches Rezept
 - 3.3 Patienten-Pass
4. Umstellung des Krankenhausvergütungssystems
5. Entlastung von versicherungsfremden Leistungen
6. Vermeidung unwirksamer und nicht notwendiger
Leistungen
7. Stärkung des Wettbewerbs
8. Abbau von Überkapazitäten
9. Mitfinanzierung der Ausgaben über den Staatshaushalt
10. Beendigung von Finanzverschiebungen durch den
Gesetzgeber
11. Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage
 - 11.1 Einbeziehung anderer Einkommensarten
 - 11.2 Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
 - 11.3 Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze
 - 11.4 Einbeziehung Selbstständiger und Beamter
12. Grund- und Wahlleistungen
13. Ausbau der Prävention
14. Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten durch
finanzielle Anreize
15. „Einkaufsmodell“ der Krankenkassen
16. Disease-Management-Programme, Risikopool
17. Einberufung eines „Runden Tisches“
18. Fazit

1. Einführung

Das sehr komplexe Thema betrifft alle Bereiche der Krankenversicherung und darüber hinaus, wegen der Überlegungen einer geänderten Finanzierung und der Einbeziehung weiterer Personengruppen in das System, die Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Die folgenden Ausführungen orientieren sich an den zurzeit, d.h., in den letzten Monaten diskutierten Reformüberlegungen - **Stand: Januar 2002** -. Es können natürlich keine gesicherten Prognosen für eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung außer der abgegeben werden, dass es vor der Wahl am 22.09.2002 keine umfassende Gesundheitsreform geben wird. Es bleibt also noch reichlich Zeit für eine weiterführende Auseinandersetzung mit dem Thema. Nur, neue, noch nicht bekannte Vorschläge für eine Reform des Gesundheitswesens dürfte es kaum geben. Dabei überrascht es, dass dem Europarecht und der bevorstehenden Öffnung der EG zum Osten hin, in der Diskussion wenig Raum eingeräumt wird.

Das Problem ist bekannt, das deutsche Gesundheitssystem ist zu teuer und zu wenig effektiv. So stellt die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) dem deutschen Gesundheitswesen ein eher mäßiges Zeugnis aus: „Durchschnittlich gut, aber überdurchschnittlich teuer.“ Viele der Probleme sind bekannt und es mangelt nicht an Vorschlägen, wie dem Patient Gesundheitswesen geholfen werden kann.

Dass es mit dem deutschen Gesundheitswesen nicht zum Besten bestellt ist, bestätigt auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Gutachten von Ende August 2001. Die Studie, Teil III, beschäftigt sich mit der Über-, Unter- und Fehlversorgung. In ihr werden zahlreiche Beispiele für Unter-, aber auch für Überversorgung aufgelistet. Beispiel Rückenleiden: Diese insgesamt teuerste Krankheit in Deutschland weist beide Symptome auf. Nach Auffassung der Sachverständigen würden bei Rückenleiden zu viele Diagnosen und Röntgenbilder gemacht, zu oft Bandscheiben operiert. Zugleich gäbe es eine deutliche Unterversorgung mit sekundär/tertiär-präventiven Rückenschulen. Neben Rückenleiden haben die Experten im Auftrag der Bundesregierung u.a. die Behandlung von Krebserkrankungen, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen und Depressionen untersucht. Mit Rückenleiden zusammen verursachen diese Volkskrankheiten nahezu zwei Drittel der Kosten im Gesundheitswesen. Fast überall stießen die Fachleute auf unnütze und übertriebene Behandlungen, aber auch auf gefährliche Unterversorgung, vor allem bei Patienten, die an mehr als einer Krankheit leiden. Das deutsche Gesundheitssystem, so lautet die Schlussfolgerung des Sachverständigenrates, leistet nicht, was es leisten könnte.

Das Dilemma wird signifikant deutlich, wenn man sich die Schlagzeilen eines einzigen Tages (31.08.2001) als Reaktion auf die Vorstellung des Sachverständigengutachtens anschaut: „Ulla Schmidt weiß kein Rezept“ (Frankfurter Rundschau), „Sachverständige legen Finger in die Wunde“ (Frankfurter Rundschau), „Note 5 für das Gesundheitswesen“ (Rheinische Post), „Mieses Zeugnis, Mängelliste der Sachverständigen, unnütze Behandlungen, falsche Diagnosen“ (Rheinische Post), „Krebskranke sind schlecht versorgt“ (Stuttgarter Zeitung), „Ein niederschmetternder Bericht“ (Kölner Stadtanzeiger), „Keine Heilung für das Gesundheitswesen“ (Handelsblatt), „Diagnose: Mangelhaft“ (Der Tagesspiegel), „Es fehlt der Mut“ (Westdeutsche Allgemeine Zeitung), „Teures Nichtstun“ (Bonner Rundschau), „Ministerin ohne Rezept“ (Rheinische Zeitung), „Gesundheitssystem hängt am Tropf“ (Rhein-Zeitung); die Liste der Zitate ließe sich beliebig fortsetzen. Darüber hinaus widmete dem Problem nahezu jede der genannten Zeitungen einen weiteren Artikel und einen Kommentar. Demgegenüber mag es überraschen, dass nach einer im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführten Umfrage des Forsa-Instituts (Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen) von Ende 2001 sich über zwei Drittel der Befragten positiv und nur 15 % negativ über das derzeitige Gesundheitssystem äußerten.

Nähert man sich dem Thema „Reform des Gesundheitswesens“, ist zu unterscheiden zwischen den unterschiedlichsten Ansätzen, die einzeln oder nebeneinander diskutiert werden. Z.B.: Kostendämpfende Maßnahmen, Qualitätssteigerung, Verbreiterung des Finanzierungsrahmens, Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen oder Staatszuschüsse in Höhe der Aufwendungen für diese Leistungen, um nur einige Aspekte zu nennen. Daneben lässt sich zwischen der Umsetzung der durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 bereits beschlossenen Reformen und der weitergehenden politischen Forderung nach einem Gesamtkonzept für eine umfassende Gesundheitsreform differenzieren. In diesem Rahmen können nicht alle Reformüberlegungen angesprochen werden, sodass die Ausführungen exemplarisch bleiben müssen.

2. Versuch der Kostenreduzierung und Qualitätssteigerung am Beispiel verordnungsfähiger Arzneimittel

2.1 Kostenreduzierung

Die Kosten für Arzneimittel explodieren. Von dem voraussichtlichen Defizit der GKV im Jahr 2001 in Höhe von mehr als 4 Mrd. DM entfallen ca. 2,5 Mrd. DM (rd. 1,3 Mrd. Euro) auf den Arzneimittelsektor. Die Kassenseite macht dafür die Ärzte verantwortlich, die nach ihrer Auffassung weniger verantwortungsvoll verordnen, seitdem die Abschaffung der Budgets angekündigt worden war und mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz - ABAG vom 19.12.2001

realisiert wurde. Nach Auffassung der Krankenkassen war es ein politischer Fehler, die Abschaffung der Budgets ab 01.01.2002 anzukündigen ohne Alternativen zu schaffen. Die Ärzteseite weist die Vorwürfe zurück und hält dagegen, dass bisher nicht so viel verschrieben werden konnte, wie notwendig war. Sie verordneten jetzt moderne Medikamente, die teurer sind. Das sei aber nicht unwirtschaftlich, sondern eine normale Reaktion auf das Ende einer Preisstopppolitik. Es wird ausgeschlossen, dass einzelne Ärzte über das Ziel hinausschießen. So wird seitens der Ärzteschaft auch darauf hingewiesen, dass in fast allen Industriestaaten als Folge von Innovationen mit hohem therapeutischen Nutzen die Arzneimittelausgaben in zweistelligen Prozentsätzen steigen.

Die Budgets werden durch die Vereinbarung regionaler Ausgabevolumina abgelöst, wobei auf Bundesebene Rahmenvorgaben für das jeweils folgende Kalenderjahr zu vereinbaren sind. Die Spitzenverbände der GKV halten diese Regelungen für unzureichend, weil keinerlei Sanktionsmöglichkeiten bei Überschreiten der Vorgaben vorgesehen sind.

Weitere Maßnahmen zur Senkung der Arzneimittelausgaben enthält das Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz - AABG mit folgenden Maßnahmen:

- Apotheker sollen in der Regel bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln das preisgünstigste auswählen (Aut-idem-Regelung),
- Erhöhung des Apothekenrabatts,
- Erweiterung der Vorgaben für Empfehlungen des Bundesausschusses zur Analogpräparaten,
- Einmalzahlung der Arzneimittelhersteller in Höhe von 204,5 Mio. Euro anstelle der zunächst vorgesehenen Preissenkung für verschreibungspflichtige Arzneimittel,
- Vorgabe für die Arzneimittelpflicht des Krankenhauses zur Angabe der Wirkstoffbezeichnung.

Die Bundesregierung erhofft sich von dem Sparpaket eine Entlastung um 1,3 Mrd. Euro. Die GKV ist insbesondere über den „Ablasshandel“ mit den forschenden Arzneimittelherstellern enttäuscht. Der ursprünglich geplante zweijährige Preisabschlag von 4 % hätte mehr als doppelt so hohe Einsparungen erbracht.

2.2 Positivliste

Auf Grund des Gesundheitsreformgesetzes 2000 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel, die sog. *Positiv-Liste* zu erlassen. Bekanntlich war ein

solches Projekt unter der Vorgängerregierung von dem damaligen Minister Seehofer, CSU, öffentlich „begraben“ worden. Auch heute ist die Positiv-Liste sehr umstritten. Die Befürworter erwarten Licht im Dschungel des Arzneimittelmarktes. Erfahrungen in anderen westlichen Ländern zeigten, dass mit einem Bruchteil der in Deutschland auf dem Markt befindlichen und auch verschriebenen Arzneien eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden könne. Die Ärzte bedürften einer objektiven Hilfe. Heute seien sie der Lobby der Pharmaindustrie ausgeliefert, die zudem als „Weiterbildung“ getarnte Lustreisen den Ärzten kostenlos offerierten. Nach dem kürzlich veröffentlichten Arzneiverordnungs-Report 2001 ließen sich bei optimaler Verschreibungspraxis jährlich ca. 8 Mrd. DM (ca. 4,1 Mrd. Euro) einsparen.

Die FDP will gleichwohl die Einführung der Liste verhindern und die gesetzlichen Grundlagen abschaffen. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, SPD, will die Positivliste erst 2003, einige ihrer Parteifreunde dagegen schon im Jahr 2002 präsentieren. Auch die Frage, inwieweit sich über eine solche Positiv-Liste Einsparungen erzielen lassen, ist umstritten. Der Gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion Dieter Thomae meint hierzu in einem Gespräch mit der BZ (vom 13.08.2001), es sei eine Illusion, dass mit der Positiv-Liste Geld gespart werden könne. Wahrscheinlich werde die Versorgung mit Arzneimitteln sogar teurer. Dies wird damit begründet, dass viele heute verschriebene Mittel, die im Niedrigpreissegment angesiedelt sind, sich nicht in der Liste wiederfinden, weil ihre Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist. Experten erwarten, dass an Stelle dieser Arzneien in der Liste befindliche teurere Ersatzmittel verschrieben werden. Keinesfalls würde eine Verschreibung unterbleiben; die Patienten bestehen auf „ihre“ Arznei. Die Positiv-Liste bedeute zudem, so ihre Gegner, eine Einschränkung der Therapiefreiheit und eine Verhinderung von Therapiemöglichkeiten.

2.3 Versandhandel von Medikamenten

Angesichts des Ausgabenschubs bei Arzneien fordern die Krankenkassen, umgehend den Versandhandel von Medikamenten zu erlauben. In einer gemeinsamen Erklärung vom 12.11.2001 machen sie deutlich, dass sie in Versandapotheken eine sichere, servicefreundliche und zugleich kostengünstige Alternative für den Bezug von Arzneimitteln sehen. Die Lieferung von Arzneimitteln dem Patienten direkt nach Hause sei besonders für chronisch Kranke, bewegungseingeschränkte und berufstätige Personen von Vorteil.

In anderen Ländern ist der Versand von Arzneimitteln bereits rechtlich möglich und gewinnt zunehmend an Bedeutung. Versandapotheken in den Niederlanden und der Schweiz stellen unter Beweis, dass Qualität und Sicherheit der Arzneimittel-Versorgung im Wege des Versands gewährleistet werden können. Kompetente Betreuung und Beratung werden durch rund um

die Uhr ansprechbares Fachpersonal mit modernen Kommunikationsmedien sichergestellt. Die positiven Erfahrungen im Ausland müssten auch bei uns genutzt werden. Das erst 1998 eingeführte Versandhandelsverbot verschließt den gesetzlichen Krankenkassen auch die erwartete Einsparmöglichkeit von rund 0,5 Mrd. Euro. Darüber hinaus bleibt abzuwarten, ob das Versandhandelsverbot einer europarechtlichen Prüfung standhalten wird.

3. Elektronische Speicherung von Patientendaten

Zur Steigerung der Qualität der Behandlung, Vermeidung von Doppelleistungen und letztlich zur Kosteneinsparung wird darüber nachgedacht, ob und ggf. wie Diagnosen, Therapien und die Verordnung von Arzneimitteln elektronisch erfasst werden können.

3.1 Medikamenten-Pass

Im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln plante die Gesundheitsministerin Schmidt zunächst, einen sog. „*Medikamenten-Pass*“ einzuführen. Auf dieser Chip-Karte sollten möglichst sämtliche Arzneien gespeichert werden, die ein Kranker einnimmt. Die Karte sollte beim Patienten bleiben, der sie ggf. mitzuführen hat. Die Krankenkassen lehnten die Einführung eines solchen Arzneimittel-Passes ab. Er führe weder zu einer qualitativ besseren Arzneimitteltherapie noch werde der Patient zuverlässig vor schlechten Arzneimitteln geschützt und es können auch keine gefährlichen Wechsel-/Nebenwirkungen der Medikamente entdeckt werden.

3.2 Elektronisches Rezept

Die Krankenkassen fordern stattdessen die Einführung des „*Elektronischen Rezepts*“. Damit sollen die Papierrezepte abgelöst werden. Bei dem Elektronischen Rezept wird die Arzneimittelverordnung des Arztes direkt auf einem entsprechend datengeschützten Gesundheitsserver hinterlegt. Der Patient ermächtigt dann den Apotheker durch Geheimnummer, das Rezept auf dem Server abzurufen. Auf diese Weise können auch Verordnungen im Krankenhaus erfasst werden. Entstehe der Verdacht, dass es bei einem Präparat auffällig oft zu unerwünschten Nebenwirkungen kommt, könnten die Ärzte der Patienten sofort informiert werden.

Auch hier stehen wir erst am Beginn einer umfassenden Telematik-Lösung im Gesundheitswesen. Ein ganzheitlicher Ansatz muss nach Auffassung der Spitzenverbände der GKV auch eine Arzneimitteldatenbank, die elektronische Patientenakte und den digitalen Arztbrief umfassen. Ziel muss es sein, den Informationsaustausch im Interesse aller Beteiligten, insbesondere aber der Patienten, effektiver zu gestalten. Insoweit gilt es, eine Akzeptanz bei

den Patienten herbeizuführen, damit durch entsprechende Mitwirkung eine lückenlose Erfassung der Daten möglich wird.

3.3 Patienten-Pass

Inzwischen rückt die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt von ihren früheren Vorschlägen ab und will weitergehend einen elektronischen „*Patienten-Pass*“ einführen. Dieser soll für alle Versicherten der GKV umfassend und verbindlich werden. Sämtliche Patientendaten sollen zentral gespeichert werden und zum Abgleich zwischen behandelnden Ärzten dienen. Technisch wäre der Gesundheitspass eine Erweiterung der heute gebräuchlichen Versichertenkarten. Ein integrierter Chip speichert Diagnosen und Therapien. Damit können Ärzte und Versicherte einen Überblick über den Gesundheitszustand erhalten und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Dem Datenschutz soll Rechnung getragen werden, indem allein der Patient über den Pass verfügen soll und darüber entscheidet, ob er den elektronischen Pass verwendet und welche Daten darauf gespeichert werden. Dies birgt allerdings die Gefahr unvollständiger Angaben mit den daraus resultierenden Konsequenzen.

4. Umstellung des Krankenhausvergütungssystems

Mit über 50 Mrd. Euro pro Jahr steht der Krankenhaussektor für den weitaus größten Ausgabenblock der Krankenkassen. Zurzeit bemisst sich die Vergütung der Krankenhäuser für rund vier Fünftel der Fälle nach der Dauer der stationären Behandlung und liefert damit kaum Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit.

Gem. § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) soll für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, ein durchgängiges leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt werden. Nach der Vorgabe des Gesetzes haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem vereinbart, welches sich an dem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert. Insoweit wird für das deutsche DRG-System das australische zu Grunde gelegt.

Der Bundestag hat das Fallpauschalengesetz am 14.12.2001 gegen die Stimmen der Opposition verabschiedet. Danach wird das DRG-Fallpauschalensystem ab 01.01.2003 als Option für die Krankenhäuser eingeführt. Die verpflichtende Einführung für alle Krankenhäuser soll zum 01.01.2004 erfolgen. Es ist insoweit vorgesehen, dass die Vertragspartner für die Anwendung im Jahr 2003 einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog auf der Grundlage des

von ihnen ausgewählten australischen Katalogs vereinbaren. Die hilfsweise Nutzung der australischen Bewertungsrelationen soll Hindernisse für eine zügige und sachgerechte Kalkulation in der Anfangsphase aufheben. Krankenhäuser haben einen Anspruch auf Einführung des Fallpauschalenkatalogs ab 01.01.2003, wenn mindestens 90 v.H. des Gesamtbetrags - nach gesetzlich geregelten Bereinigungen - mit Fallpauschalen abgerechnet werden kann. Nach der Vorgabe des Gesetzentwurfs (§ 17 b Abs. 4 KHG) ist das Vergütungssystem für das Jahr 2003 budgetneutral umzusetzen.

Der Bundesrat hat sich im zweiten Durchgang am 01.02.2002 mit dem Fallpauschalengesetz befasst und das Gesetz wegen der erheblichen Auswirkungen auf die Krankenhausplanung gestoppt.

Wie nicht anders zu erwarten, löste der Gesetzentwurf unterschiedliche Reaktionen der betroffenen Krankenkassen, der DKG und der Länder aus. Nicht nur vorgesehene Regelungen als solche wurden heftig kritisiert, sondern je nach Position der Krankenhäuser und der Krankenkassen ergaben sich auch unterschiedliche Einschätzungen einzelner Regelungen.

Nach Auffassung der gesetzlichen Krankenversicherung wird die beabsichtigte Wirkung der grundsätzlich von den Spitzenverbänden der Krankenkassen befürworteten Einführung eines kompletten leistungsorientierten Entgeltsystems (DRG), nämlich durch mehr Effizienz und mehr Effektivität im Krankenhaussektor Ausgabenrückgänge zu erzielen, durch die Regelungen des Gesetzentwurfs konterkariert. Gründe hierfür sind zum einen die verstärkte Möglichkeit, Teile des Leistungsspektrums aus der DRG-Vergütung auszugliedern und auf Selbstverwaltungsebene individuell zu verhandeln. Während die Krankenkassen - mit Ausnahme der Psychiatrie - eine komplette Abbildung des Leistungsspektrums über DRG's anstreben, fordert die DKG eine unbefristete Öffnungsklausel auch über das Jahr 2004 hinaus, um insbesondere eine krankenhaushausindividuelle Vergütung auch für seltene Erkrankungen, Spezialfälle und Problembereiche des DRG-Systems zu ermöglichen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen vermissen insbesondere Regelungen zur Beitragssatzstabilität. Nach Prognosen der Spitzenverbände der Krankenkassen muss mit Ausgabenzuwächsen von mehr als 5 % der Krankenhausaussgaben, d.h. jährlich ca. 2,5 Mrd. Euro gerechnet werden, da der Gesetzentwurf nur unzureichende Regelungen zur Mengensteuerung vorsieht. Deshalb ist auch mit einem stärkeren Anstieg der Fallzahlen zu rechnen. Wirksame Instrumente, der Fallzahlenentwicklung entgegenzuwirken, wie z.B. ein durchgängiges Prüfrecht des Medizinischen Dienstes oder ein regelgebundenes Verfahren zur Fortschreibung der Fallwerte, fehlen völlig.

Nach Auffassung der Spitzenverbände werde die Grundidee des von der Rot-Grünen-Koalition 1999 beschlossenen Umstiegs auf leistungsorientierte

Entgelte im Krankenhausbereich, nämlich durch Transparenz und Vergleichbarkeit Leistungsstrukturen zu korrigieren und Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, nicht erreicht. Grundsätzlich sollte für eine leistungsgerechte Vergütung das Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ gelten. Dies bedeutet, dass die Fallpauschalen verschiedener Krankenhäuser einheitlich und unabhängig von der Kostensituation vergütet werden müssen. Ungeachtet dessen können nach Auffassung der GKV die erwünschten Effekte des DRG-Systems nur eintreten, wenn Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Kassen unterhalb des landesweit gültigen Basisfallwerts kassenspezifisch abgeschlossen werden können. Dies versetzt innovative Krankenhäuser in die Lage, durch attraktive Preisgestaltung wachsende Mengenanteile mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Darüber hinaus gibt es den Krankenkassen einen Anreiz zur Sicherung der Beitragsatzstabilität bzw. eine wettbewerbsgerechte Möglichkeit, die Leistungen für ihre Versicherten zu marktorientierten Preisen einzukaufen. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf wird dies deshalb explizit ausgeschlossen, da Krankenhausvergleiche ausgesetzt werden und ein Festpreis- statt eines Höchstpreissystems vorgesehen ist.

Erste Erfahrungen in Österreich mit dem DRG-System scheinen die Befürchtungen der Krankenkassen zu bestätigen. Das österreichische Fallgruppenpauschalensystem ist zwar nicht identisch mit dem deutschen, beruht aber auf der gleichen Grundlage, nämlich dem australischen DRG-System. Die Erfahrungen in Österreich basieren auf den Auswertungen der Erfahrungen in 22 Krankenhäusern in den Jahren 1994 bis 1998. Danach ist die Verweildauer in den Kliniken kräftig gesunken, weil die Krankenhäuser wegen der Pauschale ihre Patienten sehr früh aus der stationären Behandlung entlassen. Gleichzeitig stieg die Zahl der Krankenhausaufenthalte beachtlich an. Die Logik ist einfach zu verstehen: Ein neuer Patient bringt eine Pauschale und damit Geld, ein zusätzlicher Verweildauertag jedoch nicht. Hinzu kommt: Nicht ausgeheilte Krankenhauspatienten belasten die Budgets der niedergelassenen Ärzte, sodass diese die Patienten wieder in das Krankenhaus einweisen. Unter dem Strich werden damit Krankenhausleistungen teurer und dem ambulanten Bereich werden Geld und Patienten entzogen. Um dies zu verhindern, soll der Medizinische Dienst der Krankenkassen künftig prüfen, ob allein medizinischer Gründe zur Entlassung eines Patienten geführt haben oder wirtschaftliche Motive.

Der Wettbewerb, in dem die Krankenhäuser stehen werden, wird auch zu einer Konzentration auf dem Krankenhaussektor führen. Nach einer Studie der Unternehmensberatung Anderson wird vielen Krankenhäusern im Wettbewerb um den Patienten das Geld ausgehen, sodass von den zurzeit existierenden ca. 2200 deutschen Krankenhäusern ca. 500 bis zum Jahr 2015 schließen müssen. Betroffen sind nach Auffassung des deutschen

Landkreistages vor allem Krankenhäuser im ländlichen Raum. Die Landkreise fürchten, dass die Pauschalen bei diesen Häusern nicht ausreichen werden, die laufenden Kosten zu decken. Sie fordern daher ein Mitspracherecht der Länder bei der Ausgestaltung der so genannten Sicherstellungszuschläge. Diese können nach dem Gesetzentwurf von 2005 an zusätzlich zu den Fallpauschalen gezahlt werden, wenn der Erhalt eines Krankenhauses aus Gründen der Versorgungssicherheit in der Fläche für nötig gehalten wird - selbst wenn das Haus nach den neuen Vergütungsregeln nicht wirtschaftlich wäre. Auch die Zuschläge sollen die Krankenkassen bezahlen. Nach dem derzeitigen Gesetzentwurf sollen die Kriterien für die Sicherstellungszuschläge von den Partnern der Selbstverwaltung, d.h. von Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, einheitlich festgelegt werden. Sollten sich die Länder mit ihren Forderungen durchsetzen, ließe sich der von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen geforderte Bettenabbau kaum realisieren. Auch sehen die Kassen die Gefahr, die Länder könnten den Zuschlag missbrauchen, um kostenintensive Universitätskliniken finanziell zu unterstützen. Nach ersten vorsichtigen Schätzungen der Selbstverwaltungspartner können lediglich 100 bis 200 der zurzeit existierenden Krankenhäuser mit Zuschlägen rechnen.

Die DKG kritisiert, dass der Gesetzgeber die Vorgaben zur Qualitätssicherung einseitig zu Lasten der Krankenhäuser verschärft habe. Insbesondere lehnt die DKG die Regelung über Mindestmengen als Verfahren zur Qualitätssicherung ab, zumal keine gesicherten Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen der Qualität des Behandlungsergebnisses und der Menge der erbrachten Leistung vorlägen. Gegen diese Regelung haben auch die Länder Vorbehalte, wenn auch aus anderen Gründen: In dünn besiedelten Gebieten können die Krankenhäuser die notwendigen Fallzahlen nicht erreichen und durch die daraus folgende Schieflage werde die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährdet, so z.B. argumentiert die Regierung in Potsdam. Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen muss die Qualitätssicherung im Sozialgesetzbuch V geregelt werden. Hierzu gehöre insbesondere auch die Zusammenführung von Daten, da Qualitätssicherung nicht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus aufhören kann.

5. Entlastung von versicherungsfremden Leistungen

Hinsichtlich der Kostenexplosion im Gesundheitswesen und zur Vermeidung weiter steigender Beitragssätze sollte geprüft werden, inwieweit die Krankenkassen von Leistungen befreit werden können, die eigentlich nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren sind, wie z.B. die Sterilisation. Genannt werden in diesem Zusammenhang auch immer wieder Sterbegeld und Mutterschaftsgeld. Im Jahr 2000 haben die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung 784 Mio. Euro für Sterbegeld und 2,735

Mrd. Euro für Mutterschaftsleistungen aufgebracht. Derzeit wird geprüft, ob diese versicherungsfremden Leistungen aus dem Bundeshaushalt bezahlt werden können. Hierzu hat Bundesfinanzminister Eichel eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die in engem Kontakt mit der Führung des Bundesgesundheitsministeriums steht. Eine Entlastung der GKV-Versicherten in Höhe von ca. 3,5 Mrd. Euro hätte eine Minderung des Beitragssatzes von rd. 0,3 Beitragssatz-Prozentpunkten zur Folge.

Prof. Beske, Institut für Gesundheitssystemforschung, Kiel, nennt neben den vorstehenden als weitere nicht KV-spezifische Leistungen: Künstliche Befruchtung, Soziotherapie, häusliche Krankenpflege, Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung und Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern.

6. Vermeidung unwirksamer und nicht notwendiger Leistungen

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen angewandt und abgerechnet werden, müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Der Sicherung der Qualität der Leistungserbringung widmet das Sozialgesetzbuch V einen eigenen Abschnitt (§§ 135 ff. SGB V). Dessen ungeachtet sind zurzeit höchstens ein Drittel der medizinischen Leistungen durch einwandfreie Studien wissenschaftlich gesichert. U.a. obliegt es dem Koordinierungsausschuss nach § 137e SGB V auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens zehn Krankheiten je Jahr zu beschließen. Zurzeit wird demnach noch viel Geld für unwirtschaftliche bzw. unwirksame Behandlungsmethoden ausgegeben.

Die mangelnde Effizienz des Gesundheitswesens ist aber nicht allein auf unwirksame Verfahren zurückzuführen, sondern vielmehr auch darauf, dass wirksame Methoden auch dann angewendet werden, wenn sie nicht erforderlich sind. Es müssen überflüssige Leistungen, wie z.B. unnötiges Röntgen oder Doppeluntersuchungen vermieden werden. In einer großen Anzahl von Arztpraxen stehen teure Röntgengeräte, die dann auch genutzt werden. Experten sehen ein Einsparpotential von bis zu 510 Mio. Euro, wenn künftig nur noch qualifizierte Fachärzte röntgen dürften. Beispiele für unnötige Leistungen ließen sich viele finden; so werden in Deutschland ohne nachweisbaren Grund dreimal so viel Herzkatheter gelegt wie z.B. in Frankreich. Auch hier steht zu vermuten, dass die große Zahl der Anbieter die Kosten nach oben schnellen lässt. Fehlende Transparenz und mangelhafte Zusammenarbeit bei der medizinischen Versorgung dürfte die Hauptursache für viele teure Doppeluntersuchungen sein. Die gleiche Untersuchung, die der Hausarzt schon vorgenommen hat, wird in den meisten Fällen später im

Krankenhaus „zur Sicherheit“ nochmals durchgeführt. Abhilfe könnte hier der Patienten-Pass bringen (siehe unter 3.3).

7. Stärkung des Wettbewerbs

Um die Probleme in den Griff zu bekommen, plädieren Experten vor allem auch für eine Stärkung des Wettbewerbs. Beim Wettbewerb der Krankenkassen um eine bessere Versorgungsqualität sind zwei Wettbewerbsfelder zu unterscheiden. Zum einen ist dies der Wettbewerb in Beziehung zu den Versorgungsformen und zum anderen der Wettbewerb um Service, Beratung und günstige Verwaltungskosten.

Die Krankenkassen könnten sinnvolle Entwicklungen durch den Vertragswettbewerb fördern, z.B. die Zusammenarbeit mehrerer Ärzte in Ambulatorien. Heute haben wir in der Regel unabhängig voneinander arbeitende niedergelassene Ärzte in Einzelpraxen. Für die Patienten erschwert dies die Orientierung erschwert und unbequem ist. Durch medizinische Zentren könnte die Zusammenarbeit der Ärzte verbessert und die Wege für die Patienten verkürzt werden. Weiterhin sind Behandlungsformen zu fördern, in denen die Behandlungen besser koordiniert werden. In einem Informationsnetz müssten insoweit alle beteiligten Leistungserbringer umfasst sein. Dies könnte über eine intelligente Chip-Karte geschehen, was technisch heute bereits möglich ist. Die Untersuchungsergebnisse könnten in einem zentralen Großrechner gespeichert werden, sodass jeder behandelnde Arzt - mit dem Einverständnis des Patienten - darauf zurückgreifen könnte. Damit würden die angesprochenen Doppeluntersuchungen usw. vermieden. Ein solches System könnte nämlich auch Röntgenbilder, Laborergebnisse, Arzneimittelverordnungen usw. erfassen. Auch an dieser Stelle wird ergänzend vorstehend auf die Ausführungen unter 3. verwiesen.

Der Wettbewerb um Service, Beratung und vor allem günstige Verwaltungskosten betrifft auch die landwirtschaftlichen Krankenkassen. Auch wenn dies von persönlich Betroffenen bestritten wird, durch Fusionen lassen sich Kosten sparen. Im Computer- und Internetzeitalter muss keiner seine Krankenkasse am gleichen Ort haben.

Wettbewerb zwischen den Krankenkassen findet auch über die Beitragssätze statt. Deshalb wurde der Versuch von Ministerin Ulla Schmidt, im Rahmen der Novellierung des Risikostrukturausgleichs (RSA), einen Mindestbeitragssatz von 12,5 % einzuführen, teilweise heftig kritisiert. Auch wenn das Vorhaben zunächst am Widerstand der Grünen gescheitert ist, wird nach einem Ersatz gesucht, der zwar mit anderem Namen - Mindestbedarfssatz, Grundlastausgleich - daherkommt, aber letztlich das gleiche Ziel hat, nämlich die Beitragspanne zu nivellieren. Damit werde nach Auffassung der Kritiker jeder ökonomische Wettbewerb über die Beitragssätze verhindert und den Kassen

jeder Anreiz, sparsam zu wirtschaften, genommen. Am Ende stünde die Einheitskasse, die immer teurere Behandlungen über immer höhere Beiträge zu finanzieren habe. Befürworter eines stärkeren Finanzausgleichs innerhalb der Kassenarten führen demgegenüber an: Ein System, in dem ausgerechnet diejenige Kassenart, die den Ärmsten Schutz bieten soll, die AOK nämlich, die höchsten Beiträge verlangt, sei fehlerkonstruiert. Auch hiergegen wird sogleich wieder eingewandt, dass jeder Versicherte einer Krankenkasse mit einem besonders hohen Beitragssatz das Recht zum Kassenwechsel habe. Dies gelte auch für Kranke und Einkommensschwache.

8. Abbau von Überkapazitäten

Weiterhin haben wir auf vielen Gebieten Überkapazitäten, zu viele Ärzte, zu viele Krankenhausbetten und zu viele Apparate. Während die Anzahl der Krankenhausbetten etwas abgebaut wurde, steigt die Zahl der Ärzte stetig weiter. Fast 370.000 Ärztinnen und Ärzte führt die Bundesärztekammer in ihrer Statistik. Allein im Jahr 2000 sind 2500 niedergelassene Ärzte dazugekommen. Das Schizophrene an der Angelegenheit ist, dass nach Meinung vieler Experten trotz dieser Überkapazitäten die flächendeckende Versorgung durch Allgemeinmediziner - besonders auf dem Land - künftig nicht sichergestellt werden kann. Schulungsprogramme für Allgemeinmediziner, an denen sich die gesetzlichen Krankenkassen finanziell beteiligen, sind ein Beleg für den Versuch, dieses Problem in den Griff zu bekommen.

9. Mitfinanzierung der Ausgaben über den Staatshaushalt

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Krankenkassen fordern seit langem, die GKV auch durch z.B. die Halbierung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel zu entlasten. Dies würde den Kassen ca. 1,8 Mrd. Euro im Jahr bringen und entspricht zufällig in etwa der Summe, um die sie im Jahr 2001 wegen verschiedener Gesetzesänderungen zusätzlich belastet werden. Außer Deutschland erhebt in der EU nur noch Dänemark den vollen Mehrwertsteuersatz auf Medikamente. Die Forderung nach Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes wird z.B. auch von den Gewerkschaften unterstützt. Die IG Metall fordert insoweit eine Absenkung von 16 auf 7 Prozent.

Nach Einschätzung von politischen Beobachtern wird sich Finanzminister Hans Eichel allerdings nicht auf eine Senkung der Mehrwertsteuer auf Humanarzneimittel vor der Bundestagswahl im September einlassen. In dieser Haltung wird er vom Kanzler bestärkt, der der Konsolidierung des Haushalts oberste Priorität einräumt. Der deutsche Fiskus wird sich demnach weiter an den Aufwendungen von Kassen und Patienten für Arzneimittel bereichern. Der Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel im ersten Halbjahr 2001 hat insoweit

dem Finanzminister 500 Mio. DM (ca. 282 Mio. Euro) zusätzlich in die Kassen gespült. Wenn der Finanzminister allerdings in einem Interview mit dem Handelsblatt am 22.06.2001 darauf hinweist, die Gesundheitspolitiker sollten die Lösung des Problems der GKV-Finanzierung im System suchen, das sei Aufgabe der Gesundheitsreform und weiterhin, die Lösung liege nicht darin, die Probleme der Kassen im Staatshaushalt abzuladen, dann übersieht er, dass die Finanzmisere der Kassen nicht allein durch die im System liegenden Mängel, sondern mindestens im gleichen Umfang durch den Gesetzgeber und der daraus folgenden Finanzverschiebungen hervorgerufen wurde.

10. Beendigung von Finanzverschiebungen durch den Gesetzgeber

Durch neue Gesetze, Urteile des Bundesverfassungsgerichts und die Rentenreform addieren sich - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - die Einnahmeausfälle und die Mehraufwendungen wie folgt:

- Mit der Rentenreform wurden die gesetzlichen Krankenkassen zum 01.01.1995 verpflichtet, für Bezieher von Krankengeld um 20 % höhere Beiträge an die Renten- und Arbeitslosenversicherung zu zahlen. Jährliche Folgelast für die GKV: 512 Mio. Euro
- Ebenfalls seit Januar 1995 zahlt die Bundesanstalt für Arbeit um 20 % geringere Kassenbeiträge für Arbeitslose. Jährliche Belastung der GKV: 2,3 Mrd. Euro
- Geringere Zuzahlung für Arzneimittel und chronisch Kranke seit 1999, jährliche Belastung der GKV: 512 Mio. Euro
- Absenkung der Beiträge für Empfänger von Arbeitslosenhilfe ab dem Jahr 2001 (die Beiträge werden nicht mehr auf der Grundlage von 80 v.H., sondern nur noch von 58 v.H. des der Leistung zu Grunde liegenden Arbeitsentgelts bemessen), Mindereinnahmen 614 Mio. Euro jährlich
- Einbeziehung von Einmalzahlungen in die Krankengeldberechnung 614 Mio. Euro im Jahr 2001, 409 Mio. Euro ab dem Jahr 2002
- Reform der Renten bei Erwerbs- und Berufsunfähigkeit 257 Mio. Euro im Jahr 2001, 716 Mio. Euro ab dem Jahr 2002
- Gleichstellung von freiwilligen und pflichtversicherten Rentnern 257 Mio. Euro ab dem Jahr 2002
- Geringere Beiträge durch sinkendes Rentenniveau ab dem Jahr 2002 153 Mio. Euro jährlich
- Neuordnung des Rehabilitationsrechts 257 Mio. Euro

- Abgabenbefreiung für die private Altersvorsorge 257 Mio. Euro bis zum Jahr 2008
- Absenken der Beiträge für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger 133 Mio. Euro
- Auch die Rentenreform schmälert die Beitragseinnahmen der Kassen vom kommenden Jahr an. Die Beitragsfreistellung von Lohn- oder Gehaltsbestandteilen zum Aufbau einer zusätzlichen privaten Altersvorsorge kostet die Krankenkassen im Jahr 2002 etwa 257 Mio. Euro; die Mindereinnahmen steigen bis zum Jahr 2008 auf dann 920 Mio. Euro jährlich
- Sollte die Bundesregierung das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von März 2000, wonach die Regelung, dass freiwillig versicherte Rentner im Gegensatz zu pflichtversicherten Rentnern auch aus sonstigen Einkünften Beiträge abzuführen haben, verfassungswidrig ist, so umsetzen, dass künftig durch freiwillig versicherte Rentner nur aus Renteneinkünften Beiträge zahlen, gingen der GKV jährlich ca. 200 Mio. Euro Beitragseinnahmen verloren.

Weitere, nicht bezifferte Belastungen entstehen der GKV aus nicht oder zu spät umgesetzten Gesetzesvorhaben, z.B. Festbetragsregelung, Positiv/Negativliste, Zulassung von Versandhandel bei Medikamenten, ärztliche Bedarfsplanung und Budget-„Amnestie“.

Die Mehrbelastungen für die gesetzliche Krankenversicherung addieren sich mithin auf nahezu 33 Mrd. Euro bis zum Jahr 2008.

Aus Vorstehendem ergibt sich, dass nicht allein die Folge von Strukturmängeln, Unwirtschaftlichkeit oder Überkapazität und weiterhin politisch nicht beeinflussbarer Faktoren, wie Überalterung der Bevölkerung, Multimorbidität, medizinischer Fortschritt, zur Finanzmisere der Krankenkassen beigetragen hat, sondern mindestens in eben solchem Umfang die Interventionen des Gesetzgebers und die daraus folgenden Finanzverschiebungen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist zum Selbstbedienungsladen der Politik geworden. Probleme anderer Sozialversicherungszweige wurden und werden auf die GKV verschoben, der Staatshaushalt durch die Krankenkassen entlastet.

11. Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage

11.1 Einbeziehung anderer Einkommensarten

Zur Behebung der Finanzmisere der GKV wird auch darüber nachgedacht, andere Einkommensarten, wie z.B. Kapitaleinkünfte zur Deckung des Finanzbedarfs heranzuziehen. Es wird insoweit darauf hingewiesen, dass vor einigen Jahrzehnten noch 90 % der Wertschöpfung aus lohnabhängiger

Arbeit stammte, heute sind es nur noch 50 %. Durch die Verbreiterung der Bemessungsgrundlagen würde zudem eine gerechtere Beitragsbelastung nach Leistungsfähigkeit bewirkt. Solche Überlegungen finden sich auch in einem Grundsatzpapier der CDU zum Thema „Neue Soziale Marktwirtschaft“ von Ende August 2001. Danach sollen außer Löhnen und Gehältern auch alle anderen Einkunftsarten zur Berechnung der Kassenbeiträge herangezogen werden. Das sind nach Vorstellung der Kommission etwa Zins- und Mieteinnahmen. Liegt das Einkommen aus Löhnen und Gehältern allerdings oberhalb der Bemessungsgrenze von zurzeit 3.375 Euro monatlich (2002), wäre das sonstige Einkommen nicht betroffen. Auch nach Auffassung der Wissenschaftler dürften die Beitragszahlungen nicht mehr ausschließlich an Beschäftigungsverhältnisse geknüpft werden, sondern auf alle Kapitaleinkünfte seien Beiträge zu erheben. Letzten Endes führte die Ausweitung der Beitragspflicht auf alle Bürger und Kapitaleinkünfte nach Auffassung der Wissenschaftler nicht zwangsläufig zu mehr Geld im System, sondern zu mehr Gerechtigkeit und zu niedrigeren Beitragssätzen. Dies sei im Hinblick auf die demografische Entwicklung unumgänglich.

Die Einbeziehung von Zusatzeinkünften wie Miet- und Kapitaleinkünfte bei Arbeitnehmern wird in der SPD und auch von den Gewerkschaften abgelehnt, weil damit das Prinzip der hälftigen Finanzierung durch die Arbeitgeber aufgegeben würde. Die Krankenkassen sehen sich überfordert, die erforderliche Beitragsüberwachung sicherzustellen. Sie warnen davor, sie in die Rolle eines zweiten Finanzamtes zu drängen.

Der Gesetzgeber kommt allerdings nicht umhin, sich mit der Frage der Einbeziehung weiterer Einkunftsarten, zumindest im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner, auseinander zu setzen. Das Bundesverfassungsgericht hat es als Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 GG angesehen, dass freiwillig versicherte Rentner seit 1993 neben Beiträgen aus ihrer gesetzlichen Rente auch von Zusatzeinkünften wie Mieten, Zinsen und Dividenden Krankenkassenbeiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze zahlen müssen, während pflichtversicherte Rentner nur aus den Renten Beiträge zahlen. Das Bundesverfassungsgericht hat zwei Optionen eröffnet: Entweder alle Rentner zahlen Beiträge aus Zusatzeinkünften oder die Beitragspflicht der freiwillig versicherten Rentner wird insoweit abgeschafft.

11.2 Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV von 3.375 Euro monatlich steht für viele, insbesondere auch für die Gewerkschaften, zur Disposition. Nach einer Verlautbarung des DGB von Mitte 2001 sollen nach einer schrittweisen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung und einen höheren Bundeszuschuss für versicherungsfremde

Leistungen die Beitragssätze um 2 Prozentpunkte gesenkt werden. Mit der schrittweisen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das Niveau der Rentenversicherung (im Westen 4.500 Euro und in den neuen Ländern 3.750 Euro) sehen die Gewerkschaften eine „gerechtere Finanzierung“ durch stärkere Belastung höherer Einkommen. Diesen Weg will offenbar auch Bundesministerin Ulla Schmidt jetzt einschlagen. Dies kündigte sie in der „Berliner Zeitung“ am 24.12.2001 an. Sie will den Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung massiv erschweren. Sie sprach sich ebenfalls dafür aus, die Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze West in der Rentenversicherung und damit um mehr als 1.000 Euro von 3.375 auf 4.500 Euro anzuheben.

11.3 Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze

Noch weitergehend sind die Vorschläge aus Reihen der GKV nach einer generellen Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze bei Beibehaltung einer angemessenen Beitragsbemessungsgrenze. Insoweit wird die Frage aufgeworfen, warum Arbeitnehmer mit höherem Einkommen sich der Versicherung in der GKV und damit der Solidarität entziehen dürfen. Bei der mit diesem Vorschlag verbundenen Stabilisierung der Finanzierungsbasis erscheint es möglich, an der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze (75 v.H. der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung) festzuhalten.

11.4 Einbeziehung Selbständiger und Beamter

Im Zusammenhang mit der Konsolidierung der Finanzen der GKV wird vielfach gefordert, dass alle Bürger Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlen. Dies bedeutet eine Versicherungspflicht für alle, das heißt auch für Beamte, wie dies im Übrigen in ganz Europa üblich ist. Die Ausklammerung von Beamten, Selbständigen und Besserverdienenden aus der gesetzlichen Krankenversicherung sei sachlich nicht mehr nachvollziehbar.

12. Grund- und Wahlleistungen

Diskutiert wird auch, ähnlich wie bei der Rente, die Einführung einer privaten Zusatzvorsorge im Gesundheitssystem. Von „Grund- bzw. Kern- und Wahlleistungen“ ist die Rede, wobei die Befürworter dieser Idee die Antwort auf die Frage nach objektiven Abgrenzungskriterien schuldig bleiben. Theoretischer Ansatz ist, dass neben den medizinisch notwendigen Leistungen von den Krankenkassen eine Reihe von Leistungen bezahlt werden, die aus Gründen der Solidarität von jedem selbst bezahlt werden sollten - sog. Komfort- und Zusatzleistungen. Wenn überhaupt, werden Einzelbeispiele genannt, z.B. Fahrtkosten, die entweder selbst übernommen werden müssten oder für die jemand eine Zusatzversicherung abschließen

könnte. Nachdem diese Überlegungen zunächst nur von der Opposition und danach von den Bündnis-Grünen bekannt geworden sind, beschäftigen sich inzwischen auch führende SPD-Politiker mit diesen Gedanken. So hat z.B. der rheinland-pfälzische Sozialminister Florian Gerster gefordert, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen einzuschränken. Massagen, kieferorthopädische Behandlungen und tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapien sollten grundsätzlich nicht mehr von den Kassen gezahlt werden. Diese und andere Leistungen könnten jedoch als Wahltarife von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden. Der Vorstoß Gersters erfuhr sofort Kritik aus den eigenen Reihen. Die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin Birgit Fischer, ebenfalls SPD, hält die Vorschläge ihres Mainzer Kollegen für wenig hilfreich. Auch sie mahnt eine Überprüfung der Krankenkassenleistungen noch vor der nächsten Bundestagswahl an. Ihr Vorschlag: „Das echte Krankheitsrisiko“ müsse auch künftig voll von den Kassen getragen werden, dagegen seien z.B. Präventionsprogramme zur richtigen Ernährung und zur gesunden Lebensführung Aufgaben, die der einzelne aus eigener Tasche finanzieren solle. Sie stellt sich damit in Widerspruch zur Gesundheitspolitik der Bundesregierung, welche die Prävention erst durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 weiter ausgebaut hat. Die Schleswig-Holsteinische Ministerpräsidentin Heide Simonis schloss sich zur Entlastung der Krankenkassen Vorschlägen für eine Begrenzung der Kassenleistungen auf eine medizinische Grundsicherung an. Sie sagte dem „Handelsblatt“ am 24.12.2001, finanziert werden müsse auch in Zukunft das, was notwendig sei. „Extras“ müssten von den Betroffenen über Zusatzversicherungen abgedeckt werden, etwa Risikosportarten wie Bungee-Springen.

Auch in der Union wird darüber nachgedacht, im Bereich der Prävention Wahlmöglichkeiten einzuführen. So könnten z.B. Vorsorgekuren als zusätzliche Leistungen in einem gesonderten Tarif angeboten werden. Weitere Wahlmöglichkeiten gäbe es bei der Höhe des Krankengeldes. Insoweit könnte eine Mindestversicherung vorgeschrieben werden, die deutlich über dem Sozialhilfeniveau liege. Wer mehr haben wolle, müsste dies durch eine Zusatzversicherung abdecken.

Alle diese Einzelbeispiele belegen, dass es keine theoretisch fundierten Kriterien zur Aufspaltung des Leistungskatalogs gibt. Ungeklärt ist auch die Frage, wem die Kompetenz einer Festlegung zuerkannt werden soll. Hält sich die Politik, d.h. der Gesetzgeber selbst für zuständig, ist es die Selbstverwaltung der Krankenkassen, ist es die gemeinsame Selbstverwaltung? Darf die Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen Gegenstand des Wettbewerbs werden? Dies muss im Interesse der Versicherten und zur Vermeidung eines nicht sinnvollen Wettbewerbs der Krankenkassen vermieden werden. Ein einheitlicher, d.h. gesetzlich vorgegebener Leistungskatalog ist hierfür Voraussetzung. Nicht unerwähnt bleiben darf in diesem Zusammenhang auch, dass nach

der schon erwähnten Umfrage des Forsa-Instituts knapp 80 % der Befragten den Vorschlag, die Krankenversicherung sollte in Zukunft nur die unbedingt notwendigen Grundleistungen bezahlen, für weniger gut halten. Die Bürger möchten komplette Leistungen von ihren Kassen und sind bereit, hierfür auch höhere Beiträge zu zahlen.

13. Ausbau der Prävention

Der Nutzen einer ausgebauten Prävention kann ernsthaft nicht bestritten werden. Durch den Ausbau der Gesundheitsvorsorge können nicht nur Krankheiten verhindert und deren Ausbruch hinausgezögert werden, sondern auch die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung ließen sich mittelfristig um 25 bis 30 % senken, so Stuppardt, Vorstandsvorsitzender des IKK-Bundesverbandes, kürzlich auf einem IKK-Forum in Berlin. Bei Ausgaben von jährlich rd. 130 Mrd. Euro wäre das ein beachtlicher zweistelliger Milliardenbetrag. Ausbau der Vorsorge sei nicht nur eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch die staatlichen Aktivitäten, etwa im Rahmen des Lärmschutzes, der Trinkwasserhygiene, der Mütterberatung u.a., müssten koordiniert werden. Deshalb plädierte er für die Gründung eines nationalen Präventionsrates.

Beispiele aus dem Ausland zeigen, wie die Zahl chronischer Erkrankungen durch eine gute Vorsorge drastisch gesenkt werden können. Bei Herz-Kreislauferkrankungen, die 50 % aller Todesursachen ausmachten, könnte dieser Anteil um die Hälfte gesenkt werden. Ob allerdings die Schaffung eines eigenen Präventionsgesetzbuches wünschenswert ist, muss bezweifelt werden.

Zustimmung zu dem Vorschlag signalisierten schon die Ärzte. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilte mit, Prävention sei eine zu fördernde gesundheitspolitische Aufgabe. Die KBV schlug die Gründung einer Stiftung vor, die die Koordination der Vorsorgeprogramme, die Akquisition sowie die Verteilung des Geldes übernehmen soll.

Der Bedeutung der Prävention angemessen, ist sie eines der sechs Themen des „Runden Tisches“ (siehe unter 17.). Auch dort besteht Einvernehmen (Sitzung am 17.09.2001), die in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen enthaltenen Regelungen zur Prävention zu harmonisieren und zu verstärken. Die Einrichtung einer Kommunikationsplattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren im Präventionsbereich soll den Ausbau der Prävention fördern. Die Einrichtung einer Deutschen Stiftung Prävention, wie von Teilnehmern des „Runden Tisches“ angedacht — unter Einbeziehung von Finanzgebern innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, bedarf noch einer intensiven Prüfung.

14. Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten durch finanzielle Anreize

Nach Meinung vieler, auch der Opposition, müssten die verkrusteten Strukturen aufgebrochen werden. Dazu gehöre auch, die Eigenverantwortung der Bürger durch finanzielle Anreize zu fördern. Hierzu gehöre z.B., Versicherte mit Beitragsrückerstattung zu belohnen, wenn sie über das Jahr hinweg ihre Kassen nicht in Anspruch genommen haben. Diese Regelung wird derzeit bei privaten Krankenkassen praktiziert. Weiterhin sollten den Versicherten künftig die Arzt- und Krankenhausrechnungen präsentiert werden, damit sie kontrollieren können, ob die abgerechneten Leistungen mit den tatsächlich erbrachten übereinstimmen. Denkbar sei auch, dass die Krankenkassen günstigere Beitragssätze gewähren, wenn Versicherte bereit seien, eine Selbstbeteiligung in einer noch zu definierenden Höhe zu tragen. Insoweit bezeichnen führende Gesundheitsexperten der Opposition die Rücknahme des vorsichtigen Versuchs, von den Patienten mehr Selbstbeteiligung (Arzneimittel, Krankenhaus, Kuren) und Eigenverantwortung (Zahnersatz) einzufordern, als größten politischen Fehler dieser Regierung. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass im Gesundheitssystem ungenutzte Wirtschaftlichkeitsreserven steckten, die durch mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ausgeschöpft werden könnten (siehe auch 7. „Stärkung des Wettbewerbs“ und nachstehend „Einkaufsmodell“ der Krankenkassen).

15. „Einkaufsmodell“ der Krankenkassen

Zu den vielen - besonders kontrovers diskutierten - Vorschlägen, wie das Gesundheitswesen reformiert werden kann, gehört auch, dass die gesetzlichen Krankenkassen mit Leistungserbringern wie Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken, direkte Verträge abschließen sollten, damit die Patienten künftig kostengünstiger die von ihrer Krankenkasse ausgesuchten Krankenhäuser, Ärzte und Apotheken nutzen könnten. Dieses sog. „Einkaufsmodell“ bietet im Gegensatz zu den derzeit dominierenden Kollektivverträgen die Chance, den Wettbewerb auf der Anbieterseite zu nutzen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der grundsätzlich zu konstatierenden Überversorgung und der häufig beklagten Qualitätsmängel. Eine Fortschreibung der Monopolstrukturen auf der Anbieterseite und die Stellung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen muss daher kritisch hinterfragt werden. Dabei kann es aus Sicht der GKV nicht darum gehen, die Kassen-(zahn)-ärztlichen Vereinigungen abzuschaffen, aber ihre Rolle ist neu zu definieren. Befürworter des Einkaufsmodells finden sich vor allem in der GKV, aber auch in den großen Volksparteien, so z.B. auch der Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Friedrich Merz oder führende Sozialdemokraten. Nach entsprechenden Plänen in der SPD, die offenbar auf dem Papier des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministers

Florian Gerster beruhen, sollen die Kassen künftig Beitragsnachlässe um ein bis zwei Prozentpunkte gewähren dürfen, wenn die Versicherten auf die freie Arztwahl verzichten und grundsätzlich zunächst zum Hausarzt gehen und weiterhin ausschließlich ausgewählte Kassenvertragsärzte aufsuchen. Die Brisanz dieses Vorschlags liegt in der damit verbundenen Absicht, die kartellähnlichen Strukturen im Gesundheitswesen zu zerschlagen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die Vertragsführerschaft verlieren und die Krankenkassen nicht mehr generell gemeinsam und einheitlich Verträge schließen müssen. Es spricht vieles dafür, dass dieses sog. Einkaufsmodell verwirklicht werden könnte, es hat parteiübergreifende Befürworter, u.a. auch den CSU-Gesundheitsexperten und Vizechef der Unionsfraktion im Bundestag, Horst Seehofer. Auch viele Interessenverbände und die meisten Gesundheitsökonomien fordern dieses Modell.

Andererseits wäre damit nach Auffassung der KBV nicht nur der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeschränkt, sondern auch die freie Arztwahl könnte es dann nicht mehr geben. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Manfred Richter-Reichhelm kritisiert die Vorschläge. Wenn einzelne Ärzte von den Kassen „herausgekauft“ würden, werde der Sicherstellungsauftrag für eine flächendeckende Versorgung gefährdet. Im Übrigen, so der Präsident der Bundesärztekammer Jörg Dietrich Hoppe, liege der Forderung nach Abschaffung der 23 Kassenärztlichen Vereinigungen ein Denkfehler zu Grunde: Die Kassenärztlichen Vereinigungen seien Einrichtungen des Staates und nicht allein der Ärzteschaft.

Dieses Argument vermag die Befürworter von mehr Wettbewerb und damit des Einkaufsmodells nicht zu überzeugen. Der Sicherstellungsauftrag stamme noch aus einer Zeit der Unterversorgung. Das Sicherstellungsmonopol der KVen und KZVen sei weitgehend obsolet geworden und behindere neue, erfolgreich erprobte Vertragsmodelle. An der Behinderungstaktik der KVen scheiterten auch die gesetzlich zugelassenen und als förderungswürdig angesehenen Integrationsmodelle.

Die Grünen stehen dem „Einkaufsmodell“ ablehnend gegenüber. Sie befürchten Versorgungsungerechtigkeiten für die Patienten, wenn Krankenkassen mit einzelnen Ärzten anstatt mit der gesamten Kassenärzteschaft Verträge abschließen würden. Mit regionalen Vertragsabschlüssen würden den Kassen bestimmte Leistungen angeboten, andere Leistungen dagegen nicht.

Die FDP lehnt die mit dem Vorschlag einhergehende Einschränkung der Möglichkeit, sich einen Arzt seines Vertrauens zu suchen, unabhängig davon, ob das der Krankenkasse genehm sei, ab. Damit werde ein großer Vorteil des deutschen Gesundheitssystems aufgegeben. Im Übrigen gebe es keine Belege dafür, dass eine eingeschränkte Arztwahl geringere Kosten verursache oder die Qualität der Versorgung verbessert werde. Andererseits spricht sich

auch der Gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Fraktion Dieter Thomae seit geraumer Zeit dafür aus, den Krankenkassen mehr Vertragsfreiheit zu gewähren, um den Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen zu fördern.

Nach Einschätzung der GKV überwiegen die mit selektiven Vertragsstrukturen verbundenen Chancen deren Risiken bei weitem. Im Rahmen einer Reform des Gesundheitswesens sollte daher den Krankenkassen und Leistungsanbietern die Möglichkeit zu individuellen Vertragsabschlüssen ermöglicht werden. Dabei sei auch im Rahmen wettbewerblicher Vertragsstrukturen darauf zu achten, dass ruinöse Wettbewerbsstrukturen mit Qualitäts- und Preisverfall vermieden werden.

Auf einer Presseerklärung am 04.12.2001 kündigte auch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt an, es gelte die Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigung zu brechen. Vorausgegangen war eine Veröffentlichung der Friedrich-Ebert-Stiftung, in der vier Gesundheitsexperten, die Prof. Glaeske, Lauterbach, Rümp und Wasen dies unter der Überschrift: „Eine moderne, solidarische Wettbewerbsverordnung aufbauen“ fordern.

16. Disease-Management-Programme, Risikopool

Mit dem Ziel einer besseren Versorgung chronisch Kranker wurde durch das zu Beginn des Jahres 2002 in Kraft getretene Gesetz über die Reform des RSA auch Regelungen über strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme - DMP) eingeführt. Beginnend mit vier Krankheiten - Diabetes, Koronare Herzkrankheit, Asthma und Brustkrebs - werden entsprechende Programme entwickelt. Der Koordinierungsausschuss nach § 137 e SGB V hat die Aufgabe, Anforderungen an Behandlung, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Einschreibung der Versicherten, Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten, Dokumentation sowie Bewertung der Wirksamkeit und Kosten (Evaluation) zu benennen.

Die Absicht, die hinter der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme steht, ist in ihrem theoretischen Ansatz gut. Abzuwarten bleibt, ob die angestrebte Qualitätssteigerung bei der Versorgung der Versicherten tatsächlich eintritt und was sie kostet. Umstritten ist insoweit, ob durch Disease-Management-Programme für chronisch Kranke Geld eingespart werden kann oder zusätzlich ausgegeben werden muss. Letzteres wird vielfach befürchtet, weil diese Programme im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) finanziert werden sollen. Hierdurch sinke die Motivation der Krankenkassen, sparsam zu wirtschaften. Gleiches gelte für die Umlage überdurchschnittlicher Behandlungsausgaben auf alle Kassen. Die Skepsis geht vereinzelt sogar so weit, dass behauptet wird, Disease-Management-Programme aus dem Risikostrukturausgleich würden „der Verschleuderung

von Beitragsmitteln“ Tür und Tor öffnen (Bayerns Sozialministerin Christa Stewens). Sie meint, die Krankenkassen hätten aus betriebswirtschaftlichen Gründen keinerlei Interesse, an einem medizinisch effizienten Disease-Management, das wirklich die Versorgungsqualität der Patienten verbesserte. Jedes zugelassene Programm, egal ob teuer oder kostengünstig, ob effizient geplant oder nicht, würde Zahlungen aus dem RSA auslösen. Dass sich diese Befürchtungen nicht Bewahrheiten, wird Aufgabe des BVA sein, welches die Programme zu prüfen und zuzulassen hat.

Der im Rahmen des RSA einzuführende Risikopool, d.h. die Pro-Kopf-Ausgaben von mehr als 20.450 Euro pro Versicherten im Jahr werden zu 60 % branchenweit ausgeglichen, wurde entgegen der ursprünglichen Absicht auf das Jahr 2002 vorgezogen. Zu den ausgleichsfähigen Behandlungskosten zählen die Ausgaben der Krankenkassen für stationäre Leistungen, Arznei- und Verbandmittel, Kranken- und Sterbegeld und nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse. Der Schwellenwert wird jährlich an die Entwicklung der Durchschnittsentgelte angepasst. Auf die Kassenarten bezogen führt die Einführung des Risikopools insbesondere zu einer Entlastung der AOKen und zu einer Belastung der Betriebskrankenkassen. Dies ist eine Folge des Krankenkassenwahlrechts, weil nur wenig chronisch Kranke - aus Angst, die Kosten würden künftig nicht mehr übernommen - ihre bisherige Krankenkasse verlassen und sich einer günstigeren Betriebskrankenkasse angeschlossen haben.

Im Zusammenhang mit dem Vorziehen der Programme um ein Jahr störte es das Bundesgesundheitsministerium wenig, dass das Bundesversicherungsamt, das derartige Disease-Management-Programme zertifiziert, zunächst bekundet hatte, überhaupt nicht in der Lage zu sein, vor 2003 mit der Begutachtung der Programme zu starten. Auch die Gefahr, dass angesichts fehlender Erfahrungen mit derartigen Programmen die Hast zu Lasten der Qualität geht, beeindruckt die Ministerin wenig. Größer schien ihr die politische Gefahr zu sein, die von dem Druck des AOK-Bereichs und von den großen Ersatzkassen ausging, die eine sofortige Entlastung erwarteten. Inzwischen sieht das Bundesversicherungsamt keine Probleme, im Jahr 2002 mit den Zertifizierungen zu beginnen. Das Amt will für die Zertifizierung der Disease-Management-Programme, deren Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich und für Prüfaufgaben 2002 und 2003 insgesamt 57 neue Stellen einrichten, wovon allein 30 auf den zusätzlichen Prüfbedarf entfallen. Für 2002 sind von den Krankenkassen schon zahlreiche Programm-Angebote angekündigt.

Für den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ist zu erwähnen, dass die geplanten Reformen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs allenfalls mittelbare Auswirkungen haben werden, weil die landwirtschaftlichen Krankenkassen als einzige Kassenart nicht am Risikostrukturausgleich teilnehmen. Sollten Disease-Management-Programme — wie angestrebt — tatsächlich zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität chronisch Kranker führen, werden sie dann von den LKken angeboten.

17. Einberufung eines „Runden Tisches“

Zur Vorbereitung der Gesundheits-Strukturreform hat die Bundesgesundheitsministerin einen „Runden Tisch“ einberufen, an dem alle maßgeblich am Gesundheitswesen Beteiligten Programme zur Zukunft des Gesundheitswesens festlegen sollen. Insoweit ist der Gesamtkomplex in Teilbereiche aufgegliedert, für die Arbeitsgruppen eingerichtet worden sind. Die Arbeitsgruppen erhalten konkrete Arbeitsaufträge. Zu Beginn gab es die nachstehenden sechs Arbeitsgruppen:

- AG 1 = Zukunft der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung
- AG 2 = Zukunft der Versorgung in Krankenhäusern
- AG 3 = Strategien zum Ausbau sektorübergreifender (integrierter) Versorgungsformen
- AG 4 = Weiterentwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung unter Nutzung evidenzbasierter Medizin und Pflege (Leitlinien)
- AG 5 = Konzepte zur Stärkung der Prävention und Selbsthilfe
- AG 6 = Zukunft der ambulanten Versorgung.

Alle Arbeitsgruppen haben inzwischen getagt, als Fazit lässt sich zunächst feststellen, dass sich die Arbeitsgruppen dadurch auszeichnen, dass durch die Vielzahl der Teilnehmer und deren äußerst heterogene Zusammensetzung eine konkrete Arbeit an Sachthemen nur sehr schwer möglich ist. Anfangs wurden lediglich allseits bekannte, meist gegensätzliche Positionen der Teilnehmer ausgetauscht. Von daher scheint es nach Einschätzung von Teilnehmern schwierig, einen Konsens zu finden, auch wenn seitens des BMG zur Vorbereitung auf die Sitzung ein Fragenkatalog vorgelegt wurde. Außerdem ist eine Verknüpfung der verschiedenen Themenbereiche bislang nicht zu erkennen. Es bleibt abzuwarten, ob brauchbare Zwischenergebnisse für die Teilnehmer des Runden Tisches von den Arbeitsgruppen vorgelegt werden können. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen werden die Arbeitsgruppen 3 und 6 nicht fortgesetzt. Sie gehen über in die neu gebildete Arbeitsgruppe, die

„den Ordnungsrahmen und die Grundprinzipien der Leistungserbringung“ aufzuarbeiten hat. Darüber hinaus wird eine ergänzende Arbeitsgruppe zu „zahnmedizinischen Fragen“ gebildet. Von besonderer Bedeutung ist die ebenfalls neu eingerichtete Arbeitsgruppe „Finanzierung“ der GKV. Diese Arbeitsgruppe soll die Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen der GKV mit den Zielsetzungen Effizienzsteigerung, Steigerung der Beitragsgerechtigkeit, Erweiterung der Beitragseinnahmen und Verringerung des Beitragsbedarfs beraten.

Dabei sollen u.a. folgende, alle schon angesprochenen Instrumente erörtert werden:

- Erweiterung der beitragspflichtigen Einkunftsarten (z.B. Einkünfte aus Vermögen),
- Finanzierung von Leistungen aus Steuermitteln,
- Gesundheitsabgaben auf bestimmte Produkte,
- Ausgestaltung der Beitragstragung durch andere SV-Träger,
- Neudefinition des in der GKV beitragsberechtigten und beitragspflichtigen Personenkreises (z.B. Einbeziehung der gesamten Bevölkerung, Beitragspflicht für nicht erwerbstätige Ehepartner, die weder Kinder erziehen noch Pflegeleistungen **erbringen**),
- Veränderung von Zuzahlungen, Selbstbehalten, Prüfung von Härtefall- und Chronikerregelungen,
- Bonus/Malus-Regelungen,
- Erweiterung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze mit unterschiedlichen Ausgestaltungsvarianten,
- Begrenzung, Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags.

Die vierte und abschließende Sitzung des Runden Tisches soll am 22.04.2002 stattfinden, wobei Fragen des Versandhandels und des e-Commerce für die Arzneimittelversorgung, der stationären Versorgung und der Finanzierung erörtert werden sollen.

18. Fazit

Aus allen vorstehenden Punkten wird deutlich, dass es sich um eine Gemengelage handelt, die zum Teil auf die Lösung akuter Finanzprobleme ausgerichtet ist, andererseits aber grundsätzliche Strukturen verändern möchte. Führende Wissenschaftler sind der Meinung, dass ein Konsens in

der Gesundheitspolitik im Hinblick auf die unterschiedlichen Interessen der Lobby-Gruppen ausgeschlossen sei. Die Politik müsste die Grundzüge einer Gesundheitsreform vorgeben. Damit sei gleichzeitig auch das Scheitern des „Runden Tisches“ vorhersehbar.

Aus der Fülle der einzelnen Aussagen lassen sich einige Eckpunkte herauskristallisieren. Die Vertragsmonopole von gesetzlichen Krankenkassen und den Ärztevereinigungen müssen angetastet werden. Das Verhältnis zwischen staatlicher Vorsorge und privater Sicherung steht auf dem Prüfstand. Der Wettbewerb könnte als Schlüssel für Reformen angesehen werden. Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass die Qualität der Behandlungen nicht auf der Strecke bleibt. Versicherten und Patienten muss mehr Eigenverantwortung eingeräumt werden. Dies kann sich auch in einer stärkeren Eigenvorsorge und höherer Kostenbeteiligung niederschlagen. Versicherte sollten durch die Wahl der medizinischen Versorgung die Beitragshöhe beeinflussen können. Ob ein auf das medizinisch Notwendige bezogener Leistungskatalog in der solidarisch finanzierten Pflichtversicherung für Spielräume zu Gunsten differenzierter Tarife und Leistungsangebote zu sorgen vermag, erscheint im Hinblick auf geeignete Abgrenzungskriterien zweifelhaft. Die Wahlfreiheit müsste allerdings auf medizinisch nicht notwendige Leistungen begrenzt werden. Anderenfalls droht ein erhöhtes Gesundheitsrisiko für sozial Benachteiligte und Kranke. Versicherte sollten bei Bedarf zwischen unterschiedlichen qualitätsgesicherten Angeboten wählen können.

Durch das behutsame Abschmelzen von Leistungen, Einräumen von Wahlтарifen und Berücksichtigung anderer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung können die gesetzlichen Krankenkassen ihre finanziellen Sorgen zumindest für einige Zeit bereinigen. Nach Auffassung vieler wird diese Rechnung allerdings aus einem ganz einfachen Grund nicht aufgehen: Geld macht bekanntlich begehrt, insbesondere die Politik. Würden die Kassen wirklich saniert, würde jede Regierung den Akt der Willkür, genannt „Verschiebebahnhof“, wiederholen. Eine Lösung allerdings in dem Sinne, wie sie in A+S-Aktuell, 24. Jahrgang, Nr. 16 vom 15.08.2001 vorgeschlagen wird, wonach der Griff in die Kassen der Beitragszahler zum Kaschieren anderer Haushaltslöcher künftig unter Strafe zu stellen sei, wird es wohl nicht geben.

Abschließend lässt sich feststellen, der Patient Gesundheitswesen ist krank, zumindest nicht gesund. Wie ihm zu helfen ist, dafür gibt es viele Vorschläge von Gesundheitsexperten, die allerdings eines gemeinsam haben: Sie werden von anderen Experten abgelehnt. Noch ein Beispiel gefällig? Heißt es in einem Papier von Angela Merkel, CDU, die GKV solle sich auf einen Katalog von Kernleistungen konzentrieren, formuliert Horst Seehofer, CSU, zeitgleich:

„Die Einführung eines Regel- und Wahlleistungskatalogs ist abzulehnen“. Mitunter ist es auch so, dass die Gesundheitsexperten nach einiger Zeit der Überlegung von ihren eigenen Vorschlägen wieder abrücken. In einem sind sich indessen alle Experten einig. Das Gesundheitswesen muss reformiert werden und Ministerin Ulla Schmidt ist um diese Aufgabe nicht zu beneiden. Sie will im Frühjahr ein Konzept für eine „*Gesundheitsreform 2003*“ vorlegen. In den kommenden Monaten will sie ihre eigenen Vorschläge, die Ergebnisse des Runden Tisches und die Ideen von SPD-Gesundheitsexperten in ein Reformkonzept zusammenführen. Möglicherweise hat Rudolf Dressler Recht, der in seiner Abschiedsrede vor dem Amtsantritt als Botschafter in Israel formuliert hat: Es gibt nicht den großen Entwurf zur Gesundheitsreform, es gibt nur die zähen kleinen Schritte von Etappe zu Etappe.

Verfasser:

Willi Siebert

Stellv. Geschäftsführer des

Bundesverbandes der

Landwirtschaftlichen Krankenkassen

Weißensteinstraße 70 - 72

34131 Kassel

Dr. med. Friedrich Kruse

Erläuterungen zu den Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Vorbemerkungen

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gehen in ihrer Wirkung weit über den Empfehlungscharakter medizinischer Leitlinien hinaus, da sie nicht nur medizinische, sondern auch vertragliche Sachverhalte wie die Zusammenarbeit von Krankenkassen, Vertragsärzten und anderen Leistungserbringern strukturieren, mit dem Ziel, die ambulante vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Der Gesetzgeber erweiterte die Aufgaben des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (2. GKV-NOG 1997) dahingehend, in den Heilmittel-Richtlinien insbesondere zu regeln (§ 92 Abs. 6 SGB V):

- den Katalog der vorordnungsfähiger Heilmittel,
- die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
- die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und
- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer.

Mit dem 2. GKV-NOG wurden Spitzenverbände der Krankenkassen und Verbände der Heilmittelerbringer auch verpflichtet, in Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln (§ 125 SGB V) Regelungen zu treffen über:

- den Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit,
- die Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
- den Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
- die Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
- Vorgaben für Vergütungsstrukturen.

Spitzenverbände der Krankenkassen, Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer und die KBV waren somit gemeinsam mit einer umfassenden Reorganisation der Heilmitteltherapie befasst und der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gefordert, neue Heilmittel-Richtlinien zu verabschieden. Um eine enge Verzahnung zwischen den Richtlinien des Bundesausschusses

und den Verträgen zwischen den Heilmittelerbringern und Krankenkassen bzw. ihren Verbänden zu erreichen, wird den maßgeblichen Spitzenorganisationen, die auf der Bundesebene die Interessen der Heilmittelerbringer wahrnehmen, vor der Verabschiedung der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben (§ 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V). Zu diesem als „Partnerschaftsmodell“ bezeichneten Verfahren gehört auch, vor der Abgabe von Rahmenempfehlungen der KBV ebenfalls Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (§ 125 Abs. 1 SGB V).

Nachfolgend werden die Heilmittel-Richtlinien, am 6. Februar 2001 verabschiedet und am 1. Juli 2001 in Kraft getreten, kommentierend erläutert.

I. Allgemeine Grundsätze

1. Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 6 i.V.m. § 34 Abs. 2 und § 138 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln.

Den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker bei der Versorgung mit Heilmitteln ist Rechnung zu tragen.

Die Richtlinien sind für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (im folgenden Vertragsärzte genannt), Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen wirken auf eine einheitliche Anwendung dieser Richtlinien und auf eine enge Zusammenarbeit zwischen verordnendem Vertragsarzt und ausführendem Therapeuten hin.

Auch die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln dienen der Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Qualität unter den Vorgaben des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V). Das Wirtschaftlichkeitsgebot als Grundsatznorm bestimmt den Leistungsumfang dahingehend, einen ausreichenden Leistungs-Standard zu gewährleisten, der sich aber auf das Notwendige begrenzt. Die Kriterien greifen ineinander und sind nicht voneinander unabhängige Prüfmaßstäbe, denn was nicht ausreicht, kann auch nicht zweckmäßig, und was über das Ausreichende hinausgeht, in der Regel nicht wirtschaftlich und notwendig sein. Maßgebend ist das unter Berücksichtigung aller genannten Kriterien sich ergebende Gesamtbild:

- **Ausreichend** ist eine Leistung, die nach Art und Umfang genügt, um die jeweilige Zielsetzung zu erreichen. Neben dem Mindeststandard beinhaltet dies auch eine Begrenzung nach oben; wenn Geringeres bereits ausreicht, ist mehr nicht zulässig.
- **Zweckmäßig** ist, was nach seiner Wirkung geeignet ist, einen bestimmten Zweck bzw. bestimmte Ziele zu erreichen. Dies erfordert eine Übereinstimmung von Wirkung und Behandlungsziel. Zweckmäßigkeit setzt daher in der Regel voraus, dass eingesetzte Methoden allgemein anerkannt sind und gemäß „den Regeln der ärztlichen Kunst“ und „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ verordnet werden.
- **Wirtschaftlichkeit** ist die Abwägung zwischen Aufwand und Wirksamkeit. Mit dem geringstmöglichen Aufwand soll die erforderliche - ausreichende und zweckmäßige - Leistung erbracht werden.
- Das **Maß des Notwendigen** verbietet ein Übermaß nach Art und Umfang der Leistung. Geeignete und wirksame Leistungen, die für sich allein betrachtet durchaus wirtschaftlich sind, stehen nicht zu, wenn bei der konkreten Bedarfssituation auch eine qualitativ geringere Leistung ausreichend und zweckmäßig ist.

Den besonderen Erfordernissen der *Versorgung psychisch Kranker* tragen auch die Heilmittel-Richtlinien Rechnung. So wurden insbesondere in den Maßnahmen der Ergotherapie (Arbeits- und Beschäftigungstherapie) und der Sprachtherapie psychische und psychiatrische Schädigungen berücksichtigt und in Indikationen explizit benannt. Generell ist bei der Verordnung und Anwendung von Heilmitteln, die für die Patienten mit körperlichen und psychischen Anstrengungen verbunden sind, auf die allgemeine Belastbarkeit der psychisch Kranken besonders einzugehen und Therapieumfang und -intensität sind der Belastbarkeit anzupassen.

Die *Verbindlichkeit* der Heilmittel-Richtlinien ergibt sich konkret aus dem Gesetz: nach § 92 Abs. 8 SGB V sind die Richtlinien des Bundesausschusses Bestandteile der Bundesmantelverträge. Auch nach den Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Richtlinien des Bundesausschusses verbindlich sind (§ 81 Abs. 3 SGB V).

2. Die Abgabe von Heilmitteln ist Aufgabe von durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene (im folgenden Landesverbände der Krankenkassen genannt) gemäß § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringern. Die Landesverbände der Krankenkassen stellen den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Verzeichnis der zugelassenen Leistungserbringer zur Verfügung.

Heilmittelerbringer schließen mit den Verbänden der Krankenkassen Einzelverträge. Die Spitzenverbände der Krankenkassen verabschieden „Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen“. Heilmittel dürfen nur durch ausreichend qualifizierte und zugelassene Leistungserbringer abgegeben werden. Die Qualifikation beinhaltet u.a. den Nachweis der staatlich anerkannten Ausbildung, die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung und den Nachweis einer absolvierten Praxisphase. Die Praxisausstattung muss definierten Standards genügen, damit eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet ist. Der Leistungserbringer hat die für die Versorgung geltenden Vereinbarungen, u.a. die Heilmittel-Richtlinien und die Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln (§ 125 SGB V), anzuerkennen.

Um den Vertragsärzten einen Überblick zur Anzahl und zum Leistungsspektrum der zugelassenen Heilmittelerbringer zu geben, werden den Kassenärztlichen Vereinigungen von den Landesverbänden der Krankenkassen Verzeichnisse der zugelassenen Leistungserbringer zur Verfügung gestellt. Diese Informationen vereinfachen auch die gesetzlich geforderte Kooperation zwischen den Vertragsärzten und den Heilmittelerbringern.

3. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden in den Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln und Verträgen nach § 125 SGB V den in diesen Richtlinien beschriebenen Leistungsrahmen nicht überschreiten.

Die Landesverbände der Krankenkassen stellen den Kassenärztlichen Vereinigungen Vergütungsvereinbarungen über die mit den nach § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringern vereinbarten Leistungen (einschließlich der Regelbehandlungszeiten) zur Verfügung.

Eng mit der Erstellung der Heilmittel-Richtlinien verknüpft ist der Auftrag, Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abzugeben (§ 125 SGB V). Insofern besteht die Notwendigkeit, Leistungsinhalte und -umfänge in den Richtlinien und Rahmenempfehlungen parallel zu definieren und in Übereinstimmung zu bringen.

Der Arzt benötigt bei der Verordnung von Heilmitteln, wie auch bei der Verordnung von Arzneimitteln, Preisinformationen, um den notwendigen Preisvergleich vornehmen zu können. Dieser Vergleich betrifft sowohl das verordnete Heilmittel selbst als auch die Prüfung, ob die Verordnung eines Heilmittels bzw. Hilfsmittels wirtschaftlicher ist als andere Möglichkeiten, z.B. Arzneimittel. Die Preise bzw. Vergütungssätze für Heilmittel werden überwiegend landeseinheitlich vereinbart. Damit der Arzt die finanziellen Auswirkungen seiner Verordnung abschätzen kann, sind den Kassenärztlichen

Vereinigungen Preislisten bzw. Listen der Vergütungssätze zur Verfügung zu stellen.

4. Vertragsärzte und Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, dass die Versicherten eigenverantwortlich durch gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorge- und aktive Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern und deren Verlauf und Folgen zu mildern.

Jeder Versicherte ist für die Erhaltung seiner Gesundheit soweit verantwortlich, wie er darauf Einfluss nehmen und im Falle der Erkrankung das Seine zur Erreichung der Behandlungsziele beitragen kann. Krankenkassen und Vertragsärzte haben die Patienten hierbei zu unterstützen. Die Versicherten sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dafür Sorge tragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

5. Vertragsärzte und Krankenkassen haben die Versicherten darüber aufzuklären, welche Leistungen nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet und abgegeben werden können.

Zur Abschätzung der Eigenverantwortung des Versicherten zählt auch, dass Versicherte in gleicher Weise und mit der gleichen Verbindlichkeit über den Umfang und die Grenzen der Leistungsansprüche bzw. der Leistungsgewährung zu informieren sind. Die bindenden Grenzen der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erfordern übereinstimmende Informationen der Anspruchsberechtigten.

II. Grundsätze der Heilmittelverordnung

6. Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. Heilmittel sind

- 6.1 die einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie (Nr. 17.1 - 17.8)
- 6.2 die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Nr. 18.1 - 18.3)
- 6.3 die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie (Nr. 20.1 - 20.5)

Die Richtlinien regeln die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Die Verordnung von kurortspezifischen Heilmitteln ist nicht Gegenstand dieser Richtlinien.

Weder die früher geltende RVO noch das SGB V gaben eine Definition des Begriffs Heilmittel. Nach alter Rechtsauffassung dienten Heilmittel der

Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch Beseitigung oder Milderung der Krankheitserscheinungen während der Behandlungsdauer. Als Heilmittel galten vorwiegend sächliche Mittel einschließlich gewisser, außerhalb der gewöhnlichen ärztlichen Tätigkeit liegender äußerlicher Einwirkungen auf den Körper wie Massagen, heilgymnastische Übungen, Bäder usw., wenn sie vom Arzt verordnet wurden, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Krankenbehandlung standen und einen Heilerfolg herbeiführen oder sichern sollten.

Der Gesetzgeber konkretisierte in neueren Gesetzen zur Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII, § 30 Heilmittel) den Heilmittel-Begriff. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Abgrenzung von Heil- und Hilfsmitteln hat dies aufgenommen (Urteil vom 16. September 1999, B 3 KR 2/99 B, Urteil vom 8. Februar 2000, B 1 KR 3/99 B) und bezeichnet als

- *Heilmittel* alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen,
- *Hilfsmittel* alle ärztlich verordneten Sachen, die den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder Folgen von Gesundheitsschäden mildern oder ausgleichen.

In den Richtlinien werden Heilmittel im gleichen Sinne definiert, konkret benannt und die Grundsätze zur Verordnung von Heilmitteln festgelegt. Andere als die in 6.1. bis 6.3 aufgezählten Maßnahmen sind derzeit nicht als Heilmittel zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig, es sei denn, die Richtlinien werden entsprechend erweitert.

Die Bindungswirkung der Richtlinien erstreckt sich nur auf die vertragsärztliche, nicht jedoch auf die vertragszahnärztliche Versorgung. Auch Maßnahmen der physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Maßnahmen der Ergotherapie, die in Krankenhäusern bzw. in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bzw. als Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten durchgeführt werden, sind von den Heilmittel-Richtlinien nicht betroffen. Ferner unterliegen die Leistungen in der ärztlichen Praxis wie physikalisch medizinische Leistungen der EBM-Nrn. 501ff, stimm- und sprachtherapeutische Leistungen der EBM-Nrn. 1630, 1634, sensomotorische Übungsbehandlungen der EBM-Nrn. 511, 512 sowie die funktionelle Entwicklungstherapie der EBM-Nrn. 960, 961 unterliegen nicht den Regularien der Heilmittel-Richtlinien. Die Definition der Leistungsinhalte und Vorgaben für die Vergütung (Punktwert) fallen in die Zuständigkeit des Bewertungsausschusses (§ 87 Abs. 3 SGB V). Insofern ist zwischen verordnungsfähigen Heilmitteln der vertragsärztlichen Versorgung, der vertragszahnärztlichen Versorgung, den Leistungen des EBM, Heilmitteln in Krankenhäusern, Heilmitteln

in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bzw. auch Heilmitteln in Frühfördereinrichtungen oder Sozialpädiatrischen Zentren zu unterscheiden.

7. Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind,
 - eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
 - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Ein Anspruch auf notwendige Heilmittel im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V i.V.m § 32 SGB V besteht dann, wenn die medizinischen Voraussetzungen (anspruchsbegründende Tatsachen) erfüllt sind.

Dabei ist vom *versicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff* auszugehen. Der *versicherungsrechtliche Begriff* subsumiert Krankheit als einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder/und Arbeitsunfähigkeit bedingt. Davon sind auch nicht solche Regelwidrigkeiten ausgeschlossen, die auf einen Alterungsprozess zurückzuführen sind. Wenn diese Regelwidrigkeiten *behandlungsbedürftig* werden, begründen sie den Versicherungsfall der Krankheit, der die Krankenkasse zu Krankenhilfeleistungen verpflichtet (BSG, Urteil vom 12.10.1988 - 3/8 RK 28/87). *Behandlungsbedürftigkeit* liegt vor, wenn durch den regelwidrigen Gesundheitszustand die körperlichen oder geistigen Funktionen in einem so erheblichen Maße eingeschränkt sind, dass ihre Wiederherstellung der Mithilfe des Arztes, also der ärztlichen Behandlung bedarf (BSG, Urteil vom 10.7.1979 - 3 RK 21 / 78). Als regelwidrig ist dabei ein Zustand anzusehen, der von der Norm, vom Leitbild des gesunden Menschen abweicht (BSG, Urteil vom 10.2.1993 - 1 RK 14/92).

Der *medizinische Krankheitsbegriff* hingegen versteht unter Krankheit jede Abweichung von oder Störung der normalen Struktur und Funktion eines Körperteils, Organs oder Organsystems oder deren Kombination, die sich durch ein charakteristisches Muster von Beschwerden und Befunden äußert. Der Bezug zur Behandlungsbedürftigkeit fehlt.

Die Verordnung von Heilmitteln als *Vorsorgeleistungen* nach § 23 Abs. 1 SGB V ist auch Bestandteil der vertragsärztlichen Behandlung. Der Gesundheitszustand des Versicherten muss anhand medizinisch objektivierbarer Befunde so geschädigt sein, dass prognostisch bei gleichbleibender beruflicher und sonstiger Belastung die Manifestation einer behandlungsbedürftigen Krankheit nicht auszuschließen ist. Ferner kann es um eine Maßnahme gehen, die einer

Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenwirkt. Als Kinder im Sinne dieser Regelung sind Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzusehen. Heilmittel sind als Vorsorgeleistungen auch zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.

8. Heilmittel sind nur nach Maßgabe dieser Richtlinien nach pflichtgemäßem Ermessen verordnungsfähig. Der indikationsbezogene Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Abs. 6 SGB V (im folgenden Heilmittelkatalog genannt), der Bestandteil dieser Richtlinien ist, regelt
 - die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind,
 - die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen,
 - die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnose und
 - die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folge- und Langfristverordnungen).

Die Vertragsärzte stellen sicher, dass für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten diese Richtlinien kennen und beachten.

Voraussetzung für die sachgerechte und damit wirtschaftliche Verordnungsweise ist die qualifizierte Verordnung nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Verordnung von Heilmitteln ist grundsätzlich nicht an bestimmte (Fach)-Arztgruppen gebunden. Aber jeder Arzt, der Heilmittel verordnet, hat vor dem Hintergrund der ärztlichen Sorgfaltspflicht zu prüfen, ob er für die Indikationsstellung, fachgerechte Begleitung und den Abschluss der Heilmitteltherapie ausreichend qualifiziert ist. Die Veranlassung von Hilfeleistungen anderer Personen erfordert, dass der Arzt auch die Kompetenz hat, die von ihm verordneten Maßnahmen, die durch andere Personen erbracht werden, beurteilen und einschätzen zu können. Maßgebend ist hier der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel, der die Zuordnung der Heilmittel zu bestimmten Indikationen, die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen, die Festlegung der Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnose sowie die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen als Rahmen vorgibt.

Nach § 14 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-A) haftet der Vertragsarzt für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung auch für Assistenten, Vertreter oder Hilfskräfte, die er beschäftigt, im gleichen Umfang wie für seine eigene Tätigkeit. Da zu den vertragsärztlichen Pflichten die Beachtung der Richtlinien gehört, ergibt sich hieraus die Verpflichtung, den oben genannten Personenkreis auf die einschlägigen Bestimmungen hinzuweisen und dafür Sorge zu tragen, dass diese beachtet werden.

9. Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraus. Der Therapeut ist grundsätzlich an die Verordnung gebunden, es sei denn im Rahmen dieser Richtlinien ist etwas anderes bestimmt.

Um die Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer im Hinblick auf eine gemeinsame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung zu gewährleisten, dürfen für die Verordnung von Heilmitteln nur die jeweils vereinbarten Vordrucke verwendet werden. Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Vertragsarztes mit dem Heilmittelerbringer und den Gebrauch der Verordnungsvordrucke ist in den Kapiteln VI und VII dieser Richtlinien bestimmt.

Die vertragsärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 und 7 umfasst neben der ärztlichen Behandlung auch die Anordnung von Hilfeleistungen anderer Personen und die Verordnung von Heilmitteln. Der Heilmittelerbringer ist an die ärztliche Verordnung gebunden. Erkennt der Heilmittelerbringer im Rahmen seiner berufsspezifischen Befunderhebung bzw. der laufenden Therapie, dass andere Maßnahmen der Heilmitteltherapie besser geeignet sind, die der Krankheit innewohnenden Schädigungen und Fähigkeitsstörungen des Patienten positiv zu beeinflussen, hat der Heilmittelerbringer mit dem verordnenden Vertragsarzt vor Änderung einer Verordnung Rücksprache zu nehmen.

Um die Qualität der ärztlichen Verordnung sicherzustellen und die gesetzlich bestimmte Zusammenarbeit zwischen Arzt und Heilmittelerbringer zu fördern, sind die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Vordrucke zu verwenden. Die Änderung einer Verordnung ohne Einverständnis des Vertragsarztes ist nicht zulässig. Die ärztliche Verordnung, das heißt das Verordnungsblatt, ist eine Urkunde. Jeder, der unberechtigt eine ärztliche Verordnung ändert, abändert oder ergänzt usw., begeht eine Urkundenfälschung, die strafrechtlich verfolgt werden kann. Der Arzt ist verpflichtet, die Verordnung sorgfältig auszustellen. Sorgfältig bedeutet insbesondere, dass die verordneten Maßnahmen genau, eindeutig, umfassend und abschließend bezeichnet werden. Ungenaue oder unvollständige Verordnungen erzeugen Unsicherheit bei den ausführenden Stellen. Folgen sind vermeidbare Rückfragen beim ausstellenden Arzt oder ggf. auch eigenständige Auslegungen durch den nichtärztlichen Behandler. Der verordnende Arzt ist zwar für die Durchführungsqualität der verordneten Maßnahme nicht verantwortlich, er trägt aber die Verantwortung für die Unwirtschaftlichkeit der Maßnahmen, insbesondere wenn eine nicht sorgfältig ausgestellte Verordnung die Grundlage hierzu war.

10. Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Kranken überzeugt und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.

Diese Regelung folgt im Grunde denjenigen, die im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä § 15 Abs. 2) niedergelegt sind. Verordnungen dürfen vom Vertragsarzt nur ausgestellt werden, wenn er sich persönlich von dem Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Hiervon darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Vor der Verordnung von Heilmitteln hat sich der Arzt ggf. auch über die persönlichen Lebensumstände des Patienten zu informieren, insbesondere dann, wenn die Lebensumstände für die geplante Therapieform von Belang sein können.

11. Der Heilmittelverordnung nach den Richtlinien liegt in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges ein definierter Regelfall zugrunde. Dieser Regelfall geht von der Vorstellung aus, dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel und den entsprechenden Verordnungsmengen typischerweise das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann.

Der Begriff „Regelfall“, wie er sich aus § 125 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V ergibt, ist ein medizin-juristischer Komplexbegriff, der medizinische Sachverhalte mit vertraglichen Festlegungen verknüpft. Der Regelfall beinhaltet

- die medizinische Indikation,
- die Ziele der Heilmitteltherapie in der jeweiligen Diagnosengruppe,
- die zugeordneten Maßnahmen der Heilmitteltherapie,
- die an medizinischen Erfordernissen bestimmten Verordnungsmengen in den jeweiligen Diagnosegruppen und
- die Benennung einer zeitlichen Dimension, wann ein neuer Regelfall eintreten kann.

Nur die Definition und inhaltliche Bestimmung des Regelfalls ermöglichte die Erstellung des Heilmittel-Kataloges, der den medizinischen und vertragstechnischen Anforderungen an eine sachgerechte Verordnung von Heilmitteln genügen konnte. Der Regelfall entspricht nicht dem Behandlungsfall, wie er in den Bundesmantelverträgen bestimmt ist.

- 11.1. Eine Heilmittelverordnung im Regelfall liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen den im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegten Verordnungsmenge je Diagnose nicht überschritten wird. Heilmittel-

verordnungen außerhalb des Regelfalls sind bis auf die in den Richtlinien genannten Ausnahmen nicht zulässig.

Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall auslösen, wenn nach einer kontinuierlichen Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von

- mehr als 6 Wochen bei der Physikalischen Therapie,
- mehr als 12 Wochen bei der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und
- mehr als 12 Wochen bei der Ergotherapie

abgelaufen ist.

Heilmittel im Regelfall können wie folgt verordnet werden

1. in der Physikalischen Therapie als:

- vorrangiges Heilmittel,
- optionales Heilmittel,
- ergänzendes Heilmittel,
- standardisierte Heilmittelkombination,

2. in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie:

- das im Katalog genannte Heilmittel,

3. in der Ergotherapie als:

- vorrangiges Heilmittel,
- optionales Heilmittel,
- ergänzendes Heilmittel.

Die Begriffe „Regelfall“ und „Heilmittelverordnung im Regelfall“ werden dahingehend konkretisiert, dass die Verordnung hinsichtlich der medizinischen Inhalte mit den Richtlinien konform geht, die festgelegte Verordnungsmenge bei derselben Diagnose nicht überschritten wird und Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls nicht nötig sein werden und grundsätzlich auch nicht zulässig sind. Der Regelfall besagt also, dass die Therapie mit den vorgesehenen Verordnungsmengen abgeschlossen wird. Ein neuer Regelfall tritt dann ein, wenn nach einem festgelegten beschwerdefreien Intervall erneut eine Heilmitteltherapie verordnet wird.

Der größte Teil der Verordnungen erfolgt innerhalb der Mengen des Regelfalls, da ansonsten schon vom Wortsinn her nicht vom Regelfall gesprochen werden könnte. Die Intervalle, die die einzelnen Regelfälle voneinander trennen, sind unter Berücksichtigung medizinischer Sachverhalte unterschiedlich bemessen. Die Begriffe vorrangiges, optionales und ergänzendes Heilmittel sowie der Begriff der standardisierten Heilmittelkombination sind für das

Verordnungsgeschehen zukünftig zentrale Elemente und werden unter Nr. 11.1 der Heilmittel-Richtlinien erwähnt, um ihre grundsätzliche Bedeutung hervorzuheben, die Konkretisierung erfolgt in Nr. 24 der Richtlinien.

- 11.2 Die Heilmittel sind nach Maßgabe des Kataloges im Regelfall verordnungsfähig als:
- Erstverordnung,
 - Folgeverordnung,
 - Langfristverordnung.
- 11.2.1 Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Diagnose als Folgeverordnung. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen.
- 11.2.2 Folgeverordnungen im Regelfall können nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs als 1. und maximal als 2. Folgeverordnung ausgestellt werden.
- 11.2.3 Langfristverordnungen im Regelfall sind nur zulässig, wenn dies im Heilmittelkatalog ausdrücklich festgelegt ist. Auch in Langfristverordnungen ist die Anzahl der Behandlungen festzulegen. „Standardisierte Heilmittelkombinationen“ können nicht als Langfristverordnung verordnet werden.

In Abhängigkeit von medizinischer Diagnose und zugeordneten Schädigungen / Funktionsstörungen wurden im Heilmittel-Katalog indikationsbezogenen Erst-, Folge- und ggf. Langfristverordnungen und deren Mengen (= Regelfall) festgelegt. Die Vorgaben hinsichtlich der Verordnungsmengen sind nicht als Mindestgrößen zu verstehen, die es auf keinen Fall zu unterschreiten gilt, sondern sie umfassen die maximal zu verordnenden Einheiten innerhalb des Regelfalls.

Die erste Verordnung einer Heilmitteltherapie gilt als *Erstverordnung*. Verordnet werden kann maximal die in der Erstverordnungsmenge angegebene Anzahl an Behandlungseinheiten. Die weitere Verordnung gilt als *erste Folgeverordnung*. Je nach Diagnose und Schädigungsbild kann eine *zweite Folgeverordnung* ausgestellt werden.

Durch die Definition des Regelfalls und die differenzierte Festlegung von Verordnungsmengen, die nicht starr auf die Verordnung von den bisher bekannten „6er-Blöcken“ abzielt, ist es gelungen, für bestimmte Krankheitsbilder auch *Langfristverordnungen* vorzusehen. Damit soll insbesondere den Bedürfnissen chronisch geschädigter Patienten, die u.U. einer fortlaufenden Therapie mit Heilmitteln bedürfen, Rechnung getragen werden.

Standardisierte Heilmittelkombinationen, daraufhin ausgelegt, komplexe Schädigungsbilder / Funktionsstörungen in einem umschriebenen Zeitraum zur Ausheilung zu bringen bzw. die Beschwerden deutlich zu lindern, sind kein Instrument einer Langzeittherapie. Sie sind im Gegenteil ein typisches Element einer intensivierten, zeitlich umschriebenen Intervention, die insbesondere dazu dienen soll, z.B. von Arbeitsunfähigkeit betroffenen Berufstätigen eine möglichst umgehende Wiederaufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit zu ermöglichen.

- 11.2.4 Folgeverordnungen und Langfristverordnungen sind nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs nur zulässig, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt zuvor erneut vom Zustand des Patienten überzeugt hat. In die Entscheidung des Vertragsarztes über Folgeverordnungen und Langfristverordnungen soll der Bericht des Therapeuten nach Nr. 29.5 einfließen.

Diese Vorschrift betont, dass die Regelungen der Nr. 10 der Richtlinien auch für Folge- oder Langfrist-Verordnungen anzuwenden sind. Eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet, ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken. Zwischen dem Vertragsarzt und dem Therapeuten, der die sachgerechte und qualifizierte Durchführung der verordneten Maßnahme gewährleistet, muss eine Kooperation sichergestellt sein. Im übrigen ist der Therapeut nach Nr. 29.5 der Richtlinien aufgefordert, den verordnenden Vertragsarzt jeweils nach Abschluss einer Behandlungsserie schriftlich über das Ergebnis der Therapie zu unterrichten. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels ist abzugeben, sofern er die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.

- 11.3 Ist im Heilmittelkatalog eine Langfristverordnung nicht vorgesehen und ist das Therapieziel ohne eine solche Verordnung im Einzelfall nicht erreichbar, ist diese Verordnung ggf. mit prognostischer Einschätzung zu begründen.
- 11.4 Lässt sich in Ausnahmefällen mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Verordnungsmenge im Regelfall die Behandlung nicht abschließen, bedürfen alle weiteren Verordnungen der besonderen Begründung ggf. mit prognostischer Einschätzung.

Die Verordnungsmengen des Regelfalls sind so bemessen, dass die Mehrzahl der benannten Indikationen unter den Regularien des Regelfalls

behandelt werden. Da grundsätzlich nicht auszuschließen ist, dass weitere Heilmitteltherapien erforderlich sind, wurden Ausnahmeregelungen geschaffen, so dass indizierte notwendige Behandlungen mit Heilmitteln nicht aus sachfremden Erwägungen und Erfordernissen heraus unterbleiben. Der Indikationskatalog ermöglicht bei einigen Krankheitsbildern mit entsprechenden Schädigungen / Funktionsstörungen längerfristige Behandlungen innerhalb des Regelfalls über die Langfristverordnungen. Sind im Heilmittel-Katalog Langfristverordnungen nicht vorgesehen, besteht aber ausnahmsweise eine Konstellation von Diagnosen und Schädigungen / Funktionsstörungen, die weitere Behandlungen über die Verordnungsmengen des Regelfalls hinaus erfordern, können bei begründeter medizinischer Notwendigkeit weitere Verordnungen vorgenommen werden.

In solchen Konstellationen ist jede weitere Vorordnung zu begründen und eine prognostische Abschätzung der weiteren Behandlungsdauer und -intensität schriftlich auf dem Verordnungsvordruck festzuhalten. Da Verordnungen außerhalb des Regelfalls der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen sind, sollten Ärzte und Heilmittelerbringer entsprechende Situationen zeitgerecht erkennen und die Genehmigung veranlassen, um Therapieverzögerungen durch die Vorlage und Prüfung der Verordnung bei der Krankenkasse zu vermeiden.

- 11.5 Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Verzichtet eine Krankenkasse auf die Vorlage, informiert sie darüber schriftlich die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Abgabe von Heilmitteln ist in den Bundesmantelverträgen mit Genehmigungsvorbehalten versehen (Bundesmantelvertrag–Ärzte § 30 „Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln“). Mit der Schaffung des Regelfalls konnte für die größte Anzahl der Indikationen festgelegt werden, dass die Genehmigungspflicht der Krankenkassen entfällt und Heilmittelerbringer die Therapie unverzüglich aufnehmen können. Nur dann, wenn im Rahmen der Therapie die Konstruktion des Regelfalls verlassen wird, müssen begründungspflichtige Verordnungen auch der Krankenkasse vorgelegt werden.

So kann das Erreichen der Grenze des Regelfalls für die Krankenkasse ein Anlass sein, über die geeigneten und richtigen Maßnahmen zur Überwindung des Krankheitszustandes nochmals zu befinden und ggf. auch die Behandlung in ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtungen anzuregen, um drohende Behinderungen abzuwenden bzw. schon bestehende Behinderungen zu bessern. Insbesondere bei kostenintensiven chronischen bzw. drohenden chronischen Erkrankungen besteht die Notwendigkeit, die von Krankheit und Krankheitsfolgen betroffenen Versicherten möglichst rasch und vernetzt an die kompetenten Ärzte und gegebenenfalls auch Rehabilitations-

Einrichtungen zu lotsen, um drohende Komplikationen (z.B. bleibende Behinderungen) als Krankheitsfolge ebenso wie unnötig lange Zeitintervalle zwischen den einzelnen Behandlungsmaßnahmen zu vermeiden. Dies bedarf einer Abstimmung zwischen der Krankenkasse und dem behandelnden Arzt, um den Betroffenen eine ausreichend qualifizierte und zielführende Behandlung anzubieten. Nur so können Ärzte und Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkassen) sicher stellen, dass die ärztliche Behandlung und auch die Leistungen zur Rehabilitation sinnvoll darauf ausgerichtet sind, Versicherte auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern.

12. Beim Vorliegen von geringfügigen Gesundheitsstörungen dürfen Heilmittel anstelle der nach § 34 Abs. 1 SGB V von der Verordnung ausgeschlossenen Arzneimittel nicht ersatzweise verordnet werden. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen der Physikalischen Therapie zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten.

Wie Arzneimitteln können auch Heilmittel, die im Anwendungsgebiet der von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden, nicht verordnet werden. Bei geringfügigen Gesundheitsstörungen scheidet die ersatzweise Verordnung von Heilmitteln anstelle von Arzneimitteln zu Lasten der Krankenversicherung somit aus. Dies gilt nach den Richtlinien insbesondere für Maßnahmen der physikalischen Therapie zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten, jedoch nur für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben (§ 34 Abs. 1 SGB V). Für Kinder kann die Verordnung von Heilmitteln, soweit die therapeutische Beeinflussung der Schädigungen / Funktionsstörungen z.B. der Atmungsorgane bei Erkältungskrankheiten dies erfordert, in Betracht kommen und wäre auf einem vertragsärztlichen Rezept verordnungs- und durch den Heilmittelerbringer abrechnungsfähig.

13. Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll der Vertragsarzt prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch
 - durch eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten (z. B. nach Erlernen eines Eigenübungsprogramms, durch allgemeine sportliche Betätigung oder Änderung der Lebensführung),
 - durch eine Hilfsmittelversorgung oder
 - durch Verordnung eines Arzneimittelsunter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann. Dann haben diese Maßnahmen Vorrang gegenüber einer Heilmittelverordnung.

Viele Krankheiten bzw. Krankheitsfolgezustände lassen sich durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung positiv beeinflussen. Sind Krankheiten

aber dann dennoch aufgetreten, muss die Therapie nicht immer oder nicht allein das Arzneimittel, das Heilmittel oder Hilfsmittel sein. Manche medizinische Maßnahme kann durch Veränderungen der Lebensweise, vorbeugender körperlicher Bewegung und sportlichen Betätigungen bzw. erlernten Eigenübungsprogrammen verkürzt bzw. sogar vermieden werden. Stets hat der Arzt hierbei abzuwägen, mit welchen Maßnahmen sich das Therapieziel wirksam und wirtschaftlich erreichen lässt.

14. Neue Heilmittel oder zugelassene Heilmittel nach Maßgabe dieser Richtlinien zur Behandlung nicht im Heilmittelkatalog genannter Indikationen dürfen nur verordnet oder gewährt werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zuvor in diesen Richtlinien den therapeutischen Nutzen anerkannt und Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Das Verfahren richtet sich nach Anlage 1 dieser Richtlinien.
15. In der Anlage 2 dieser Richtlinien sind Maßnahmen aufgeführt, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht als Heilmittel verordnet werden können, oder Indikationen, in denen zugelassene Heilmittel im Rahmen der GKV nicht verordnungsfähig sind.

Nach § 138 SGB V „Neue Heilmittel“ dürfen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte neue Heilmittel nur verordnen, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Die Vorschrift des § 138 SGB V dient der Qualitätssicherung bei der Einführung „neuer“ Heilmittel und gilt als „lex specialis“ zu § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V (BSG Urteil vom 28. Juni 2000 - B 6 KA 26/99 R). Als „neu“ sind solche Maßnahmen anzusehen, die zum Zeitpunkt der Prüfung durch den Bundesausschuss nach den Heilmittel-Richtlinien nicht verordnungsfähig sind oder Maßnahmen, die für bestimmte Indikationen bereits nach den Heilmittel-Richtlinien verordnet werden können, deren Indikationsbereiche aber wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren haben.

Die Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinien listet konkret Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Prüfung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach Maßgabe der Anlage 1 nicht nachgewiesen ist. Heilmittel, die nicht in den Richtlinien erwähnt und auch nicht in der Anlage 2 gelistet sind, sind dem Grunde nach ebenfalls nicht verordnungsfähig, da ihr therapeutischer Nutzen nicht durch die Vertragspartner anerkannt ist.

16. Die Auswahl und die Anwendung des Heilmittels hängt von Ausprägung und Schweregrad der Erkrankung (Schädigung / Funktionsstörung /

Fähigkeitsstörung) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Ziel (Therapieziel) ab.

Die Indikation zur Verordnung und Durchführung einer Heilmitteltherapie ergibt sich nicht allein aus einer medizinischen „ICD-Diagnose“ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme). Vielmehr ergibt sich die Notwendigkeit erst aus der Kombination der medizinischen Diagnose mit entsprechenden Schädigungen/Funktionsstörungen und Fähigkeitsstörungen und den angestrebten Zielen der Heilmitteltherapie, die sich ganz allgemein an alltagsrelevanten Erfordernissen zu orientieren haben. Erst diese Betrachtung erlaubt die sachgerechte Auswahl der einzelnen Maßnahmen der Heilmitteltherapie.

Diese Betrachtungsweise und Form der Indikationsstellung folgt dem biopsychosozialen Krankheitsmodell, die von der WHO in der Klassifikation von Krankheitsfolgeerscheinungen „ICIDH“ (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps = internationale Klassifikation von *Schädigungen, Fähigkeitsstörungen* und *Beeinträchtigungen*) beschrieben wurde. Dieses Krankheitsmodell und Klassifikationssystem erlaubt die Herstellung von Beziehungen zwischen ICD-Diagnosen, tatsächlich vorhandenen Schädigungen/Funktionsstörungen, daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen und schließlich festzustellenden (sozialen / ökonomischen) Beeinträchtigungen:

- *Schädigungen / Funktionsstörungen* sind einerseits Verluste oder Normabweichungen in der psychischen, physiologischen oder anatomischen Struktur, aber auch Funktionsstörungen eines Organs oder Organsystems als Folge einer Krankheit;
- mit *Fähigkeitsstörungen* werden Einschränkungen oder Verluste von Fähigkeiten als Folge einer Schädigung beschrieben, Aktivitäten in der Art und Weise oder in dem Umfang auszuführen, die für einen gesunden, nicht behinderten Menschen als normal und für seinen persönlichen Lebenskontext typisch angesehen werden;
- *Beeinträchtigung* ist eine sich aus einer Schädigung oder Fähigkeitsstörung ergebende Benachteiligung einer betroffenen Person, die die Erfüllung einer Rolle einschränkt oder verhindert, die (abhängig von Geschlecht, Lebensalter sowie sozialen und kulturellen Faktoren) für diese Person normal ist.

Die Bezeichnung „*Behinderung*“ (Disablement) kann als Oberbegriff der drei WHO-Dimensionen Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung gelten. Aus der Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung ergibt sich in der Gesamtbetrachtung die Behinderung.

Die Auswahl der Heilmittel der physikalischen Therapie bestimmt sich im wesentlichen durch die Schädigung, während die Auswahl der Heilmittel zur Behandlung von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen bzw. die Heilmittel aus der Ergotherapie Schädigungen und Fähigkeitsstörungen gleichermaßen betrachtet.

- 16.1 Die gleichzeitige Verordnung mehrerer Heilmittel ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn durch sie ein therapeutisch erforderlicher Synergismus erreicht wird. Das Nähere hierzu wird in Kapitel VI bestimmt.

Grundsätzlich sollten mehrere Heilmittel für denselben Anwendungsbereich nicht verordnet werden. Beim Vorliegen zweier unterschiedlicher Schädigungen/ Funktionsstörungen bei derselben Diagnose ist die Verordnung von zwei vorrangigen Heilmitteln, ggf. auch mit den zugehörigen ergänzenden Heilmitteln allerdings möglich. Dies setzt jedoch voraus, dass der Patient für eine solche Therapie ausreichend körperlich belastbar ist und die in engem zeitlichen Zusammenhang erfolgende Therapie zu einer schnelleren Genesung beiträgt. Der gleichzeitige Einsatz mehrerer Heilmittel sollte einen therapeutisch zweckmäßigen Synergismus bewirken. Therapeutisch sich gegenseitig ergänzende und unterstützende Maßnahmen werden dabei planmäßig für die Erzielung des Heilerfolges eingesetzt.

- 16.2 Heilmittel können, sofern in den Kapiteln III-V nichts anderes bestimmt ist,

- als Behandlung beim Therapeuten (Einzel- oder Gruppentherapie) oder
- als Behandlung im Rahmen eines Hausbesuchs durch den Therapeuten

vom Vertragsarzt verordnet werden. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer gewünschter Effekte oder i. S. des Wirtschaftlichkeitsgebots Gruppentherapie zu verordnen.

Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, insbesondere in Form eines Hausbesuches, ist ausnahmsweise nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.

Die Therapie mit Heilmitteln kann als *Einzel- oder Gruppenbehandlung* erfolgen. Der Arzt hat zu prüfen, ob anstelle einer Einzelbehandlung eine Gruppenbehandlung zweckmäßig ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn gruppenspezifische Effekte zu einer Beschleunigung der Heilung beitragen. Gruppenbehandlungen sind möglich bei der Behandlung von Schädigungen,

bei denen sich Leistungsanforderungen und die einzeln erforderlichen Maßnahmen für die Gruppe vereinheitlichen lassen. Neben körperlich medizinisch ausgerichteten Faktoren beeinflussen auch psychosoziale Gruppenphänomene das Ergebnis positiv. Hierzu zählen der Abbau von Isolation, die Steigerung des krankheitsbedingt reduzierten Selbstvertrauens und der Leistungsfähigkeit sowie der Abbau von Verhaltensfehlformen durch Einsichtskorrekturen in die Krankheit, auch bedingt über den Austausch mit Patienten, die ähnliche Schädigungen aufweisen. Um zu verhindern, dass zu große Therapiegruppen gebildet werden, wurden in den Richtlinien maximale Gruppengrößen definiert.

Die Behandlung der Versicherten erfolgt in der Regel in der Praxis des Heilmitteltherapeuten, da zur Durchführung der Behandlung neben der Anwesenheit des Therapeuten auch technische Apparate und andere Materialien benötigt werden. Eine ärztliche Verordnung als *Hausbesuch* zur Durchführung der Behandlung in der Wohnung des Patienten (dies wäre auch das Senioren- oder Behindertenheim oder andere Einrichtungen) ist nur dann zulässig, wenn die Gründe hierfür ausschließlich in der Person des Patienten liegen und medizinisch bedingt sind. Ein wesentlicher Grund ist die Immobilität, d.h. der Versicherte ist (noch) nicht in der Lage, die Praxis des Therapeuten aufzusuchen. Weiterhin ergeben sich Situationen, die die Behandlung in der häuslichen Umgebung aus therapeutischen Gründen zwingend erfordern. Dieses ist insbesondere bei Maßnahmen der Ergotherapie der Fall, bei denen der Versicherte die in der ergotherapeutischen Praxis erworbenen Fähigkeiten in seiner häuslichen Umgebung umsetzen soll. Hierzu bedarf es z.B. der spezifischen Heilmitteltherapie durch den Ergotherapeuten in der häuslichen Umgebung.

Für die Verordnung eines Hausbesuchs ist das Kriterium „medizinische Gründe“ zu beachten. So sind in der vertragsärztlichen Versorgung auch Besuche des behandelnden Arztes nur dann berechnungsfähig, wenn der Besuch oder die Visite nicht aus organisatorischen Gründen, sondern ausschließlich aufgrund der Beschaffenheit der Erkrankung erforderlich war. Besuche (z.B. aus Gefälligkeit) bei Patienten, die eigentlich die Praxis aufsuchen können, können als solche nicht abgerechnet werden. Die vertragsärztliche Verordnung und anschließende Abrechnungsfähigkeit der Heilmitteltherapie im Rahmen von Hausbesuchen aus sozio-ökonomischen oder anderen Aspekten heraus ist nicht zu vertreten.

III. Maßnahmen der Physikalischen Therapie

17. Maßnahmen der Physikalischen Therapie entfalten ihre Wirkung insbesondere nach physikalisch-biologischem Prinzip durch überwiegend von außen vermittelte kinetische, mechanische, elektrische und thermische

Energie. Bei Bädern und Inhalationen können auch chemische Inhaltsstoffe mitwirken.

Für bestimmte Maßnahmen der Physikalischen Therapie bedarf es spezieller Qualifikationen, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen. Solche Maßnahmen, für deren Durchführung eine zusätzliche, abgeschlossene Weiterbildung/Fortbildung erforderlich ist, sind mit *) gekennzeichnet.

Zu den Maßnahmen der Physikalischen Therapie gehören die nachstehend genannten verordnungsfähigen Heilmittel. Die in Anlage 2 dieser Richtlinien genannten

- Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der Anlage 1 nicht nachgewiesen ist, und
- Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind, sind keine verordnungsfähigen Heilmittel i. S. dieser Richtlinien.

Gleiches gilt für Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen, jedoch deren Einsatz bei denen in der Anlage 2 genannte Indikationen nicht anerkannt ist.

Maßnahmen der Physikalischen Therapie entstammen dem Gebiet der Physikalischen Medizin, die als wissenschaftlich ausgerichtete Heilkunde physikalische Faktoren wie Wärme und Kälte, mechanische Energie, Lichtstrahlung sowie verschiedene Formen der elektrischen Energie im Rahmen der ärztlichen Therapie anwendet. Die „Physikalische Medizin“ beschreibt die im Rahmen der ärztlichen Heilkunde eingesetzte Diagnostik und Therapie und ist somit umfassender als der Begriff „Physikalische Therapie“, der den Bereich der therapeutischen Methodik abdeckt. Maßnahmen der Physikalischen Therapie fügen sich als Elemente des ärztlichen Therapiespektrums in die verschiedenen medizinischen Behandlungsmaßnahmen ein. Der sachgerechte Einsatz der einzelnen Heilmittel wird im Heilmittel-Katalog konkretisiert und ermöglicht unter den Bedingungen des Regelfalls eine zielführende Therapie.

Die einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie werden durch die Berufsgruppen der Masseur / medizinische Bademeister sowie Physiotherapeuten / Krankengymnasten durchgeführt. Die gesetzliche geregelte Berufsausbildung vermittelt nach übereinstimmender Überzeugung der Vertragspartner jedoch nicht alle Kenntnisse und Fähigkeiten, die für die Durchführung aller in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen genannten Maßnahmen zwingend erforderlich sind. Für folgende Maßnahmen der Physikalischen Therapie, mit dem Sternchenvermerk *) in den Richtlinien gekennzeichnet, werden im Rahmen strukturierter *Weiter-/ Fortbildungen* Qualifikationen gefordert, die über die im Rahmen der Berufsausbildung

und der berufspraktischen Zeit erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen:

- Manuelle Lymphdrainage (MLD),
- Chirogymnastik,
- Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-„Gerät“),
- Krankengymnastik nach BOBATH,
- Krankengymnastik nach VOJTA,
- Krankengymnastik PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation),
- Manuelle Therapie.

Die Zulassungsempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 124 Abs. 4 SGB V benennen für diese Heilmittel konkrete Weiterbildungsziele und -pläne, die personellen Anforderungen an die ärztlichen und nichtärztlichen Ausbildungskräfte und die organisatorischen Anforderungen (Zeitraumen, Unterrichtsräume, Dokumentation der Prüfung).

Die *Anlage 2* der Heilmittel-Richtlinien führt diejenigen Maßnahmen auf, die der Bundesausschuss auf Antrag beraten und von der Verordnung als Heilmittel in der vertragsärztlichen Versorgung ausgenommen hat. Aus dem Bereich der Physikalischen Medizin sind als Heilmittel explizit nicht verordnungsfähig Maßnahmen wie Hippotherapie, Isokinetische Muskelrehabilitation, Höhlentherapie, Musik- und Tanztherapie, Magnetfeldtherapie ohne Verwendung implantierter Spulen, Fußreflexzonenmassage, Akupunktmassage, Atlas-Therapie nach Arlen, Mototherapie, Zilgri-Methode, Atemtherapie nach Middendorf, Massage des ganzen Körpers (Ganz- bzw. Vollmassagen), Massage mittels Gerät/ Unterwassermassage mittels automatischer Düsen, Teil- und Wannenbäder, soweit sie nicht nach den Vorgaben des Heilmittelkataloges verordnungsfähig sind, Sauna, römisch-irische und russisch-römische Bäder, Schwimmen und Baden, auch in Thermal- und Warmwasserbädern sowie Maßnahmen, die der Veränderung der Körperform (z. B. Bodybuilding) oder dem Fitneß-Training dienen und Maßnahmen, die ausschließlich der Anreizung, Verstärkung und Befriedigung des Sexualtriebes dienen sollen.

17.1 Massagetherapie

Die Massagetherapie ist eine in Ruhelage des Patienten durchgeführte Maßnahme, die aktive körperliche Reaktionen bewirkt. Die Massagetherapie setzt bestimmte manuelle Grifftechniken ein, die in planvoll kombinierter Abfolge je nach Gewebefund über mechanische Reizwirkung direkt Haut, Unterhaut, Muskeln, Sehnen und Bindegewebe einschließlich deren Nerven, Lymph- und Blutgefäße beeinflussen. Indirekt wird eine therapeutische Beeinflussung innerer Organe über cutiviscerale Reflexe erreicht.

Die Massagetherapie umfasst die nachstehend beschriebenen, anerkannten therapeutischen Verfahren:

- Klassische Massagetherapie (KMT) als überwiegend muskuläre Massageform einzelner oder mehrerer Körperteile zur Erzielung einer entstauenden, tonisierenden, detonisierenden, schmerzlindernden und hyperämisierenden Wirkung
- Reflexzonentherapie (RZT) in Form von Bindegewebs-(BGM), Segment-, Periost- und Colonmassage (CM) als gezielte, über nervös-reflektorische Wege einwirkende Massagetechnik zur Beeinflussung innerer Organe und peripherer Durchblutungsstörungen über segmentale Regulationsmechanismen
- Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM) als manuell geführtes Verfahren am unter Wasser befindlichen Patienten, unterstützt vom entspannenden Effekt der Wassertemperatur und von der Auftriebskraft des Wassers, zur verbesserten Rückstromförderung und Mehrdurchblutung, Schmerzlinderung sowie Detonisierung der Muskulatur durch individuell einstellbaren Druckstrahl
- Manuelle Lymphdrainage*) (MLD) der Extremitäten, des Kopfes und/oder des Rumpfes einschließlich der ggf. erforderlichen Bandagierung zur entstauenden Behandlung bei Ödemen verschiedener Ursachen.

Die Massagetherapie besteht in der manuellen mechanischen Einwirkung auf Strukturen, insbesondere Muskeln und Bindegewebe, mit Hilfe bestimmter Handgriffe, die in ständiger Wiederholung und kombiniert angewendet werden. Postuliert werden mechanische, biochemische, immunologische, nervale und psychische Wirkungen. Der Zweck von Massagen kann in der Krankheitsvorbeugung, Krankenbehandlung, aber auch der Körperpflege liegen. Insbesondere der letzte Punkt bringt Massagen als Maßnahme der Physikalischen Therapie auch in die Kategorie einer „Wohlfühlmedizin“. Durch die im Heilmittel-Katalog vorgenommene Zuordnung der verschiedenen Techniken der Massagetherapie zu bestimmten Indikationen und Behandlungszielen wird der Einsatz der einzelnen Massagetechniken medizinisch begründet, so dass der Vorwurf einer „Wohlfühlmedizin“ bzw. einer „medizinisch nicht erforderlichen Leistung“ bei richtiger Indikationsstellung ins Leere geht.

Massagetherapie ist als solche nicht verordnungsfähig, sondern dient in diesen Richtlinien als Oberbegriff für die einzelnen nachfolgenden verordnungsfähigen Massagetechniken:

- Klassische Massagetherapie (KMT)

- Reflexzonentherapie (RZT) in Form von
 - Bindegewebsmassage (BGM)
 - Segmentmassage
 - Periostmassage
 - Colonmassage (CM)
- Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM)
- Manuelle Lymphdrainage (MLD)

Hinsichtlich der konkreten Verordnungsmodalitäten sind die Angaben des Heilmittel-Kataloges maßgebend und die Verordnung der einzelnen Massagetechniken erfolgt je nach Indikation (Diagnose mit zugehöriger Leitsymptomatik) als vorrangiges, optionales oder ergänzendes Heilmittel. Zu berücksichtigen ist, dass die verschiedenen Massagen nur eines von mehreren in Betracht kommenden Heilmitteln zur Erreichung des Behandlungszieles sind. Steht z.B. zuerst die therapeutische Beeinflussung von Schmerzen durch Muskelspannungsstörungen mittels einer KMT im Vordergrund, wird nach dem Abklingen der Symptomatik und bei dann vorherrschenden Gelenkfunktionsstörungen die Verordnung von Krankengymnastik oder manueller Therapie erforderlich sein. Nur wer die Änderung der Leitsymptomatik und die sich hieraus abzeichnende Änderung der Heilmittel-Indikation erkennt, wird in der Lage sein, sachgerechte Verordnungen bzw. Behandlungen vorzunehmen.

Klassische Massagetherapie (KMT), definiert als manuelle, mechanische Anwendung der Massagegrundgriffe Streichung (Effleurage), Knetung (Petrissage), Reibung (Friction), Klopfung (Tapotement) und Vibrationen sowie deren Kombination und Variationen, bezweckt die Lösung von Adhäsionen in Gleit- und Schiebegeweben zwischen Haut, Unterhaut, Muskel und Bindegewebe, den Abtransport schmerzzeugender Substanzen, die Anregung des Muskelstoffwechsels, eine Einwirkung auf das Gefäßsystem und/oder die Stimulation von Proprio- und Mechanorezeptoren mit Normalisierung des Muskeltonus und eine Schmerzhemmung.

Reflexzonentherapie (RZT) subsumiert die speziellen Massagetechniken *Bindegewebs-*(BGM), *Segment-*, *Periost-* und *Colonmassage* (CM). Auf reflektorischem Wege über Haut-, Bindegewebs- und Muskelzonen (Headsche Zonen und MacKenzie'sche Zonen) steht die Beeinflussung innerer Organe und vegetativer Vorgänge im Vordergrund.

Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM) kombiniert die spezielle Massagetherapie mittels eines manuell geführten Wasserdruckstrahls mit einem Wannenbad (Wassertemperatur von 36 - 38° C), wobei der Wasserdruckstrahl variabel zwischen 0,1 - 4 bar einstellbar ist. Es werden Wirkungen angestrebt, die das unmittelbare therapeutische Ziel einer Muskeldetonisierung, Schmerzlinderung, Hyperämisierung und Verbesserung des Blutrückstroms, der Verschiebbarkeit im Bereich Haut-, Unterhautgewebe, Muskelfaszien,

Muskeln und Gleitgewebe herbeiführen sollen. UWM wird meist nur in geringer Anzahl zu verordnen sein, da die Therapie entweder nach der Behebung der Muskelspannungsstörung abgeschlossen ist oder nachfolgend aktive Maßnahmen der Physikalischen Therapie erforderlich werden.

Manuelle Lymphdrainage (MLD) strebt eine Verbesserung des Gewebeflüßigkeits- bzw. Lymphrückflusses an und hebt ab auf die Drainage des sogenannten interstitiellen Raumes, d. h. des Raumes zwischen den einzelnen Körperzellen. Dieser Raum, in der Medizin vereinfacht als „innere Umwelt der Zelle“ bezeichnet, muß zur Versorgung der Zelle mit Nährstoffen und zur Entsorgung von Stoffwechselprodukten überwunden werden. Behandlungsziel ist die Entstauung und Schmerzreduktion über die Abflussförderung der interstitiellen Flüssigkeit über das Lymph- und Venengefäßsystem sowie über Gewebsspalten. Die MLD wird durch Bewegungs- und Atmungsübungen unterstützt. Die konkrete *Leistungserbringung „Manuelle Lymphdrainage“ (MLD)* erfolgt in Abhängigkeit vom Zeitaufwand und der zugehörigen Indikation in drei unterschiedlichen Varianten:

- *Teilbehandlung*, Dauer 30 Minuten, zur Behandlung jeweils eines Armes, eines Beines, des Kopfes, des Bauches, der Wirbelsäule oder eines Wirbelsäulenabschnittes, in der Regel bei Ödemen bzw. Schwellungen nach Verletzungen, Operationen oder Entzündungen;
- *Großbehandlung*, Dauer 45 Minuten, zur Behandlung eines Armes und eines Beines oder die Behandlung beider Arme oder die Behandlung beider Beine bei einseitigen schwergradigen oder beidseitigen leichtgradigen lymphatischen Schwellungen (z.B. als Bestrahlungsfolge);
- *Ganzbehandlung*, Dauer 60 Minuten, zur Behandlung eines Armes und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine, bei beidseitigen schwergradigen Lymphödemem oder bei einseitig schwergradigen Lymphödemem mit erheblich erschwerenden Begleitfaktoren (z.B. Schultersteife, Hüftsteife oder Plexusschädigung, auch als Bestrahlungsfolge).

Die Ganzbehandlung soll eine leistungsgerechte Vergütung ermöglichen für die wirklich schweren Fälle, die in der Tat eine Behandlungszeit von 60 Minuten benötigen. Hinsichtlich des zahlenmäßigen Vorkommens ist die Großbehandlung eher eine Ausnahme.

Spezielle *Kompressionsbandagierungen* im Anschluss an die Manuelle Lymphdrainage sind, obgleich im Heilmittel-Katalog nicht explizit aufgeführt, ärztlich auf dem Muster 13 zusätzlich zu verordnen. Maßnahmen der intermittierenden *apparativen Kompressionstherapie* (EBM-Nr. 526) sind nur als vertragsärztliche Leistung abrechnungsfähig. Der Einsatz von Apparaten zur Kompressionstherapie in der Praxis des Heilmittelerbringers

ist in Verträgen nicht vorgesehen und somit auch nicht verordnungs- und abrechnungsfähig. Soweit Versicherte auf selbst durchzuführende dauerhafte Kompressionstherapien angewiesen sind, können apparative Kompressionshilfen als Hilfsmittel (Produktgruppe 17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie) verordnet werden.

17.2 Bewegungstherapie

Die Bewegungstherapie umfaßt die nachstehend beschriebenen, anerkannten therapeutischen Verfahren, die auf der Kenntnis der normalen und krankhaft veränderten Funktionen der Bewegungsorgane, der Bewegungslehre sowie auf Übungs- und Trainingsprinzipien aufbauen. Dabei dient der gezielte, dosierte, methodisch planmäßige Einsatz von therapeutischen Techniken der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Leistungen der Stütz- und Bewegungsorgane, des Nervensystem und der dabei beteiligten Funktionen des Herz-/Kreislaufsystems, der Atmung und des Stoffwechsel.

Soweit krankheitsbedingt möglich, soll das Erlernen von Eigenübungsprogrammen im Vordergrund stehen.

In den Heilmittel-Richtlinien dient der Begriff *Bewegungstherapie* dem Zweck einer systematischen Gliederung und dementsprechend sind die einzelnen Maßnahmen 17.2.1 bis 17.2.7 verordnungsfähig.

Medizinisch gesehen beinhalten die einzelnen Maßnahmen der Bewegungstherapie planmäßig dosierte, wiederholt durchgeführte passiv angeleitete und/oder aktive Bewegungsübungen. Unter Bewegungstherapie im Sinne dieser Richtlinien sind *nicht* sportliche Betätigung, körperliches Training, Bewegungsausgleich bei statisch einseitig belastender Tätigkeit oder gymnastische Spiele zu verstehen. Mögen diese Maßnahmen durchaus Herz- und Kreislaufgeschädigten, stressgefährdeten und an Bewegungsmangel leidenden Personen dringend zur Vorbeugung insbesondere gegen Gefäßerkrankungen und Herzinfarkt zu empfehlen sein, als Heilmittel zu Lasten der Krankenversicherung sind sie nicht verordnungsfähig.

Von der Bewegungstherapie abzugrenzen sind *Maßnahmen des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings* (Behindertensport) auf Basis der Regelungen des § 43 SGB V „ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“. Art und Umfang dieser Maßnahmen richten sich nach der „Gesamtvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ vom 1. Januar 1994. Der Zweck besteht in der zeitlich befristeten Hilfe zur Selbsthilfe, damit behinderte Versicherte später die erlernten Übungen selbständig weiterführen können. Reha-Sport und Funktionstraining unterstützen damit die Kompensation der Behinderung und die Teilhabe an Aktivitäten, wie sie von nicht behinderten Menschen üblicherweise möglich sind. Psychosoziale und

edukative Elemente sind von Bedeutung und der Versicherte soll erfahren, dass ihm Sport und Training nützen und er zur selbständigen Fortsetzung motiviert wird. Die Leistungen sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und müssen vom Versicherten bei der Krankenkasse beantragt werden.

Die Leistungen bei *Schwangerschaft und Mutterschaft* nach § 195 RVO umfassen auch die Versorgung mit Heilmitteln bei einer entsprechenden Indikation. Treten während oder nach der Schwangerschaft bzw. Geburt Schädigungen bzw. Funktionsstörungen auf, die einer gezielten ärztlichen Behandlung bedürfen oder kommt es nach einer Geburt zum Auftreten Beschwerden, die mit Heilmitteln therapiert werden müssen, erfolgt die Verordnung und Leistungserbringung nach den Heilmittel-Richtlinien.

Die üblicherweise während der Schwangerschaft sinnvolle, auch körperliche Vorbereitung auf die Geburt, bei der gymnastische Übungen und insbesondere spezielle Atemübungen durchgeführt werden, gelten nach der Hebammen-Gebührenverordnung allerdings als „*Unterweisung zur Geburtsvorbereitung*“. Die in dieser Gebührenverordnung enthaltenen Maßnahmen, die mit einzelnen Maßnahmen der Bewegungstherapie, insbesondere der Übungsbehandlung, vergleichbar sind, sind durch die Heilmittel-Richtlinien nicht betroffen. Auch wenn sich der verwendete Begriff „*Schwangerschaftsgymnastik*“ hartnäckig hält, ist dies kein Heilmittel im Sinne der Heilmittel-Richtlinien. Die Betreuung der schwangeren Frau wird im Rahmen der Hebammenhilfe als Geburtsvorbereitung bezeichnet. Nach den Bestimmungen der Hebammen-Gebührenverordnung kann die Hebamme die Unterweisung zur Geburtsvorbereitung ohne ärztliche Verordnung durchführen und mit den Krankenkassen abrechnen.

17.2.1 Übungsbehandlung

kann einzeln oder in Gruppen bis maximal 5 Patienten durchgeführt werden

- als gezielte und kontrollierte Maßnahme zur Dehnung verkürzter Muskel- und Sehnenstrukturen und Vermeidung von Kontrakturen, sowie Kräftigung der Muskulatur bei krankhafter Muskelinsuffizienz und –dysbalance und Funktionsverbesserung funktionsgestörter Gelenke, des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung und des Stoffwechsels,
- ggf. im Wasser als gezielte und kontrollierte Maßnahme zur Funktionsverbesserung von Gelenken, der Wirbelsäule und Behandlung von Kontrakturen unter Ausnutzung der Wärmewirkung und des Auftriebes des warmen Wassers.

Die Behandlung funktionsgeschädigter Strukturen unter zunehmender Belastung ist der wesentliche Inhalt der Übungsbehandlung. Die systematisch wiederholten Bewegungsabläufe, die die motorischen Beanspruchungsformen (Koordination, Kraft, Flexibilität, Schnelligkeit, Ausdauer) beeinflussen und den jeweiligen Krankheits- und Schädigungsbildern angepasst durchgeführt werden, sind ein gezielt einzusetzendes Element zur Förderung des Heilungsprozesses. Übungsbehandlungen stehen in der Regel nicht am Anfang eines Therapieverfahrens, sondern fügen sich in die Kette der häufig zunächst mehr passiven und später dann gezielt eingesetzten aktiven Heilmittel ein. Dabei kann der Übergang von der Krankenbehandlung zu allgemeinen, unter Selbstverantwortung durchzuführenden Trainingsmethoden fließend sein, so dass bezüglich der Verordnungsdauer und -menge besondere Aufmerksamkeit geboten ist.

Die Heilmittel-Verordnung „Übungsbehandlung“ als erfolgt unter Beachtung der vorgezeichneten Indikationen des Heilmittel-Kataloges als optionales Heilmittel. Die Behandlungen werden durchgeführt als Einzelbehandlung, Einzelbehandlung im Bewegungsbad, Gruppenbehandlung und Gruppenbehandlung im Bewegungsbad.

Heilmittelanwendungen im *Bewegungsbad* nutzen thermische und hydrostatische/mechanische Wirkungen des Wassers. In Abhängigkeit von der Eintauchtiefe entstehen unterschiedliche Druckwirkungen, die positive und negative Effekte auf das Kreislaufsystem und die Atmung haben. Aus der Minderung der Schwerkraftwirkung ergeben sich Veränderungen der dynamischen und mechanischen Verhältnisse im Bewegungsablauf. Langsame Bewegungen können zum Teil mit weniger Kraft ausgeübt werden als im Trockenen, schnelle Bewegungen mit schwunghaften und schnellen Bewegungsabläufen sind erschwert. Die Behandlung im Bewegungsbad ist dann sinnvoll, wenn Übungen in Folge mangelhafter Haltung, fehlender Kraft oder schmerzhafter Belastung im Trockenen nicht möglich sind. Weiterhin lassen sich Gleichgewichtsübungen durch Nutzung des Auftriebs und Entspannungsübungen durch Nutzung der Schwerkrafterniedrigung und der Schwebelagerung durchführen. Nicht sinnvoll ist die Behandlung im Bewegungsbad insbesondere bei Herzschwäche, Atemschwäche, hoher Blutdruck, Fieberzustände, Hautdefekte und offene Wunden, Inkontinenz und Epilepsie.

Gruppenbehandlungen sind geeignet für Patienten, die ähnliche Leistungsanforderungen aufweisen und bei denen sich die entsprechend der Schädigungen / Funktionsstörungen erforderlichen Übungen für die Gruppe vereinheitlichen lassen. Auch psychosoziale Gruppenphänomene beeinflussen das Ergebnis positiv (siehe Nr. 16.2).

17.2.2 Chirogymnastik*)

als Einzeltherapie: spezielle funktionelle Wirbelsäulengymnastik zur Kräftigung von Muskelketten, Koordinierung und Stabilisierung des muskulären Gleichgewichtes sowie zur Dehnung von bindegewebigen Strukturen.

Chirogymnastik als Heilmittel bezeichnet eine aktivierende, funktionelle Form der Bewegungstherapie. Über eine Mobilisation der Wirbelsäule, Kräftigung der Rumpfmuskulatur und Korrektur von Haltungsfehlern wird die Wiederherstellung eines funktionstüchtigen Muskelgleichgewichts zwischen Rumpf und Extremitäten angestrebt. Die Erlernung eines Eigenübungsprogramms ist integraler und zentraler Bestandteil der Chirogymnastik. Die Therapie erfolgt auf einer speziellen Behandlungsbank mit Zug- und Aufhängevorrichtungen. Vom zugelassenen Indikationsspektrum her ist die Chirogymnastik weitgehend kongruent mit der Übungsbehandlung (Nr. 17.2.1 der Richtlinien) und wird als optionales Heilmittel in Form von Einzeltherapie verordnet.

17.2.3 Allgemeine Krankengymnastik (KG)

Krankengymnastische Behandlungstechniken dienen z. B. der Behandlung von Fehlentwicklungen, Erkrankungen, Verletzungen, Verletzungsfolgen und Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane, sowie innerer Organe und des Nervensystems mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungen und Techniken. Sie dienen der Kontrakturvermeidung und -lösung, der Tonusregulierung sowie der Funktionsverbesserung bei krankhaften Muskelinsuffizienzen und -dysbalancen.

Die Krankengymnastik kann einzeln oder in Gruppen bis maximal 5 Patienten durchgeführt werden

- ggf. auch unter Anwendung von z. B. Gymnastikband und -ball, Therapiekreisel, Schlingentisch,
- ggf. im Bewegungsbad mit den entsprechenden Wärmewirkungen, dem Auftrieb und dem Reibungswiderstand des Wassers,
- ggf. als KG-Atemtherapie insbesondere zur Verbesserung der Atemfunktion und zur Sekretlösung.

Die Krankengymnastik wird als Einzeltherapie durchgeführt bei Mukoviszidose/Cystischer Fibrose.

Krankengymnastik unterscheidet sich von der allgemeinen Gymnastik durch die Zweckbestimmung, nämlich der therapeutischen Beeinflussung von Krankheiten bzw. Krankheitsfolgen. Behandlungstechniken und Dosierungen sind dabei an die patho-physiologischen Ausgangsbedingungen wie z. B. einem reduzierten Leistungsniveau anzupassen.

Neben den gezielten krankengymnastischen *Basistechniken* (aktive Techniken wie Bewegen, Halten, Bewegen und Halten; passive Techniken wie Lagerung, Entlasten der Ausgangsstellung, passives Bewegen, Traktion, Massage, Schüttelungen) sind unter der Leistung „Allgemeine Krankengymnastik“ eine Reihe von *speziellen Techniken und Verfahren* zu subsumieren, die gezielt zum Einsatz gebracht werden. Diese Techniken und Verfahren sind jedoch für sich alleine gesehen kein einzelnes Heilmittel im Sinne der Heilmittel-Richtlinien. Die Auswahl der einzelnen Konzepte und Techniken liegt in der Hand des Krankengymnasten/Physiotherapeuten. Dies bedeutet, dass auch der Einsatz spezieller Techniken wie Therapie nach Brügger, Therapie nach Brunkow, funktionelle Bewegungslehre Klein-Vogelbach, Klappsches Kriechen, propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF), KG nach Bobath, KG nach Vojta unter dem Heilmittel „KG“ erfolgt.

Aufgrund der Formulierung der alten Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien „Krankengymnastik - auch unter Anwendung von besonderen Behandlungstechniken auf neurophysiologischer Grundlage wie z. B. PNF“ entstand der Eindruck, dass hinsichtlich der „Allgemeinen Krankengymnastik“ und „Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage“ unterschiedliche Verordnungen auszustellen seien. Um diesem Irrtum nachhaltig zu begegnen, wurde diese Unterscheidung in den neuen Heilmittel-Richtlinien nicht mehr aufrecht erhalten. Die im Heilmittel-Positionsnummern-Verzeichnis benannte Leistung „KG - auch auf neurophysiologischer Grundlage“ bedeutet also nicht, dass es sich hier um eine Position mit besonderem Weiterbildungsnachweis handelt, sondern es wird zum Ausdruck gebracht, dass auch in der Position „Allgemeine Krankengymnastik“ Techniken, die in besonderer Weise Erkenntnisse der Neurophysiologie nutzen (z. B. PNF, Bobath, Vojta), zum Einsatz gebracht werden müssen. Die Nutzung neurophysiologischer Techniken wird bereits in der Berufsausbildung der Physiotherapeuten umfassend vermittelt und findet Anwendung in vielen Bereichen der Physiotherapie.

Ein besonderer Stellenwert kommt den so genannten neurophysiologischen Techniken „KG Bobath“, „KG Vojta“ und „KG PNF“ nur zur Behandlung von Bewegungs- und Koordinationsstörungen infolge einer Schädigung des zentralen Nervensystems bzw. des Rückenmarks zu. Lediglich die Behandlung dieser im Heilmittel-Katalog definierten ZNS-Schädigungen fordert besondere Kenntnisse hinsichtlich der zugrunde liegenden Krankheitsbilder sowie des spezifischen Einsatzes von physiotherapeutischen Techniken. Der Einsatz dieser neurophysiologischen Techniken bei diesen besonders benannten Schädigungen erfordert spezielle Qualifikationen, die gewährleisten sollen, dass die Konzepte vom Physiotherapeuten / Krankengymnasten indikationsorientiert in der gebotenen Qualität im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt und angewendet werden können (siehe Nr. 17.2.5 und 17.2.6 der Heilmittel-Richtlinien).

Der Einsatz „neurophysiologischer Techniken“ bei allen anderen Schädigungsbildern erfolgt über das Heilmittel „Allgemeine Krankengymnastik“. Wenn der verordnende Arzt es für erforderlich hält, besonders auf den nötigen Einsatz neurophysiologischer Techniken hinzuweisen, wird er dies als ergänzenden Hinweis für den Therapeuten in der Verordnung benennen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass der Einsatz neurophysiologischer Techniken außerhalb der o.g. ZNS-Schädigungen unter der Verordnung „KG“ erfolgt.

Der gezielte Einsatz der Techniken, Konzepte und Verfahren erfolgt eigenverantwortlich durch den Physiotherapeuten/Krankengymnasten, sofern der verordnende Arzt nicht bestimmte Modalitäten vorschlägt bzw. mit dem Physiotherapeuten/Krankengymnasten vereinbart. Information, Motivation und Schulung des Patienten über gesundheitsgerechtes und ein auf die Störung der Körperfunktion abgestimmtes Verhalten (Eigenübungsprogramme) sowie Hinweise zum sinnvollen praktischen Gebrauch seiner Hilfsmittel (z. B. Bandagen, Orthesen, Prothesen) sind Bestandteil der Leistung.

Die Heilmittel-Richtlinien konkretisieren das Heilmittel „Allgemeine Krankengymnastik“ auch hinsichtlich der *Übungsmittel und Hilfsgeräte* (z. B. Gymnastikband und -ball, Therapiekreisel, Schlingentisch). Ihr Einsatz gehört zur Leistung „Allgemeine Krankengymnastik“ und die Vorhaltung von Gerätschaften ist in den „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V“ als Grundausstattung einer physiotherapeutischen/krankengymnastischen Praxis vereinbart.

Für Patienten mit Atemwegserkrankungen bzw. Mukoviszidose / Cystischer Fibrose sind die Heilmittel „KG-Atemtherapie“ und „KG-Mukoviszidose“ verordnungsfähig. Ziel der Heilmitteltherapie ist die Optimierung der Atmung durch Ökonomisierung der Atembewegungen, Verbesserung der Thoraxbeweglichkeit und Expektoration von Sekret. Zur Behandlung gehören auch Anleitungen und Hinweise zur autogenen Drainage, zu Hygienemaßnahmen sowie zum Gebrauch von Hilfsmitteln zur Inhalation.

Die Verordnung von „KG“ erfolgt gemäß der indikativen Vorgaben des Heilmittel-Katalogs als vorrangiges Heilmittel, und zwar als Einzelbehandlung, Einzelbehandlung im Bewegungsbad, Gruppenbehandlung oder Gruppenbehandlung im Bewegungsbad. Die Wirkung des Heilmittels „KG“ lässt sich indikationsspezifisch zusätzlich durch die sachgerechte Verordnung von synergistisch wirkenden ergänzenden Heilmitteln unterstützen. Dies betrifft im Wesentlichen die Kombination mit Maßnahmen der Thermo-, Elektro- und Massagetherapie. „KG-Atemtherapie“ kann als Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden, die „KG-Mukoviszidose“ erfolgt definitionsgemäß als Einzeltherapie.

17.2.4 Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-„Gerät“*)

Sie kann als Einzeltherapie oder in Gruppen bis maximal 3 Patienten durchgeführt werden. Unabdingbar ist die Anleitung, Aufsicht und Kontrolle unmittelbar durch den behandelnden Therapeuten.

Sie dient der Behandlung krankhafter Muskelinsuffizienz, -dysbalance und -verkürzung sowie motorischer Paresen mittels spezieller medizinischer Trainingsgeräte, vor allem bei chronischen Erkrankungen der Wirbelsäule sowie bei posttraumatischen oder postoperativen Eingriffen mit

- Sequenztrainingsgeräten für die oberen und unteren Extremitäten und den Rumpf und/oder
- Hebel- und Seilzugapparate (auxotone Trainingsgeräte) für die Rumpf- und Extremitätenmuskulatur.

KG an Sequenztrainingsgeräten bzw. Hebel- und Seilzugapparaten wird in den Heilmittel-Richtlinien als „KG-Gerät“ gesondert benannt. Die Verordnung als Einzel- oder Gruppentherapie hat sich in den strukturierten Behandlungsplan innerhalb der Verordnungsmenge des Regelfalls einzufügen. Während zu Beginn der Behandlung in der Regel eine physiotherapeutische Einzelbehandlung erforderlich ist, kann bei zunehmend positivem Behandlungsverlauf der Einsatz der Geräte zur Mobilisation, Stabilisation, zum funktionellen Muskelaufbau und -belastungstraining erwogen werden. Zu Beginn der Heilmittelanwendung „KG-Gerät“ erfolgt die Einweisung im Rahmen einer Einzelbehandlung, dann sind jedoch Gruppenbehandlungen möglich, d.h. der Physiotherapeut / Krankengymnast leitet die Behandlung von bis zu 3 Patienten. Die Begrenzung der Gruppengröße soll gewährleisten, dass die individuelle Betreuung des Patienten während der Behandlung gesichert ist und das Heilmittel „KG-Gerät“ nicht als Fitnesstraining missbraucht wird.

17.2.5 Krankengymnastik nach BOBATH*) oder VOJTA*)

zur Behandlung von angeborenen und vor Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, zur Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Ausnutzung komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen.

17.2.6 Krankengymnastik nach BOBATH*), VOJTA*) oder PNF*) (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation)

zur Behandlung von nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, zur Förderung und Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Einsatz komplexer Bewegungsmuster,

Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen.

Behandlungsbedürftige Schädigungen und Funktionsstörungen des Nervensystems bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, bei denen die *Hirnreife* noch *nicht abgeschlossen* ist, können schädigungsbildabhängig den Einsatz bestimmter physiotherapeutischer Behandlungstechniken erfordern. Insbesondere werden Techniken aus den Behandlungskonzepten nach *Bobath* oder nach *Vojta* eingesetzt. Da die Behandlung dieser Schädigungen bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern besondere Erfahrungen verlangt, müssen Physiotherapeuten / Krankengymnasten, die die Leistungen durchführen und abrechnen wollen, ihre Qualifikation gesondert nachweisen.

Schädigungen und Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems, die nach *Abschluss der Hirnreife* behandelt werden müssen, erfordern häufig ebenfalls den Einsatz besonderer Techniken aus den Behandlungskonzepten nach *Bobath*, nach *Vojta* oder der *propriozeptiven neuromuskulären Fazilitation (PNF)*. Auch hierfür ist eine spezielle Qualifikation nachzuweisen.

Die Verordnung der Heilmittel „KG-Bobath“, „KG-Vojta“ und „KG PNF“ erfolgt insbesondere zur therapeutischen Beeinflussung von Bewegungs-, Muskeltonus- und Koordinationsstörungen. Zusätzlich sind ergänzende Heilmittel, in diesem Fall Maßnahmen der Thermotherapie, verordnungsfähig. Die Behandlung ist in der Regel eine Einzelbehandlung. Vertragliche Regelungen lassen aber für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr Gruppenbehandlungen zu (Gruppengröße von maximal 4 Patienten). Dies gilt für Kinder, bei denen die cerebrally bedingten Schädigungen/Funktionsstörungen - wie zentrale Koordinationsstörungen, Störungen der motorischen Funktionen (Grob- und Feinmotorik) sowie Störungen der sensorischen Integration - einer Gruppenbehandlung nicht entgegenstehen.

17.2.7 Manuelle Therapie*)

als Einzeltherapie zur Behandlung reversibler Funktionseinschränkungen der Gelenke und ihrer muskulären, reflektorischen Fixierung durch gezielte (impulslose) Mobilisation oder durch Anwendung von Weichteiltechniken.

Die „Manuelle Medizin“ vereinigt die Gebiete der manuellen Diagnostik und der manuellen Therapie. Manuelle Diagnostik dient der Feststellung reversibler Funktionsstörungen in den Bewegungssegmenten der Wirbelsäule oder in peripheren Gelenken. Manuelle Therapie zielt darauf ab, reversible Funktionsstörungen in den Gelenken zu beheben und das physiologische Gelenkspiel wieder herzustellen. Der Indikationsrahmen, wie er sich aus dem Heilmittel-Katalog ergibt, sieht die Verordnung der Manuellen Therapie als vorrangiges Heilmittel vor. Die gleichzeitige Verordnung von ergänzenden

Heilmitteln wie Traktion, Elektrotherapie oder thermotherapeutische Maßnahmen ist indikationsspezifisch möglich, wenn sich ein therapeutisch sinnvoller Synergismus ergibt.

Im Zusammenhang mit Weiterbildungen in der Manuellen Therapie wird häufig thematisiert, in wie weit Weiterbildungen der verschiedenen Schulen bzw. Behandlungskonzepte der manuellen Medizin wie Cyriax, Maitland, Kaltenborn-Evjenth, Mc Kenzie anerkannt werden können. Die Heilmittel-Richtlinien verzichten bewusst auf die Benennung der verschiedenen Schulen. Die Zulassung als Leistungserbringer und die Abrechnungsfähigkeit der erbrachten Leistung ist aber nur möglich, wenn Physiotherapeuten / Krankengymnasten die erfolgreiche Teilnahme an anerkannten Kursen gemäß der Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V nachweisen können. Eine „ideologische“ Ausrichtung an den unterschiedlichen Konzepten/Schulen ist in diesem Zusammenhang dann nachrangig.

17.3 Traktionsbehandlung

als Einzeltherapie als mechanischer apparativer Zug zur Entlastung komprimierter Nervenwurzeln und Gelenkstrukturen an Wirbelsäule, Becken, Knie- und Hüftgelenk.

Traktionsbehandlung, auch als Extensionsbehandlung benannt, ist eine besondere Form der Mobilisation und dient der manuell oder gerätegestützt durchgeführten Verminderung bzw. Vermeidung von Druckspitzen im Gelenk. Traktionsbehandlungen ohne gerätetechnische Unterstützung sind als „Allgemeine Krankengymnastik“ oder auch im Rahmen der Techniken der Manuellen Therapie durchzuführen. Das Heilmittel „Traktionsbehandlung“ betrifft die apparativen Leistungen der Traktionsbehandlung. Entsprechend den Festlegungen des Heilmittel-Kataloges erfolgt die Verordnung in der Regel als ergänzendes Heilmittel; lediglich bei subakuten radikulären Wirbelsäulensyndromen ist die Traktionsbehandlung als vorrangiges Heilmittel verordnungsfähig.

17.4 Elektrotherapie

Die Elektrotherapie wendet nieder- und mittelfrequente Stromformen an zur Schmerzlinderung, Durchblutungsverbesserung, Tonisierung und Detonisierung der Muskulatur. Besondere Stromformen haben entzündungshemmende und resorptionsfördernde Wirkung und vermögen darüber hinaus Muskeln zu kräftigen und gezielt zur Kontraktion zu bringen.

Die Elektrotherapie umfasst die nachstehend beschriebenen, anerkannten therapeutischen Verfahren:

- Elektrotherapie unter Verwendung konstanter galvanischer Ströme,

- Elektrotherapie unter Verwendung von Stromimpulsen (z. B. diadynamische Ströme, mittelfrequente Wechselströme, Interferenzströme),
- Elektrostimulation unter Verwendung von Reizströmen mit definierten Einzel-Impulsen nach Bestimmung von Reizparametern (nur zur Behandlung von Lähmungen bei prognostisch reversibler Denervierung),
- hydroelektrisches Teilbad oder Vollbad (Stangerbad).

Das Heilmittel „Elektrotherapie“ verfolgt im Wesentlichen zwei therapeutische Ziele und zwar die Elektrotherapie zur therapeutischen Beeinflussung von Schmerzen und die Elektrostimulation zur Behandlung von (Muskel)Lähmungen.

Elektrotherapie soll im wesentlichen den Circulus vitiosus „Schmerz, Tonuserhöhung, Minderdurchblutung, Schmerz“ durchbrechen. *Elektrostimulation* (gelegentlich auch als Elektrogymnastik etikettiert) bezeichnet die elektrische Kontraktionsauslösung/-unterstützung der innervationsgestörten Muskulatur. Zur Anwendung gelangen exakt definierte Ströme, deren Reizparameter zu bestimmen (it-Kurve) und dem geschädigten Muskel anzupassen sind. *Hydroelektrische Vollbäder* dienen der Regulierung von Muskelspannung, -stoffwechsel und -durchblutung bei Muskelspannungsstörungen sowie zur Schmerzreduktion bei radikulär ausstrahlenden Schmerzen. *Teilbäder* bieten sich bei peripheren Gelenkschädigungen und entsprechender Indikation an. Indikationsabhängig werden die Verfahren der Elektrotherapie meist als ergänzendes, seltener als vorrangiges Heilmittel verordnet. Es handelt sich nicht um Dauertherapien, sondern gezielt einzusetzende und zeitlich limitierte Verfahren.

17.5 Kohlensäurebäder

Kohlensäurebäder wirken durchblutungsfördernd und stoffwechselstärkend, wenn mindestens 1 g freies gasförmig gelöstes CO₂/kg Wasser in dem physikalisch oder chemisch bereiteten Bad enthalten ist.

CO₂-Bäder, insbesondere zur Beeinflussung von Schmerzen und entzündlichen Schwellungen, lokalen Durchblutungs- und Regulationstörungen, Störungen der Trophik, Gefäßschädigungen mit Substanzdefekten der Haut und Durchblutungsstörungen der Haut im Heilmittel-Katalog erwähnt, lassen sich je nach Indikation als ergänzendes oder vorrangiges Heilmittel verordnen.

17.6 Inhalationstherapie

Die Inhalation wird ausschließlich als Einzeltherapie mittels Gerät, mit dem eine alveolengängige Teilchengröße erreicht wird, angewendet.

Zur längerfristigen Behandlung sind Inhalationen als Heilmittel nur verordnungsfähig, sofern eine Eigenbehandlung mit verordnungsfähigen, als Arzneimittel zugelassenen Inhalaten ggf. in Verbindung mit zusätzlich notwendigen Geräten nicht möglich ist.

Die Inhalationstherapie verfolgt das Ziel, verordnungsfähige, als Arzneimittel zugelassene Wirkstoffe in Form eines Aerosols in die Atemwege zu bringen. Im Gegensatz zu den früheren Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien ist jetzt nur noch die Einzeltherapie mit einem Inhalationsgerät möglich. Rauminhalationen sind von der Verordnung als Heilmittel in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Verordnung und Durchführung von Rauminhalationen im Rahmen der Behandlung in Vorsorge- bzw. Rehabilitations-Einrichtungen bleiben unberührt, da vertragliche Belange in Vorsorge- und Rehabilitations-Einrichtungen durch die Heilmittel-Richtlinien nicht berührt werden. Bei notwendigen Langzeit-Inhalationstherapien kann die Verordnung eines Hilfsmittels erwogen werden. Hinsichtlich der Inhalationsgeräte sind die Hinweise des Hilfsmittelverzeichnisses (Produktgruppe 14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte) zu beachten.

17.7 Thermotherapie (Wärme-/Kältetherapie)

Sowohl Wärme- als auch Kälteanwendungen wirken je nach Indikation schmerzlindernd, beeinflussen den Muskeltonus und wirken reflektorisch auch auf innere Organe. Kälteanwendung wirkt zusätzlich entzündungshemmend.

Die Thermotherapie umfasst die nachstehend beschriebenen, anerkannten therapeutischen Verfahren:

- Kaltpackungen, Kaltgas, Kaltluft,
- Heißluft mit strahlender und geleiteter Wärme zur Muskeldetonisierung und Schmerzlinderung,
- heiße Rolle, zur lokalen Hyperämisierung mit spasmolytischer sedierender, schmerzlindernder und reflektorischer Wirkung auf innere Organe,
- Ultraschall-Wärmetherapie, zur Verbesserung der Durchblutung und des Stoffwechsels und zur Erwärmung tiefergelegener Gewebsschichten,
- Warmpackungen mit Peloiden (z. B. Fango, Schlick oder Moor), Paraffin oder Paraffin-Peloidgemischen zur Applikation intensiver Wärme,
- Voll- und Teilbäder mit Peloiden/Paraffin.

Wärme- oder Kälteapplikation kann nur als therapeutisch erforderliche Ergänzung in Kombination mit Krankengymnastik, Manueller Therapie, Übungsbehandlung, Chirogymnastik, Massagetherapie oder Traktionsbehandlung verordnet werden, es sei denn, im Heilmittel-Katalog ist indikationsbezogen etwas anderes bestimmt.

Thermische Methoden gehören mit zu den ältesten und häufigsten Behandlungsformen der Physikalischen Medizin. Wärmeentziehende bzw. wärmezuführende Maßnahmen zeichnen sich durch eine große Vielfalt hinsichtlich der verschiedenen Anwendungstechniken und der Applikationsweisen aus. Lediglich die genannten Techniken sind verordnungsfähig, nicht ausdrücklich genannte Verfahren (z. B. Heublumensack) sind von der Verordnung als Heilmittel ausgeschlossen.

Kältetherapie (Kaltpackungen, Kaltgas, Kaltluft) als zeitlich begrenzte, lokal umschriebene Senkung der Gewebetemperatur zu therapeutischen Zwecken verstanden, bezweckt vorwiegend die therapeutische Beeinflussung von Schmerzen und Schwellungen sowie die Entzündungshemmung. Sie sind nach den Vorgaben des Heilmittel-Kataloges nicht isoliert, sondern als Teil eines Therapieregimes als ergänzende Heilmittel verordnungsfähig.

Auch die Maßnahmen der *Wärmetherapie (Heißluft, heiße Rolle, Ultraschall-Wärmetherapie, Warmpackung mit Peloiden, Paraffin oder Paraffin-/Peloidgemischen sowie Voll- und Teilbäder mit Peloiden/Paraffin)* sind nicht allein anzuwenden, sondern sie sind Teil eines Behandlungsplanes und von daher grundsätzlich nur als ergänzende Heilmittel verordnungsfähig. Während in der ärztlichen Praxis die Wärmetherapie auch mit Kurz-, Dezimeter- und/oder Mikrowelle und Hochfrequenzstrom durchgeführt werden kann (EBM-Nr. 530), stehen den Heilmittelerbringern diese Formen der Wärmetherapie nicht zur Verfügung.

17.8 Standardisierte Kombinationen von Maßnahmen der Physikalischen Therapie („Standardisierte Heilmittelkombinationen“)

Die „standardisierten Heilmittelkombinationen“ aus den in Nrn. 17.1 - 17.7 genannten einzelnen Maßnahmen können nach Maßgabe des Heilmittel-Katalogs nur dann verordnet werden, wenn komplexe Schädigungsbilder vorliegen und die therapeutisch erforderliche Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist, wenn die Erbringung dieser Maßnahmen in einem direkten zeitlichen und örtlichen Zusammenhang erfolgt und der Patient aus medizinischer Sicht geeignet ist.

Das Heilmittel „Standardisierte Heilmittelkombination“ verfolgt das Ziel, durch den umfassenden und aufeinander abgestimmten Einsatz von Maßnahmen

geeignete Patienten möglichst gezielt und umfassend zu heilen. Insbesondere den an sich belastungsfähigen Patienten mit komplexen Schädigungsbildern, die einerseits mehrere Maßnahmen der Physikalischen Therapie benötigen, andererseits aber auch die 60-minütige intensive Therapie bewältigen können, wird eine intensivere Physikalische Therapie ermöglicht und die Lücke geschlossen zwischen den einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie und einem Behandlungsumfang bzw. einer Therapiedichte, wie sie z. B. in ambulanten oder stationären Rehabilitations-Einrichtungen durch ein multidisziplinäres Team über mehrere Stunden täglich erbracht werden. Die jeweiligen standardisierten Heilmittelkombinationen sind von ihrer Art und ihrem Umfang jedoch grundsätzlich nicht geeignet, die Behandlung in Rehabilitations-Einrichtungen zu ersetzen, sondern sie erweitern das Spektrum der vertragsärztlich verordnungsfähigen Maßnahmen der Physikalischen Therapie.

Es ist sorgfältig abzuwägen, ob mit der Verordnung einer „Standardisierten Heilmittelkombination“ das Therapieziel erreicht werden kann oder Rehabilitations-Maßnahmen vorzuziehen sind. Entscheidende Parameter sind die Therapiedauer und das Therapeutenteam. Im Gegensatz zur Behandlung in Rehabilitations-Einrichtungen beträgt die Behandlungsdauer der „Standardisierten Heilmittelkombination“ 60 Minuten, in Rehabilitations-Einrichtungen wird mehr als 4 Stunden täglich therapiert. Das Heilmittel „Standardisierte Heilmittelkombination“ wird ausschließlich von Masseurinnen / medizinischen Bademeistern oder Physiotherapeuten / Krankengymnasten durchgeführt. Medizinische Rehabilitations-Leistungen werden von einem multidisziplinären Team unter ständiger ärztlicher Leitung erbracht.

Standardisierte Heilmittelkombination sind streng an den Regelfall gebunden, verordnungsfähig sind bis zu 10 Einheiten. Zu Beginn der Heilmittelanwendungen ist aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit des Versicherten eine Therapie mit einzelnen Heilmitteln zweckmäßig. Bei Besserung des gesundheitlichen Zustandes und zunehmender Belastungsfähigkeit wird eine Steigerung der Behandlungsintensität und –dauer möglich sein, so dass dann standardisierte Heilmittelkombinationen zweckmäßig sind. Langfristverordnungen sind nicht möglich (siehe Nr. 11.2.3 der Richtlinien). Dies widerspricht auch der primären Intention, das Therapieziel im Rahmen einer zeitlich limitierten intensiven Therapie zu erreichen.

IV. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Sprachliche Kommunikation als komplexes Geschehen betrifft die Aufnahme, Verarbeitung und Umsetzung von Sinnesreizen zur Gestaltung der Stimme, des Sprechens und der Sprache:

- *Stimme* bezeichnet die Qualitäten des Stimmklangs, der erzeugten Lautäußerung und der stimmlichen Leistungsfähigkeit.

- **Sprechen** umfasst im Wesentlichen den ausführenden Vorgang (motorische Ausführung der Artikulation bzw. des Sprechablaufs), wobei eine systematische Trennung der Begriffe Sprechstörung und Sprachstörung nicht in allen Fällen gelingt, da das Sprechen auch als der expressive Teil der Sprache gilt.
 - **Sprache** ist im wesentlichen eine Leistung des zentralen Nervensystems, die den Menschen zum Aufbau eines Zeichensystems, zur Abstraktion, zu logischen Verknüpfungen sowie zum Ausdrücken von Gedanken und Gefühlen befähigt. Sprache ist das der Wiedergabe von Denkinhalten dienende System.
18. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie entfalten ihre Wirkung auf phoniatischen und neurophysiologischen Grundlagen und dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische sonderpädagogische / heilpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung einer Sprachstörung geboten sind. Sind sprachheilpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Maßnahmen der Sprachtherapie nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben sprachheilpädagogischen Maßnahmen darf die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie nur bei entsprechender medizinischer Indikation verordnet werden.

Zu den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie gehören die nachstehend genannten verordnungsfähigen Heilmittel. Die in Anlage 2 dieser Richtlinien genannten

- Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der Anlage 1 nicht nachgewiesen ist und
- Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind, sind keine verordnungsfähigen Heilmittel i.S. dieser Richtlinien.

Gleiches gilt für den Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen, jedoch nicht für die in der Anlage 2 genannte Indikation anerkannt ist.

Ziel der Stimmtherapie sind vor allem die Verbesserung der Stimmqualität und der stimmlichen Belastbarkeit. Die Sprechtherapie wendet sich vorrangig der gestörten motorischen Ausführung der Artikulation bzw. des Sprechablaufes zu. Sprachtherapie dient der Beeinflussung der rezeptiven und expressiven sprachlichen kommunikativen Fähigkeiten.

Die Behandlung von *Schluckstörungen* ist den Heilmitteln „Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie“ zugeordnet. Auch im EBM gibt es keine gesonderte Leistung „Schlucktherapie“ (EBM-Nr. 1630: „Stimmtherapie einschl. aller dazugehöriger Maßnahmen, wie Fremd- und Selbstwahrnehmungs-, Tonusregulierungs-, Artikulations- und Phonationsübung, ggf. Ersatzstimmanbildung bei Kehlkopflosen oder Sprachtherapie, einschl. ergänzender Maßnahmen wie Sprachverständnis-, Wortschatz-, Grammatik-, Artikulations- und Redeflussübungen, oder *Schlucktherapie*, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten“). Sind zur Behandlung von Schluckstörungen entsprechende therapeutische Interventionen erforderlich, sind sie nach den indikativen Vorgaben des Heilmittel-Kataloges als „Stimmtherapie“, „Sprechtherapie“ oder „Sprachtherapie“ zu verordnen mit dem Hinweis auf die behandlungsbedürftige Schluckstörung.

Kinder, bei denen sich Störungen der Stimme, des Sprechens bzw. der Sprache zeigen, bedürfen besonderer therapeutischer Aufmerksamkeit. Ärztlicherseits hat bei entsprechender Symptomatik auf jeden Fall eine sachgerechte Diagnostik und ggf. auch die entsprechende Heilmittelverordnung zu erfolgen.

Spezifische Interventionen zur Beeinflussung der Stimme, des Sprechens und der Sprache sind aber auch im *heilpädagogischen* bzw. *schulischen* Bereich erforderlich, um für diese Kinder die Voraussetzungen zur Entfaltung der Persönlichkeit zu schaffen und ihnen eine angemessene Grundlage für die weitere schulische und berufliche Ausbildung zu ermöglichen. Insofern sind Abgrenzungen zwischen den in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung fallenden medizinischen Maßnahmen und anderen, insbesondere heilpädagogischen, erforderlich. Das Bundessozialgericht (Urteil vom 31. März 1998 - B 1 KR 12/96 R) hat ausgeführt, dass die Krankenkassen ausschließlich die Maßnahmen schulden, die gezielt der Krankheitsbekämpfung dienen. Die Krankenkassen hätten nicht die Aufgabe, sonstige wegen einer Krankheit notwendig werdende „nicht-medizinische“ Hilfe im Bereich der Lebensführung zu bieten. Nur wenn die Krankheitsbekämpfung im Vordergrund steht, sei die Leistungspflicht der Krankenversicherung gerechtfertigt. Sozialpädiatrische Betreuung sei auf die soziale Dimension der Erkrankung ausgerichtet und beschränke sich nicht auf die gezielte Krankheitsbekämpfung. Es gehe darum, die gezielte Krankheitsbekämpfung von Maßnahmen zu unterscheiden, die der sozialen Eingliederung und deshalb allenfalls mittelbar den spezifisch krankenversicherungsrechtlichen Zielen dienen.

Dem liegt zu Grunde, dass Krankheitsfolgeerscheinungen sich auf verschiedenen Ebenen manifestieren und zu Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Bereichen führen (u.a. Probleme hinsichtlich der eigenständigen Lebensfüh-

rung, sozialen Integration, ökonomischen Eigenständigkeit sowie Fähigkeiten, den Anforderungen in Schule, Beruf, Gesellschaft, Freizeit gerecht zu werden). Den sozialen Beeinträchtigungen entsprechend sind je nach betroffenem Sektor und inhaltlicher Zuständigkeit notwendige soziale, berufliche sowie medizinische Rehabilitations-Bemühungen auszurichten.

Aufgrund der gegliederten Leistungszuständigkeiten haben Sozialleistungsträger zu entscheiden, ob sie für diese gezielten spezifischen Rehabilitationsbemühungen finanziell zuständig sind. Krankenkassen, Unfallversicherungs-, Rentenversicherungsträger und die Sozialhilfe finanzieren für ihre jeweiligen Zuständigkeitsbereiche medizinische Leistungen der Rehabilitation. Leistungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation fallen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung. Von daher stellt sich, auch aus Gründen der Qualitätssicherung, immer die Frage,

- wer (mit welcher speziellen Ausbildung bzw. welcher Qualifikationen),
- wo (in welcher Einrichtung),
- wann (zu bestimmten Zeitpunkten),
- was (die Art der Intervention zur Beeinflussung von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) und
- warum (mit welcher Zweckbestimmung: z. B. medizinische, schulische, berufliche, soziale Rehabilitation)

die erforderlichen Maßnahmen durchzuführen hat bzw. wer für die Überwachung der Intervention kompetent zeichnet. Kernbestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist die ärztliche Behandlung und Hilfeleistungen anderer Personen können der ärztlichen Behandlung nur zugerechnet werden, wenn der Arzt bei ihrer Durchführung selbst anleitend, mitwirkend oder beaufsichtigend tätig wird im Sinne einer mehr oder weniger intensiven persönlichen Anleitung bzw. Beaufsichtigung der Hilfsperson. Liegt die Fachkompetenz zur Anordnung, Durchführung und Begleitung von Interventionen jedoch bei nicht medizinisch orientierten Behandlern wie (speziell weitergebildeten) Pädagogen bzw. anderen Personen, ist der Arzt nicht in der Lage, die Art der Intervention, den Zeitpunkt und Umfang festzulegen sowie den Erfolg der Intervention zu überprüfen.

Von der Verordnung sind die in *Anlage 2* der Heilmittel-Richtlinien aufgeführten Störungen ausgeschlossen wie entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeit im Kindesalter, Lese- und Rechtschreibschwäche sowie sonstige isolierte Lernstörungen, die Stimmtherapie bei nicht krankhaftem Verlauf des Stimmbruchs und alle psychotherapeutischen Behandlungsformen, die Regelungsgegenstand der Psychotherapie-Richtlinien sind.

Bezogen auf Teilleistungsschwächen wie *Legasthenie* und *Dyskalkulie* wird fortwährend die Frage aufgeworfen, ob eine Krankheit bzw. eine Behinderung im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt. Eine Störung der natürlichen körperlichen und/oder geistigen Funktionen eines Menschen wird erst dann zur Krankheit i.S. des Gesetzes mit der Folge einer Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung, wenn diese Funktionen über eine bestimmte Bandbreite individueller Verschiedenheiten hinaus in einem so beträchtlichen Maße eingeschränkt sind, dass ihre Wiederherstellung der Mithilfe des Arztes, also der ärztlichen Behandlung, bedarf. Danach ist die Legasthenie keine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts. Selbst wenn eine Krankheit im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung als Ursache von Lernstörungen wie Legasthenie oder Dyskalkulie zu akzeptieren wäre, bedeutet dies noch nicht, dass die Krankenkasse leistungspflichtig sein muss, da die Überwindung von Lernstörungen ein vorwiegend pädagogisches Problem ist. Besteht die Vermutung einer Lese- und Rechtschreibschwäche bzw. wird der Wunsch einer Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Lese- und Rechtschreibschwäche an einen Vertragsarzt herangetragen, sollte er allerdings durch Bescheinigungen auf das Problem hinweisen und die erforderliche nicht-ärztliche Interventionsmaßnahme anregen.

18.1 Stimmtherapie

Die Stimmtherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und Erhaltung der stimmlichen Kommunikationsfähigkeit und des Schluckaktes sowie der Vermittlung von Kompensationsmechanismen (z. B. Bildung einer Ersatzstimme, Üben des Gebrauchs elektronischer Sprechhilfen). Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur Regulation von

- Atmung,
- Phonation,
- Artikulation,
- Schluckvorgängen.

Stimmstörungen, organisch, funktionell, psychogen oder auch als unerwünschte Arzneimittelwirkungen bedingt, beeinträchtigen Stimmgebung, Stimmklang, Intonation und Belastungsfähigkeit der Stimme. Ziel der Stimmtherapie sind Verbesserung der Stimmqualität, der stimmlichen Belastbarkeit und der Atmung, Vermeidung von organischer Überlastung, Anbahnung und Aufbau einer tauglichen und belastbaren Ersatzstimmfunktion sowie Wiederherstellung der alltagsrelevanten Kommunikationsfähigkeit des Patienten. Stimmtherapie ist nach den indikativen Vorgaben des Heilmittel-Kataloges verordnungsfähig. Verordnungsmengen und Hinweise zur Eingangs- und Zwischendiagnostik sind zu berücksichtigen sowie die

Therapiedauer (z. B. 30, 45 oder 60 Minuten) auf der ärztlichen Verordnung anzugeben. Gruppenbehandlungen sind möglich, wenn die Gruppenfähigkeit gegeben ist und die Gruppentherapie einer Einzeltherapie hinsichtlich des Behandlungsergebnisses gleichwertig oder überlegen sein könnte.

18.2 Sprechtherapie

Die Sprechtherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung sowie des Schluckvorganges.

Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur gezielten Anbahnung und Förderung

- der Artikulation,
- der Sprechgeschwindigkeit,
- der koordinativen Leistung
 - von motorischer und sensorischer Sprachregion,
 - des Sprechapparates,
 - der Atmung,
 - der Stimme,
 - des Schluckvorganges,

ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.

Sprechstörungen, im Wesentlichen aus Schädigungen des zentralen, aber auch des peripheren Nervensystems resultierend, manifestieren sich als Störungen der motorischen Ausführung der Artikulation bzw. des Sprechablaufs. Therapeutische Ziele sind die Verbesserung bzw. Normalisierung der Sprechfähigkeit und des Sprechvermögens bzw. auch die Ausbildung von non-verbalen Kommunikationstechniken, um insbesondere eine alltagsrelevante Kommunikationsfähigkeit zu gewährleisten. Im Rahmen der Therapie sind Entwicklungsalter und soziales Umfeld zu berücksichtigen bzw. einzubeziehen. Behandlungsbedürftige Schädigungen und Therapieziele, Verordnungsmodalitäten und -mengen sowie notwendige Befunderhebungen nach den Vorgaben des Heilmittel-Kataloges sind zu beachten. Die Leistung lässt sich als Einzel- oder Gruppentherapie verordnen.

18.3 Sprachtherapie

Die Sprachtherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten sowie des Schluckvorganges.

Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur

- Anbahnung sprachlicher Äußerungen,

- Aufbau des Sprachverständnisses,
- Ausbildung und Erhalt der Lautsprache zur sprachlichen Kommunikation,
- Artikulationsverbesserung bzw. Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten,
- Normalisierung bzw. Verbesserung der Laut- und Lautverbindungsbildung,
- Verbesserung, Normalisierung der auditiven Wahrnehmungsfähigkeit,
- Aufbau von Kommunikationsstrategien,
- Normalisierung des Sprachklangs,
- Beseitigung der Dysfunktionen der Kehlkopf- und Zungenmuskulatur,
- Besserung und Erhalt des Schluckvorganges.

Die Maßnahme Sprachtherapie darf bei einer auditiven Wahrnehmungsstörung mit Krankheitswert nur aufgrund neuropsychologischer Untersuchung und zentraler Hördiagnostik mit entsprechender Dokumentation verordnet werden.

Sprachstörungen manifestieren sich meist in Folge von Schädigungen des zentralen Nervensystems, so dass die Fähigkeiten zum Aufbau eines Zeichensystems, zur Abstraktion, zu logischen Verknüpfungen sowie zum Ausdrücken von Gedanken und Gefühlen eingeschränkt sein können. Die betrifft auch die Qualität der Aussprache, der Sprachinhalte und –ausführung. Ziele der Sprachtherapie sind die Verbesserung bzw. Normalisierung und der Wiedererwerb sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten. Die Behandlung der krankheitsbedingt eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten umfasst auch den Aufbau nonverbaler Kommunikationstechniken. Erreicht werden sollte vor allem die Fähigkeit zur Erreichung einer alltagsrelevanten Kommunikation. In der Verordnung (Einzel- oder Gruppentherapie) sind Schädigungen, das zugrundeliegende Krankheitsbild und Therapieziele anzugeben. Vor Folge- oder Langfrist-Verordnungen sind störungsbildabhängig ärztliche Zwischenuntersuchungen durchzuführen und die therapeutische Strategie dem aktuellen Befund anzupassen; dies betrifft vor allem Versicherte mit auditiven (= das Gehör betreffenden) Wahrnehmungsstörungen.

19. Ärztliche Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen

Vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie ist eine Eingangsdiagnostik (gemäß Verordnungsvordruck) notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig die im folgenden

aufgelisteten Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen.

Bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die entscheidungsführend ist für die ggf. notwendige Einleitung operativer, psychotherapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen bzw. für die mögliche Beendigung oder Fortsetzung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie. Der Vertragsarzt entscheidet störungsbildabhängig, welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik er durchführt bzw. veranlasst.

Einesachgerechte *Eingangsdagnostik* hat vordervetragsärztliche Verordnung von Heilmitteln zu erfolgen und entspricht üblichen ärztlichen Grundsätzen. Auch wenn die Richtlinien bestimmte diagnostische Leistungen (Nr. 19.1.1 bis 19.4.1 der Richtlinien) benennen, wurde bewusst davon abgesehen, bindende Bestimmungen hinsichtlich der durchzuführenden Diagnostik zu treffen; diese hat „störungsbildabhängig“ zu erfolgen. Die Durchführung aller in den Heilmittel-Richtlinien angegebenen Untersuchungen ist nicht in jedem Fall erforderlich und bei bestimmten Krankheitsbildern auch nicht immer durchführbar. Insofern bildet das Wort „störungsbildabhängig“ den Sachverhalt zur Gestaltung der Diagnostik richtig ab. Zu veranlassen ist, was ausreichend und zweckmäßig erscheint, um einen Befund zu erheben. Durch die Einhaltung dieses Grundsatzes wird hinsichtlich der Diagnostik das Maß des Notwendigen nicht überschritten. Es sind die geeigneten diagnostischen Verfahren auszuwählen und durchzuführen bzw. im Rahmen eines gezielten Überweisungsauftrages zu veranlassen. Befunde aus den Kinder- bzw. Jugendgesundheitsuntersuchungen und auch zeitnah erhobene Untersuchungsbefunde aus Kliniken und Rehabilitations-Einrichtungen können hinzuzogen werden.

Die Verordnung einer sprachtherapeutischen Behandlung setzt grundsätzlich voraus, dass der Arzt diese Maßnahme aufgrund seiner Fähigkeiten und Kenntnisse überwachen, leiten und auch beenden kann. Diese Forderung ist zwingend zu stellen, da nur so sicherzustellen ist, dass die von den Therapeuten durchgeführten Maßnahmen unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit erbracht werden.

Die Verpflichtung, vor bestimmten, im Heilmittel-Katalog erwähnten, Folgeverordnungen den bisherigen Therapieablauf anhand einer *weiterführenden Diagnostik* zu überprüfen und das therapeutische Vorgehen ggf. neu zu planen, berücksichtigt, dass der Therapieerfolg von mehreren Faktoren abhängig sein kann. Von Bedeutung sind nicht nur Veränderungen im medizinischen Befund, sondern auch die Motivation des Patienten einschließlich der „Ko-Therapeuten“ (Eltern, Familie) spielen eine wichtige Rolle. Die Zweckbestimmung ist insbesondere dahingehend zu sehen, Sicherheit für die

weitere Therapieplanung zu erlangen. So gibt die weiterführende Diagnostik auch Hinweise auf andere notwendige Entscheidungen wie:

- die Indikationsstellung für operative Maßnahmen,
- die Abklärung einer Rehabilitationsnotwendigkeit,
- die Beendigung oder Begründung der Fortsetzung der Verordnung,
- eine mögliche Hörgeräteversorgung,
- die Entwicklung und den Aufbau einer alternativen Kommunikation oder auch
- die Abklärung zur Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung.

19.1 Stimmtherapie

19.1.1 Eingangsdiagnostik

- Tonaudiogramm
- laryngo-laryngoskopischer Befund
- stroboskopischer Befund
- Stimmstatus

bei begleitenden Schluckstörungen

- bildgebende Verfahren
- endoskopische Untersuchung
- neurologische Untersuchung

19.1.2 weiterführende Diagnostik

- Videostroboskopie
- Stimmfeldmessung
- Elektrolottographie
- schallspektographische Untersuchung der Stimme
- pneumographische Untersuchungen

Zur Feststellung bzw. in Abhängigkeit von konkret vorliegenden Schädigungen bzw. Funktionsstörungen ist eine Eingangsdiagnostik mit typischen diagnostischen Verfahren nötig, um das Krankheitsbild ausreichend abzuklären und eine Fehlverordnung von Maßnahmen der Stimmtherapie auszuschließen. Dies gilt insbesondere bei begleitenden Schluckstörungen. Bei Fortsetzung der Therapie (Folgeverordnungen) ist die Zweckmäßigkeit der sprachtherapeutischen Maßnahme sorgfältig zu prüfen. Zeigen sich insbesondere Abweichungen vom prognostizierten Behandlungsverlauf, sind störungsbildabhängig ggf. weitere diagnostische Verfahren in Erwägung zu ziehen, um das Krankheitsbild abzuklären.

19.2 Sprechtherapie bei Erwachsenen

19.2.1 Eingangsdiagnostik

- Organbefund
- luppen-laryngoskopischer Befund
- stroboskopischer Befund
- Sprachstatus/Stimmstatus
- bei begleitenden Schluckstörungen
- bildgebende Verfahren
- endoskopische Untersuchung
- neurologische Untersuchung

19.2.2 weiterführende Diagnostik

- audiologische Diagnostik
- neuropsychologische Tests
- elektrophysiologische Tests
- stroboskopischer Befund
- Hirnleistungsdiagnostik
- endoskopische Diagnostik

19.3 Sprachtherapie bei Erwachsenen

19.3.1 Eingangsdiagnostik

- Sprachstatus
- Organbefund
- neurologischer Befund
- Aachener Aphasietest (AAT) (sobald der Patient testfähig ist)
- bei begleitenden Schluckstörungen
- bildgebende Verfahren
- endoskopische Untersuchung
- neurologische Untersuchung

19.3.2 weiterführende Diagnostik

- Hirnleistungsdiagnostik
- audiologische Diagnostik
- neurologische Untersuchungen
- Sprachanalyse
- Aachener Aphasietest (AAT)

Vor der Verordnung von Sprech- oder Sprachtherapien ist störungsbildabhängig das Schädigungsbild abzuklären. Davon ausgehend, dass bei Erwachsenen zuvor schon eine normale Funktion des Sprechen bzw. der Sprache vorgelegen hat, hat die Diagnostik darauf abzuheben, die Ursache für diese Störungen zu verifizieren. Neben funktionellen Untersuchungen zählt hierzu die Erhebung von Organbefunden. Ist der Behandlungsverlauf nicht zufriedenstellend bzw. manifestieren sich während der Behandlung Auffälligkeiten, die einer

weiteren Abklärung bedürfen, benennen die Heilmittel-Richtlinien Verfahren der weiterführenden Diagnostik.

19.4 Sprech- und/oder Sprachtherapie bei Kindern und Jugendlichen

19.4.1 Eingangsdiagnostik

- Tonaudiogramm
- Organbefund
- Sprachstatus

bei begleitenden Schluckstörungen

- bildgebende Verfahren
- endoskopische Untersuchung
- neurologische Untersuchung

19.4.2 weiterführende Diagnostik

- Entwicklungsdiagnostik
- zentrale Hördiagnostik
- neuropädiatrische/neurologische Untersuchungen
- Sprach- und Sprechanalyse
- Aachener Aphasietest (AAT)

Gerade bei Kindern und Jugendlichen sollten vor Beginn der Therapie organische Schädigungen bzw. Funktionsstörungen hinsichtlich des Hörorgans, des Nasen-Rachen-Raums und des Kehlkopfes bekannt sein. Zur Festlegung einer therapeutischen Strategie im Rahmen der Verordnung gehört auch die Feststellung des Sprachentwicklungsstandes, die Erhebung des Lautbestandes, die Einschätzung des Wortschatzes, die Beurteilung der Grammatikentwicklung, die Überprüfung des Sprachverständnisses und die Beurteilung von Redeflussstörungen.

Die in diesem Zusammenhang relevanten Sprachentwicklungsverzögerungen (SEV) bzw. Sprachentwicklungsstörungen (SES) sind Bezeichnungen für das Ausbleiben bzw. das verlangsamte, lückenhafte und/oder fehlerhafte Einsetzen der kindlichen Sprachentwicklung nach dem 18. Lebensmonat. *Sprachenentwicklungsverzögerungen* sind definitionsgemäß leichte Verzögerungen, deren Ursache nicht immer eindeutig ermittelt werden kann. Hingegen stellen *Sprachentwicklungsstörungen* eine erhebliche Verzögerung dar, für die eine oder mehrere Ursachen ermittelt werden können. Sprachliche Leistungen weichen mit dem Auftreten von Stammeln (Dyslalie), Wortschatzdefiziten und Dysgrammatismus (nicht altergemäße Entwicklung der Wortbildung und des Satzbaus) von der Norm ab. Weiterhin treten Sprachentwicklungsstörungen auf bei Sprachverständnisstörungen und Schwerhörigkeit. Sprachverständnisstörungen sind Ausdruck zentraler Verarbeitungsstörungen. Weitere Befunde können sein allgemeine Entwicklungsstörungen, geistige und/oder fein- und grobmotorische Retardierung, Intelligenzdefekte, cerebrale

Bewegungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Diskriminationsschwächen, Verminderung des Aufnahmevermögens und der Merkfähigkeit sowie psychische Auffälligkeiten.

V. Maßnahmen der Ergotherapie

20. Die Maßnahmen der Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten.

Sie bedienen sich komplexer aktivierender und handlungsorientierter Methoden und Verfahren, unter Einsatz von adaptiertem Übungsmaterial, funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen. Sie umfassen auch Beratungen zur Schul-, Arbeitsplatz-, Wohnraum- und Umfeldanpassung.

Maßnahmen der Ergotherapie dürfen bei Kindern dann nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische heilpädagogische/sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung geboten sind. Sind heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Maßnahmen der Ergotherapie nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben heilpädagogischen Maßnahmen darf die Ergotherapie nur bei entsprechender medizinischer Indikation verordnet werden.

Zu den Maßnahmen der Ergotherapie gehören die nachstehend genannten verordnungsfähigen Heilmittel. Die in Anlage 2 dieser Richtlinien genannten

- Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der Anlage 1 nicht nachgewiesen ist und
- Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind, sind keine verordnungsfähigen Heilmittel i. S. dieser Richtlinien.

Gleiches gilt für den Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen, jedoch nicht für die in der Anlage 2 genannte Indikation anerkannt ist.

Maßnahmen der Ergotherapie erfolgen im wesentlichen unter rehabilitativer Zielsetzung. Sie zielen darauf ab, dem Patienten hinsichtlich seiner alltagsrelevanten Fähigkeiten eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen. Insofern dient die therapeutische Beeinflussung der Schädigungen/Funktionsstörungen und Fähigkeitsstörungen letztendlich auch der Vermeidung bzw. Kompensation von sozialen Beeinträchtigungen (Handikap). Auch bei

bleibenden Behinderungen kann erreicht werden, dass durch die Entfaltung verbliebener Fähigkeiten und Begabungen die Einschränkungen so weit ausgeglichen werden, dass eine der bleibenden Behinderung angepasste Stellung in der Gesellschaft und im möglichen Arbeitsleben eingenommen werden kann. Zur Erreichung dieser Ziele sah sich der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen veranlasst, darauf hinzuweisen, dass ergotherapeutische Leistungen auch die Beratung zur Schul-, Arbeitsplatz-, Wohnraum- und Umfeldanpassung beinhalten. Wesentlich ist hier der Begriff *Beratung*. Hinsichtlich nachfolgender notwendiger Leistungen wie konkrete Arbeitsplatzanpassungen oder Verbesserungen des Wohnumfeldes, ist die Leistungszuständigkeit für solche Maßnahmen von den Sozialversicherungsträgern zu klären. Angesprochen sind hier vor allem Rentenversicherung, Unfallversicherung und Sozialhilfe, die Leistungen der beruflichen bzw. sozialen Rehabilitation erbringen. Bei festgestellter Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) kann die Pflegekasse subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird (§ 40 Abs. 4 Satz 1 SGB XI).

Die vielfältigen Interventionsmöglichkeiten, die Ergotherapeuten bereithalten, erfordern eine Abgrenzung zwischen den in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung fallenden medizinischen Maßnahmen und anderen, insbesondere *heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen* (siehe auch Nr. 18 der Richtlinien). In diesem Zusammenhang ist eine zunehmende Tendenz auffällig, dass z.B. von Ergotherapeuten erbrachte Leistungen in spezialisierten Einrichtungen (z.B. Frühfördereinrichtungen) von den Trägern der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden sollen, obwohl deren Zuständigkeit in der Regel nicht gegeben ist. Dieses kann in gleicher Weise für Logopäden und Physiotherapeuten/Krankengymnasten gelten.

Von der gezielten Krankheitsbekämpfung sind Maßnahmen abzugrenzen, die der sozialen Eingliederung und deshalb allenfalls mittelbar den spezifisch krankenversicherungsrechtlichen Zielen dienen. Auch wenn bestimmte Leistungen krankenversicherungsrechtlich z. B. Ergotherapeuten vorbehalten sind, bedeutet dies im Umkehrschluss nicht, dass alle von einem insoweit berechtigten Therapeuten erbrachten Leistungen von der Krankenkasse übernehmen werden müssen. Insofern kommt der Berufsbezeichnung des Therapeuten keine Indizwirkung für eine Leistungspflicht der Krankenkasse zu. Entscheidend ist die Zweckbestimmung einer Intervention bei Kindern. Pädagogische, soziale bzw. sozialpädiatrische Betreuungsleistungen beziehen sich auf die soziale Dimension der Erkrankung und betreffen nicht die gezielte

Krankheitsbekämpfung. Die Zuständigkeit für die Frühförderung von Kindern, in § 10 Abs. 2 Satz 3 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) angesprochen, wurde in den Bundesländern überwiegend den Sozialhilfeträgern übertragen.

Bei der Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie sind die *Verordnungsausschlüsse* der *Anlage 2* wie Musik- und Tanztherapie, Mototherapie und psychotherapeutische Behandlungsformen zu beachten.

20.1 Motorisch-funktionelle Behandlung

Eine motorisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der motorischen Funktionen mit und ohne Beteiligung des peripheren Nervensystems und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur

- Abbau pathologischer Haltungs- und Bewegungsmuster,
- Aufbau und Erhalt physiologischer Funktionen,
- Entwicklung oder Verbesserung der Grob- und Feinmotorik,
- Entwicklung oder Verbesserung der Koordination von Bewegungsabläufen und der funktionellen Ausdauer,
- Verbesserung von Gelenkfunktionen, einschl. Gelenkschutz,
- Vermeidung der Entstehung von Kontrakturen,
- Narbenabhärtung,
- Desensibilisierung bzw. Sensibilisierung einzelner Sinnesfunktionen,
- Schmerzlinderung,
- Erlernen von Ersatzfunktionen,
- Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen.

Die ergotherapeutische motorisch-funktionelle Behandlung ist auf Schädigungen bzw. Störungen der motorischen Funktionen und daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen ausgerichtet und bezweckt, alltagsrelevante motorische Fähigkeiten wiederzugewinnen bzw. zu erhalten. Die konkrete Verordnung als Einzel- oder Gruppentherapie hat die Vorgaben des Heilmittel-Kataloges hinsichtlich der Verordnungsmengen zu berücksichtigen. Therapieergänzende Maßnahmen wie Thermotherapie bzw. die Herstellung und Anpassung temporärer ergotherapeutischer Schienen können als ergänzende Heilmittel verordnet werden.

20.2 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung

Eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der sensomotorischen

und perzeptiven Funktionen mit den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur

- Desensibilisierung und Sensibilisierung einzelner Sinnesfunktionen,
- Koordination, Umsetzung und Integration von Sinneswahrnehmungen,
- Verbesserung der Körperwahrnehmung,
- Hemmung und Abbau pathologischer Haltungs- und Bewegungsmuster und Bahnung normaler Bewegungen,
- Stabilisierung sensomotorischer und perzeptiver Funktionen mit Verbesserung der Gleichgewichtsfunktion,
- Kompensation eingeschränkter praktischer Möglichkeiten durch Verbesserung der kognitiven Funktionen, Erlernen von Ersatzfunktionen,
- Entwicklung und Verbesserung im situationsgerechten Verhalten und der zwischenmenschlichen Beziehungen,
- Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten,
- Verbesserung der Mund- und Essmotorik,
- Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen.

Sensomotorisch-perzeptive Behandlungen stellen ab auf die therapeutische Beeinflussung gestörter sensomotorischer und perzeptiver Funktionen (Perzeption = sinnliche Wahrnehmung) und daraus resultierender Fähigkeitsstörungen. Die Verordnung als vorrangiges oder optionales Heilmittel kann in Form von Einzel- oder Gruppentherapie erfolgen. Auch therapieergänzende Maßnahmen, wie Thermotherapie bzw. die Herstellung und Anpassung temporärer ergotherapeutischer Schienen, sind zusätzlich indikationsabhängig verordnungsfähig.

Die Indikationsstellung zu Erst- bzw. Folgeverordnungen bei *psychischen Störungen* sieht besondere Regularien vor. Den diagnosenspezifisch vorgegebenen Hinweisen im Heilmittel-Katalog:

- eine Verordnung ist nur möglich aufgrund einer psychiatrischen Diagnostik,
- bei Nichterreichen des Therapiezieles nach maximal 20 Therapieeinheiten ist eine weiterführende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik erforderlich,
- nur nach weiterführender psychiatrischer Diagnostik,

- nur nach weiterführender nervenärztlich/neuropsychologischen Diagnostik

ist entsprechend den Vorgaben entweder schon bei der Erstverordnung oder bei einer der Folgeverordnungen zu folgen. Vor dem Hintergrund, dass bei den in Rede stehenden Indikationen auch Langfristverordnungen möglich sind, kommt der Durchführung der Eingangs- bzw. Zwischendiagnostik, wie bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie auch, eine wichtige qualitätssichernde Funktion zu.

Zur Erreichung der Behandlungsziele bedient sich der Ergotherapeut im Rahmen der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung vielfältiger Verfahren und Techniken, die für sich alleine nicht als eigenständiges Heilmittel gelten. Der Einsatz einzelner ergotherapeutischer Techniken wie die der Sensorischen Integration z.B. nach Ayres wird vom Ergotherapeuten dem Störungsbild angepasst vorgenommen. Die sensorische Integration nach Ayres gilt aber nicht als einzelne verordnungsfähige Maßnahme der Ergotherapie. Das *Heilmittel* ist die „sensomotorisch-perzeptive Behandlung“, nicht aber die Technik der sensorischen Integration. Gleiches gilt für andere ergotherapeutischen Techniken ebenfalls.

20.3 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

Ein Hirnleistungstraining/eine neuropsychologisch orientierte Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der neuropsychologischen Hirnfunktionen, insbesondere der kognitiven Störungen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur

- Verbesserung und Erhalt kognitiver Funktionen wie Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Orientierung, Gedächtnis sowie Handlungsplanung und Problemlösung,
- Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten,
- Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen.

Störungen der neuropsychologischen Hirnfunktionen lassen sich durch ergotherapeutisch geführtes Hirnleistungstraining bzw. neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Behandlung beeinflussen. Steht das Hirnleistungstraining im Vordergrund, wird die Behandlung als Einzelbehandlung zu verordnen sein. Gruppenbehandlung ist dann möglich, wenn zur Behandlung komplexer, kognitiver Störungen unter gruppenspezifischen Aspekten die Gruppensituation positiv genutzt werden kann. Die im Heilmittel-Katalog festgelegten Regelungen zur Eingangs- und Zwischendiagnostik sind zu beachten.

20.4 Psychisch-funktionelle Behandlung

Eine psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur

- Verbesserung und Stabilisierung der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbständigkeit in der Tagesstrukturierung,
- Verbesserung eingeschränkter körperlicher Funktionen wie Grob- und Feinmotorik, Koordination und Körperwahrnehmung,
- Verbesserung der Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung,
- Verbesserung der Realitätsbezogenheit, der Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit,
- Verbesserung der kognitiven Funktionen,
- Verbesserung der psychischen Stabilisierung und des Selbstvertrauens,
- Verbesserung der eigenständigen Lebensführung und der Grundarbeitsfähigkeiten.

Das Heilmittel „psychisch-funktionelle Behandlung“ dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Übergeordnete Ziele sind im wesentlichen die Verbesserung und der Erhalt alltagsrelevanter Fähigkeiten (Alltagsbewältigung). Verordnet wird das Heilmittel „psychisch-funktionelle Behandlung“ unter Beachtung der indikativen Voraussetzungen und den Hinweisen zur Eingang- und Zwischendiagnostik des Heilmittel-Kataloges als vorrangiges Heilmittel.

20.5 Therapieergänzende Maßnahmen

Die nachstehend genannten Maßnahmen können als therapeutisch erforderliche Ergänzung nach Vorgabe des Heilmittel-Katalogs nur als ergänzendes Heilmittel zu den Heilmitteln nach 20.1 bis 20.2 verordnet werden.

20.5.1 Thermotherapie (Wärme-/Kältetherapie)

Die thermischen Anwendungen (Wärme-/Kältetherapie, vgl. Nr. 17.7) sind zusätzlich zu einer motorisch-funktionellen oder senso-

motorisch-perzeptiven Behandlung als ergänzendes Heilmittel dann verordnungsfähig, wenn sie einer notwendigen Schmerzreduzierung bzw. Muskeltonusregulation dienen.

20.5.2 Herstellung und Anpassung temporärer ergotherapeutischer Schienen

Die Herstellung und individuelle Anpassung von temporären ergotherapeutischen Schienen ist als zusätzliche Maßnahme zu einer motorisch-funktionellen oder sensomotorisch-perzeptiven Behandlung als ergänzendes „Heilmittel“ dann verordnungsfähig, wenn dies zur Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung notwendig ist.

Therapieergänzenden Maßnahmen, sind für sich allein nicht verordnungsfähig, entfalten ihre Wirkung in der medizinisch sinnvollen Kombination mit dem vorrangigen oder auch optionalen Heilmittel. Der Einsatz dieser Maßnahmen sollte einen therapeutisch zweckmäßigen Synergismus bewirken und für die Erzielung des Heilerfolges durchdacht eingesetzt werden. Die „Motorisch-funktionelle Behandlung“ oder „Sensomotorisch-perzeptive Behandlung“ können durch *Thermotherapie (Wärme-/Kältetherapie)* erleichtert, verbessert oder überhaupt erst ermöglicht werden. Beabsichtigt ist die Beeinflussung von Schmerzen und Muskelspannungsstörungen durch eine Herabsetzung der Schmerzempfindung, Anregung oder Minderung der Aktivität der Muskelspindeln und Verbesserung der Dehnfähigkeit von bindegewebigen Strukturen.

Herstellung und Anpassung temporärer ergotherapeutischer Schienen ergänzen im Einzelfall die motorisch-funktionelle oder sensomotorisch/perzeptive ergotherapeutische Behandlung, indem sie störungsbezogen für eine sachgerechte Lagerung oder Fixation sorgen (*statische Lagerungsschiene*) oder zur Unterstützung von physiologischen Funktionen (*dynamische Funktionsschiene*) im Sinne der Wiederherstellung von alltagsrelevanten Fähigkeiten dienen. Während für eine Lagerungsschiene Funktionsstörungen bzw. Schädigungen wie Schmerzen, Schwellungen, Reizungen und/oder Entzündungen, Kontrakturen/Narbenzüge, Lähmungen die wesentlichen Indikationsparameter sind, kann eine Funktionsschiene bei Störungen der Beweglichkeit bzw. der Grob- und Feinmotorik angebracht sein. Temporäre Schienen werden meist nur vorübergehend und während der Ergotherapie zum Einsatz gelangen. Sollte der Patient schon vor Beginn der Ergotherapie mit einer Schiene versorgt sein, die als Hilfsmittel verordnet wurde, hat das ergotherapeutische Behandlungskonzept die sinnvolle therapeutische Nutzung der Schiene einzubeziehen.

VI. Inhalt und Durchführung der Heilmittelverordnung

Der Abschnitt VI. der Heilmittel-Richtlinien wendet sich dezidiert an den verordnenden Arzt und benennt unter Spezifizierung der Grundsätze aus dem Abschnitt II. der Richtlinien die konkreten Anforderungen an die sachgerechte Verordnung.

21. Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf vereinbarten Vordrucken. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden. Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen mit Ausnahme der Regelung nach Nr. 29.1 und 29.4 einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

Die Abgabe von Heilmitteln setzt eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraus. Für die Verordnung von Heilmitteln sind die ab 1. Juli 2001 drei vereinbarten Vordrucke

- Vordruckmuster 13 Maßnahmen der Physikalischen Therapie
- Vordruckmuster 14 Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- Vordruckmuster 18 Maßnahmen der Ergotherapie

verbindlich vereinbart und vollständig auszufüllen. Das bisherige Vordruckmuster 16 „Arzneiverordnungsblatt“ darf für die Heilmittelverordnung nicht mehr benutzt werden. Die ärztliche Verordnung ist eine Urkunde und ausschließlich der Arzt ist berechtigt, Änderungen oder Ergänzungen auf seinem Verordnungsblatt vorzunehmen. Jede Änderung bzw. Ergänzung ist durch die Arzt-Unterschrift eindeutig kenntlich zu machen, damit unstrittig, d.h. ohne Rückfrage geprüft werden kann, ob es sich um eine korrekte und nicht um eine unzulässige, ggf. sogar strafrechtlich zu ahnende Manipulation eines Dritten handelt.

22. In der Heilmittelverordnung sind nach Maßgabe der vereinbarten Vordrucke das Heilmittel der Physikalischen Therapie ggf. auch die einzelnen Heilmittel der „standardisierten Heilmittelkombinationen“, der Ergotherapie und der Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie eindeutig zu bezeichnen. Ferner sind alle für die individuelle Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Anzugeben sind insbesondere
- Angaben zur Verordnung nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks,
 - die Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Langfristverordnung, Hausbesuch),
 - ggf. der späteste Zeitpunkt des Therapiebeginns, soweit abweichend von Nr. 28 notwendig,
 - die Indikation (Diagnose, Leitsymptomatik) mit Therapieziel(en) nach Maßgabe des jeweiligen Heilmittelkataloges, ergänzende Hinweise (z. B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen),

- die erforderlichen medizinischen Begründungen bei Verordnungen über den Regelfall hinaus,
- die Verordnungsmenge und ggf. die Therapiefrequenz,
- die Durchführung der Therapie als Einzel- bzw. Gruppenbehandlung,
- spezifische Befunde bei der Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie bei der Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie.

Schon die Verordnung ist zentrales Element der Kommunikation zwischen Arzt und Heilmittelerbringer. Alle erforderlichen Einzelangaben sind so eindeutig wie möglich zu machen. Der Arzt wurde deswegen dazu verpflichtet, weil nur er über die Kenntnisse und Informationen verfügt, die für die Therapie oder die Versorgung von entscheidender Bedeutung sind. Die sach- und fachgerechte Durchführung der verordneten Maßnahmen erfordert die Angabe der Diagnose und ausreichende Angaben zum Beschwerdebild (Leitsymptomatik). Ärztliche Anweisungen wie: „Bereiten Sie bitte ein Massage-Rezept“ vor, sollten der Vergangenheit angehören. Die präzise Benennung von Diagnose, Schädigung und Therapieziel bezwecken, dass über die Auswahl und Anwendung der „richtigen Heilmittel“ eine Steigerung von Effizienz und Effektivität der Heilmitteltherapie erreicht und somit den Anforderungen des Wirtschaftlichkeitsgebotes genüge getan wird. Weiterhin kann die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nur dann abschließend prüfen, wenn sie die dazu notwendigen Angaben durch die Verordnung erhält.

23. Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln nach den Nummern 17, 18 und 20 ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung und/oder Fähigkeitsstörung eine Heilmittelanwendung notwendig machen.

Die Nr. 23 der Richtlinien greift den Grundsatz der Nr. 16 nochmals auf und betont, dass die alleinige Angabe einer medizinischen Diagnose für die Verordnung nicht ausreicht. Sie beschreibt für sich allein gesehen nicht die medizinische Notwendigkeit zur Verordnung eines Heilmittels. Erst aus der Kombination mit einer Schädigung/Funktionsstörung und/oder Fähigkeitsstörung wird deutlich, welche Maßnahmen als Heilmittel in Betracht kommen.

24. Bei gegebener Indikation richtet sich die Auswahl der zu verordnenden Heilmittel nach dem jeweils therapeutisch im Vordergrund stehenden Behandlungsziel.
- Vorrangig soll eine im Heilmittel-Katalog als „vorrangiges Heilmittel“ (A) genannte Maßnahme zur Anwendung kommen.
 - Ist dies aus in der Person des Patienten liegenden Gründen nicht möglich, kann alternativ ein im Heilmittel-Katalog genanntes „optionales Heilmittel“ (B) verordnet werden.

- Zusätzlich zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) oder „optionalen Heilmittel“ (B) kann ein im Heilmittel-Katalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ (C) verordnet werden.
- Liegen bei derselben Diagnose mehrere gleichrangige Schädigungen/Funktionsstörungen vor, ist dennoch lediglich die gleichzeitige Verordnung von maximal zwei Heilmitteln je Abschnitt des Heilmittel-Kataloges, ggf. mit dem zugehörigen ergänzenden Heilmittel zulässig oder nach dem Heilmittel-Katalog ist eine „standardisierte Heilmittelkombination“ (D) indiziert.
- „Standardisierte Heilmittelkombinationen“ (D) dürfen nur verordnet werden, wenn der Patient bei komplexen Schädigungsbildern einer intensiveren Heilmittelbehandlung bedarf und die therapeutisch erforderliche Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist, wenn die Erbringung dieser Maßnahmen in einem direkten zeitlichen und örtlichen Zusammenhang erfolgt und der Patient aus medizinischer Sicht geeignet ist.
- Die gleichzeitige Verordnung einer „standardisierten Heilmittelkombination“ (D) der Physikalischen Therapie mit einem weiteren Einzelheilmittel der Physikalischen Therapie ist nicht zulässig.
- Die gleichzeitige Verordnung eines „vorrangigen Heilmittels“ (A) und eines „optionalen Heilmittels“ (B) bei derselben Schädigung ist nicht zulässig.
- Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln in der Physikalischen Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie ist bei entsprechender Indikation zulässig.

Zentraler Zweck der Nr. 24 der Heilmittel-Richtlinien ist, nochmals ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Auswahl des Heilmittels stringent auf das Behandlungsziel auszurichten ist. Schon die Nrn. 11 ff dieser Richtlinien befassen sich mit der sachgerechten Auswahl des „richtigen“ Heilmittels und verweisen auf die Verordnungsmöglichkeiten als „vorrangiges“, „optionales“ und „ergänzendes“ Heilmittel im Rahmen der Erst-, Folge- und Langfristverordnungen. Auch die Nr. 16 und 16.1 der Richtlinien betonen, dass Auswahl und Anwendung der Heilmittel vom Schweregrad der Erkrankung und dem angestrebten Therapieziel geprägt sind und die Verordnung mehrerer Heilmittel, sofern die indikativen Vorgaben des Heilmittel-Kataloges dies rechtfertigen, möglich ist.

Die im Heilmittel-Katalog indikationsspezifisch als *vorrangig* ausgewiesenen Heilmittel stellen an sich die Heilmitteltherapie der „ersten“ Wahl dar und sind bei gegebener Indikation zu verordnen. Ist bei besonderen medizinischen Konstellationen oder aus versichertenbezogenen Gründen die Verordnung des vorrangigen Heilmittels nicht ideal, kommt in diesen mehr als Ausnahme zu bezeichnenden Fällen die Verordnung des im Heilmittel-Katalog als *optio-*

nal/ ausgewiesenen Heilmittels in Betracht. Die gleichzeitige Verordnung eines vorrangigen und optionalen Heilmittels ist nicht möglich, da es sich, medizinisch gesehen, um eine Überdosierung der Maßnahmen handelt. Neben dem Umstand, dass die Überdosierung dem Patienten individuell schaden kann, wird unter Bezugnahme auf das Wirtschaftlichkeitsgebot auch das Maß des Notwendigen deutlich überschritten. Die im Heilmittel-Katalog indikationsabhängig benannten *ergänzenden* Heilmittel sind grundsätzlich für sich allein nicht verordnungsfähig. Sie sind dadurch charakterisiert, dass sie die Wirkung des vorrangigen bzw. optionalen Heilmittels positiv ergänzen.

Die *gleichzeitige Verordnung von zwei Heilmittel* bei einer Diagnose („dieselbe Diagnose“) ist möglich, wenn bei derselben Diagnose zwei Schädigungen gleichzeitig behandelt werden müssen. Dies schließt insbesondere bei den Maßnahmen der physikalischen Therapie die Lücke zwischen der Verordnung eines Heilmittels oder der Verordnung einer „standardisierten Heilmittelkombination“. Die gleichzeitige Verordnung von zwei Heilmitteln bei derselben Diagnose ist auch bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder Maßnahmen der Ergotherapie möglich. Bei gleichzeitig bzw. parallel laufenden Heilmitteltherapien ist allerdings die Belastungsfähigkeit des Versicherten zu würdigen, um ihn nicht in eine Überforderungssituation zu bringen.

Bezüglich der *standardisierten Heilmittelkombinationen* wird nochmals auf die grundsätzlichen Indikationskriterien verwiesen. Bei einer Behandlungsdauer von 60 Minuten je Therapieeinheit „standardisierte Heilmittelkombination“ und einer Frequenz bis zu 4 x wöchentlich ist die weitere Behandlung mit Einzelheilmitteln nicht mehr zielführend, da die Kombination der einzelnen Heilmittel so angelegt ist, dass die zusätzliche Verordnung von weiteren Heilmitteln aus dem Bereich der Physikalischen Therapie nicht mehr erforderlich ist.

Die *gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den Abschnitten* Maßnahmen der Physikalischen Therapie, Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Maßnahmen der Ergotherapie ist bei entsprechender Indikation zulässig. Beispielsweise können als Krankheitsfolgen (= Schädigungen) eines Schlaganfalls Bewegungsstörungen einer Extremität auftreten, die mit Maßnahmen der Physikalischen Therapie zu behandeln sind. Bestehen infolge des Hirnsubstanzverlustes auch Störungen der Sprache, können diese mit entsprechenden Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie behandelt werden. Diese Regelung der Richtlinien sichert also explizit die Möglichkeit zur Verordnung parallel ablaufender Heilmitteltherapien aus den verschiedenen Abschnitten. Allerdings ist auch hier die Belastungsfähigkeit des Versicherten hinsichtlich der sich dann ergebenden Therapiedichte zu beachten.

25. Erscheint der Erfolg der Heilmitteltherapie fraglich, ist zu prüfen, ob der Behandlungserfolg durch andere therapeutische Maßnahmen zu erreichen ist. Dabei ist auch die Indikation für eine Rehabilitation zu prüfen.

Schon die Nr. 13 der Richtlinien fordert zur Prüfung auf, ob die Verordnung von Heilmitteln oder bessere andere Maßnahmen zum Ziel führen und verweist auf die Eigenverantwortung des Patienten, mögliche Hilfsmittelversorgungen und die Behandlung mit Arzneimitteln. Der Terminus „andere therapeutische Maßnahmen“ verweist auf ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V, stationäre Vorsorgeleistungen in einer anerkannten Vorsorgeeinrichtung nach § 23 Abs. 4 SGB V, ambulante Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 1 SGB V und stationäre Rehabilitationsleistungen in einer anerkannten Rehabilitationseinrichtung nach § 40 Abs. 2 SGB V.

Medizinische Vorsorgeleistungen (siehe auch Nr. 7 der Richtlinien) sind insbesondere angezeigt, um das Auftreten einer Krankheit zu verhindern oder zu verzögern (primäre Prävention) oder die Verschlimmerung (Progredienz, Exazerbation) einer manifest gewordenen chronischen Krankheit zu verhindern (sekundäre Prävention). Führen medizinische Vorsorgeleistungen, z. B. ärztliche Behandlung, problemzentrierte Gespräche und die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht zum Erfolg, können ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten in Erwägung gezogen werden. Sind letztere nicht ausreichend oder nicht durchführbar, können stationäre Vorsorgeleistungen in Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, durchgeführt werden.

Medizinisch gesehen sind viele therapeutische Interventionen „*rehabilitativ*“ ausgerichtet, d.h. sie dienen dazu, drohende Behinderungen zu vermeiden bzw. eingetretene Behinderungen weitestgehend zu überwinden. Maßnahmen der Physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Ergotherapie werden mit Erfolg eingesetzt, um die „*restitutio ad integrum*“ (Heilung) unmittelbar im Behandlungsfall zu erreichen. Andererseits sind die unterschiedlichen Maßnahmen auch geeignet, eine Kompensation und Überwindung von Behinderungen zu erreichen („*restitutio ad optimum*“).

Bezogen auf die ursprüngliche Bedeutung des Wortes (rehabilitieren = wieder in den früheren guten Zustand versetzen; rehabilitare = jemandes Unversehrtheit wiederherstellen; habilitare = geschickt machen) streben alle am gegliederten Versorgungssystem beteiligten Professionen und Institutionen eine positive Beeinflussung von drohenden oder bestehenden Behinderungen an. Versicherungsrechtlich wird aber erst dann von (medizinischer) *Rehabilitation* gesprochen, wenn die Behandlung in ausgewiesenen (ambulanten oder stationären) Rehabilitationseinrichtungen in einem multidisziplinären Team er-

folgt. Somit besteht das Problem, dass Beteiligte am Gesundheitssystem das Wort „Rehabilitation“ benutzen, aber Unterschiedliches meinen.

Im Rahmen der Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung besteht ein Anspruch auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit sowie wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft, Minderung der Erwerbsfähigkeit und Alter (§ 4 SGB I). Für gesunde und leistungsfähige Menschen kann soziale Sicherheit in der Regel ohne besondere Unterstützung der Gesellschaft erreichbar sein. Für Kranke und Behinderte ist dies bei weitem nicht selbstverständlich und insofern sind fortwährend medizinische und nicht-medizinische Anstrengungen (insbesondere berufliche und soziale Hilfen) nötig, Nachteile für kranke bzw. (schwer-)behinderte Bürger auszugleichen.

Die Zweckbestimmung der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Abs. 1 „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ SGB IX) liegt darin, Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern. Diese Grundsätze werden durch die Gesetze der jeweiligen Sozialleistungsträger konkretisiert. In diesem Kontext wird dann jedoch die rein medizinische Begrifflichkeit der Rehabilitation mit versicherungsrechtlichen Begrifflichkeiten verknüpft.

Ansprüche auf medizinische und ergänzende *Leistungen zur Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung* bestehen insbesondere dann, wenn sie notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (§ 11 Abs. 2 SGB V). Zur Krankenbehandlung zählen deshalb auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 27 Abs. 1 Nr. 6 SGB V).

Der Gesetzgeber hat hinsichtlich der Leistungserbringung ein gestuftes System der Versorgung etabliert. Rehabilitationsleistungen können in Rehabilitations-Einrichtungen erst dann erbracht werden, wenn die ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht (§ 40 Abs. 1 und 2 SGB V). D.h. unmissverständlich, dass die ambulante Krankenbehandlung mit „rehabitativer Zielsetzung“, die der Zweckbestimmung „positive Beeinflussung einer drohenden oder manifesten Behinderung“ dient und im ambulanten vertragsärztlichen Bereich ausreichend und zweckmäßig eingesetzt werden kann, originärer Bestandteil der vertragsärztlichen Behandlung und zu veranlassen ist. Dies beinhaltet auch die Verordnung von Heilmitteln.

Reicht die ambulante Krankenbehandlung nicht aus, ist die Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen zu prüfen und die Zuweisung zur „richtigen“ Behandlungs-/ Rehabilitationseinrichtung zu veranlassen. Die medizinische Notwendigkeit und Dringlichkeit zur sofortigen Einleitung einer Rehabilitationsleistung besteht auch dann, wenn zu erwarten ist, dass aufgrund der Krankheit, der eingetretenen Schädigungen und Fähigkeitsstörungen die ambulante Krankenbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung nicht ausreichen wird, um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen.

Die Herausforderung besteht darin, den richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Einrichtung vom kompetenten Therapeuten mit den richtigen Maßnahmen zu behandeln. Nur so lässt sich durch den gezielten Einsatz der medizinisch anerkannten und zur Verfügung stehenden Maßnahmen der Gesundheitszustand der Patienten verbessern, das gesellschaftspolitische Ziel einer Abwendung der Behinderung bzw. Kompensation der Behinderung erreichen und unter Abwägung der finanziellen Lasten eine wirtschaftliche Versorgung sicherstellen.

Mit der Erhebung und Bewertung von Befunden sowie der Formulierung von Therapiezielen sind Aussagen zu treffen, ob der Einsatz der Heilmittel im z.B. ambulanten Bereich erforderlich und zielführend ist. Unter kritischer Würdigung der Befunde sind *alltagsrelevante* Therapieziele abzuleiten. Sie heben vorrangig ab auf die selbständige Verrichtung von Grundbedürfnissen, die der Patient vor Auftreten der Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen hatte.

VII. Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Heilmittelerbringern

Die Umsetzung der Anforderungen des § 92 Abs. 6 SGB V erforderte, in den Heilmittel-Richtlinien die Zusammenarbeit zur Vertragsärzten und Heilmittelerbringern zu strukturieren und die jeweiligen Aufgaben konkret zu benennen. Die sehr dezidierten Hinweise zur praktischen Durchführung der Heilmitteltherapie sind nicht nur für den verordnenden Arzt, sondern vor allem auch für den die Leistung erbringenden nichtärztlichen Therapeuten sowie für den Ablauf der Zusammenarbeit wichtig.

26. Eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet, ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken.
27. Dies setzt voraus, dass zwischen dem Vertragsarzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der die sachgerechte und qualifizierte Durchführung der verordneten Maßnahme gewährleistet, eine

Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt insbesondere für den Beginn und die Durchführung der Heilmittelbehandlung.

Die Versorgung mit Heilmitteln umfasst die ärztliche Verordnung *und* die Ausführung dieser Verordnung durch dazu qualifizierte Therapeuten. Schnellstmöglich soll ein dauerhafter Therapieerfolg erreicht werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot erstreckt sich einerseits auf die Verordnung, aber auch der Therapeut ist bei der Durchführung der Behandlung an die Beachtung dieser Wirtschaftlichkeitsgrundsätze gebunden. Der Grundkonsens beinhaltet also nicht nur die Übereinstimmung in der medizinischen Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Maßnahme, sondern auch in der gemeinsamen Bindung an das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist nur dann erfolgreich, wenn Übereinstimmung hinsichtlich Art, Umfang und Ziel des Tun's bestehen. Der Kooperationsgedanke beinhaltet, dass sich der verordnende Arzt und der ausführende Therapeut einem gemeinsam als sachgerecht erkannten Therapieziel unterwerfen. Da sich für die Erreichung des Therapieziels ein verspäteter Behandlungsbeginn oder eine zu geringe aber auch zu hohe Behandlungsfrequenz negativ auswirken, ist die einheitliche Auffassung über Beginn und Durchführung der Heilmittelbehandlung ein wichtiges Element der Kooperation zwischen verordnendem Arzt und dem durchführenden Therapeuten. Diese Übereinstimmung ist nach Maßgabe der dazu in den Richtlinien getroffenen Regelungen herbeizuführen und aufrecht zu erhalten.

28. Beginn der Heilmittelbehandlung

- 28.1 Sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsvordruck keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb des nachstehenden Zeitraums begonnen werden
- bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie:
innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung der Verordnung,
 - bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie:
innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung,
 - bei Maßnahmen der Ergotherapie:
innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung.
- 28.2 Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Die zeitgerechte Aufnahme der Behandlung ist wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der durchzuführenden Therapie. Will der verordnende Arzt den Beginn der Behandlung ausdrücklich festlegen, ist das Datum in der Verordnung vorzugeben. Ansonsten wird dem Therapeuten die Möglichkeit

eröffnet, den Behandlungsbeginn in Absprache mit dem Patienten so zu legen, dass eine reibungslose Therapie auch unter Berücksichtigung der terminlichen Möglichkeiten des Patienten erfolgen kann. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hielt es jedoch für geboten, Grenzwerte für die späteste Aufnahme des Behandlungsbeginns in den Richtlinien festzulegen. Werden die genannten Fristen überschritten, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Dies bedeutet, dass dann eine Neuverordnung durch den Arzt ausgestellt werden muss, bei der die Situation des Patienten neu eingeschätzt und auch die Fragen des verspäteten Behandlungsbeginns geklärt werden können, um daraus möglicherweise Konsequenzen für die Neuverordnung ziehen zu können.

29. Durchführung der Heilmittelbehandlung

29.1 Sind auf dem Verordnungsvordruck Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung davon nur zulässig, wenn zuvor zwischen Vertragsarzt und Therapeut ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

29.2 Wird die Behandlung länger als nachstehend genannt unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit

- bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie: nach 10 Tagen,
- bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie: nach 14 Tagen,
- bei Maßnahmen der Ergotherapie: nach 14 Tagen.

29.3 Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat der Therapeut darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Der Vertragsarzt entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.

Der Therapeut ist gehalten, seine aus dem Behandlungsverlauf resultierenden Vorschläge zur Änderung des Therapieplans auf dem Verordnungsvordruck zu unterbreiten.

29.4 Hat der Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die der Vertragsarzt nicht zu verantworten

hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Therapeut den Vertragsarzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsvordruck zu begründen.

- 29.5 Der Therapeut ist gehalten, den verordnenden Vertragsarzt jeweils nach Abschluss einer Behandlungsserie schriftlich über das Ergebnis der Therapie zu unterrichten. Eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels ist abzugeben, sofern er die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält.

Die Angaben zur *Frequenz* beziehen sowohl planerische wie auch medizinische Aspekte ein. Der Heilmittelerbringer bestimmt im Rahmen der Vorgaben des Heilmittel-Kataloges die Behandlungsfrequenz selbst, wenn der Arzt nicht auf seiner Verordnung dazu eine verbindliche Festlegung getroffen hat. Wurden Frequenzen vorgegeben, ist eine Änderung der Therapiefrequenz durch den Therapeuten nur dann zulässig, wenn er sich darüber mit dem Arzt zuvor abgestimmt hat. Die einvernehmlich getroffene Änderung ist vom Therapeuten zu dokumentieren.

Die ärztliche Verordnung eines Heilmittels erfolgt unter dem Eindruck, den der Arzt zum Zeitpunkt der Diagnostik vom Gesundheitszustand seines Patienten gewinnen konnte. Diese Einschätzung kann durch die Reaktion des Patienten auf die konkreten Behandlungsmaßnahmen korrekturbedürftig werden, so dass die Verordnung abgeändert werden muss. Da der Therapeut seine Leistungen nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung durchführen darf, ist deshalb eine neue Verordnung auszustellen, wenn die Heilmitteltherapie zu lange *unterbrochen* wird. Um keine unververtretbar lange Unterbrechung der Behandlung zu verursachen, hat der Therapeut den Vertragsarzt unverzüglich über die seinerseits aus der Behandlung gewonnenen Erkenntnisse zu unterrichten.

Der Therapeut soll, soweit medizinisch erforderlich, konkrete *Vorschläge zur Änderung* des Therapieplanes machen. Mit der Möglichkeit seitens des Heilmittelerbringers, Therapievorschlüsse zu machen, wird ein wesentliches Element der Kooperation zwischen verordnendem Arzt und durchführendem Therapeuten realisiert. Vom Arzt wird erwartet, dass er die vom Therapeuten gemachten Vorschläge in seinen weiteren Entscheidungen berücksichtigt.

Bei der Anwendung von Heilmitteln ist in geeigneten Fällen der *Gruppentherapie* der Vorzug vor der Einzeltherapie zu geben. Stellt sich nun bei der Durchführung der Behandlung heraus, dass aus Gründen, die dem Arzt zu dem Zeitpunkt der Verordnung nicht bekannt waren, Gruppentherapie nicht durchführbar ist, kann der Therapeut auch Einzeltherapie durchführen, wenn er darüber den Arzt informiert und die Gründe zur Änderung der Therapieform mitteilt. Anders als bei der Änderung der Therapiefrequenz bedarf es nicht

des Einvernehmens zwischen dem Therapeuten und dem verordnenden Arzt. Hier genügt lediglich die Mitteilung auf dem Verordnungsvordruck und die Darstellung der Gründe, die zur Änderung der Therapieform geführt haben. Auf keinen Fall kann mit der Änderung der Therapieform das vom Arzt verordnete Therapiekontingent überschritten werden.

Soll die Heilmitteltherapie weitergeführt werden, ist der Therapeut verpflichtet, eine prognostische Einschätzung zur Weiterführung der Behandlung abzugeben.

30. Für die in den Nr. 29 genannten Informationen und Berichte ist der jeweils vereinbarte Verordnungsvordruck zu verwenden.

Um den Informationsaustausch zwischen Heilmittelerbringer und Arzt zu vereinfachen, ist das Verordnungsblatt nicht nur Träger der Verordnung, sondern zugleich auch Vehikel für die Information zwischen Arzt und Therapeut. Die Heilmittel-Richtlinien verpflichten den Therapeuten, nach Abschluss einer Behandlungsserie medizinisch relevante Informationen dem verordnenden Arzt zukommen zu lassen. Die Forderung nach dem vollständigen Ausfüllen der Vordrucke betrifft also auch auf den Teil, der für die Informationen des Therapeuten an den Arzt ausdrücklich vorgesehen ist.

VIII. Heilmittel-Katalog

31. Der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Abs. 6 SGB V ist Zweiter Teil dieser Richtlinien. Der Katalog wird dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend in regelmäßigen Abständen ergänzt oder aktualisiert.

Die erstmalige Erstellung des Heilmittel-Kataloges mit den dezidierten Verordnungshinweisen ist ein Novum in der vertragsärztlichen Versorgung. Auf den ersten Blick scheint mit ihm die Verordnung von Heilmitteln komplizierter geworden zu sein. Bei näherem Hinsehen erweist sich der Heilmittel-Katalog aber als Hilfe für den Arzt. Der Heilmittel-Katalog unterstützt den Arzt hinsichtlich der sachgerechten und richtlinienkonformen Verordnung.

Bezüglich der Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen stand der Bundesausschuss vor der Herausforderung, für die sachgerechte Verordnung von Heilmitteln in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eine im medizinischen Schrifttum bisher nicht realisierte Systematik zu erarbeiten. Schon vor den Gesetzeserweiterungen des 2. GKV-NOG hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Erarbeitung eines Indikationsmodells für Heilmittel beauftragt. Wesentliches Element des MDK-Indikationsmodells war eine vierspaltige Tabelle, die

schließlich auch als inhaltliche und methodische Grundlage für den jetzt vorliegenden Heilmittel-Katalog diene. Hinsichtlich einer Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen zeigte sich das so genannte MDK-Indikationsmodell als belastbar. Es konnte gezeigt werden, dass eine systematische Verknüpfung von *Diagnose* und *führendem Symptom/Schaden* zur sachgerechten Auswahl des geeigneten und erforderlichen Heilmittels führen kann. Auf der Basis der inhaltlichen und methodischen Grundlagen des MDK-Vorschlages begann eine intensive Diskussion mit der KBV und Verbänden der Heilmittelerbringer. Da die Erstellung eines Heilmittel-Kataloges nicht nur medizinisch fachliche Sachverhalte zu berücksichtigen, sondern auch diagnosebezogen differenzierte Verordnungsmengen der Erst-, Folge- und Langfristverordnungen sowie Hinweise zur Eingangs- und Zwischendiagnostik festzulegen hatte, wurden für jede Diagnose eingehend die Modalitäten der Verordnung konzipiert.

Die fachlichen Besonderheiten der jeweiligen Maßnahmen brachten es mit sich, dass gewisse Unterschiede hinsichtlich der Gliederung und des Tabellenaufbaus in den Katalogen akzeptiert werden mussten. Einheitlich festgelegt ist für die drei Abschnitte des Heilmittel-Kataloges die Verknüpfung von Diagnosen, Schädigungen und Behandlungszielen mit den jeweils verordnungsfähigen Heilmitteln und Verordnungsmengen im Regelfall sowie weitere diagnostische und therapeutische Hinweise.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen war sich bewusst, dass mit der Verabschiedung des Heilmittel-Kataloges ein völlig neues, in der vertragsärztlichen Versorgung so nicht bekanntes, umfassendes Regelungs- und Verordnungsinstrumentarium geschaffen wurde. Stets wurde betont, dass diese neuen Instrumentarien einer engmaschigen fachlichen Begleitung bedürfen, auch um notwendige Ergänzungen und Korrekturen in medizinisch begründeten Fällen in den Heilmittel-Katalog einzuarbeiten. Der Heilmittel-Katalog ist hinsichtlich der Systematik so angelegt, dass auch andere Maßnahmen, die zukünftig Heilmittel werden könnten, medizinisch korrekt mit Indikationen (Verknüpfung von Diagnose und Schädigung), Behandlungszielen, Verordnungsmengen und weiteren Behandlungshinweisen integriert werden können. Insofern ist die erstmalige Verabschiedung des Heilmittel-Kataloges nicht als Endpunkt, sondern als Zwischenschritt einer auch medizinisch sinnvollen Entwicklung zu verstehen. Der Heilmittel-Katalog als integrierter Bestandteil der Heilmittel-Richtlinien muss sich diesbezüglich als dynamisches Vertragswerk noch bewähren.

IX. Anlagen

32. Das Verfahren zur Bewertung des therapeutischen Nutzens neuer Heilmittel und zugelassener Heilmittel bei neuen Indikationen in der

vertragsärztlichen Versorgung (gemäß § 138 SGB V „Neue Heilmittel“ und nach Nr. 14 der Richtlinien) ist in der Anlage 1 dargestellt.

33. In der Anlage 2 dieser Richtlinien ist die Übersicht über

- Maßnahmen deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der Anlage 1 nicht nachgewiesen ist,
- Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, nicht anerkannt ist, und
- Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind, gelistet. Die Übersicht wird in regelmäßigen Abständen dem Stand der medizinischen Erkenntnisse folgend ergänzt oder aktualisiert.

Die Anlagen konkretisieren die Arbeitsweise des Bundesausschusses zur Nr. 14 und 15 der Richtlinien. Die Anlage 1 beschreibt das formale und inhaltliche Vorgehen zur Bewertung des therapeutischen Nutzens neuer Heilmittel, die Anlage 2 listet die Heilmittel auf, bei denen nach eingehender Prüfung der therapeutischen Nutzen nicht anerkannt werden konnte.

Einen Antrag auf Prüfung neuer Heilmittel durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen können die Kassenärztliche Bundesvereinigung, eine Kassenärztliche Vereinigung oder ein Spitzenverband der Krankenkassen stellen. Den genannten Institutionen kommt zunächst ein Vorprüfungsrecht zu, d.h. sie prüfen und bewerten aufgrund der vom Antragsteller eingereichten Unterlagen, ob die neue Therapiemethode nach wissenschaftlich aussagefähiger Unterlagen beurteilbar ist.

Die Kriterien zur Prüfung des therapeutischen Nutzens wurden aus den alten Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien übernommen. Das BMG forderte den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen jedoch auf, die Kriterien zur Prüfung des therapeutischen Nutzens wie in den BUB-Richtlinien zu formulieren, da der therapeutische Nutzen nach gleichen Maßstäben zu bewerten ist. Dies fordert das Bundessozialgericht im übrigen auch für die Prüfung des therapeutischen Nutzens von Hilfsmitteln (Urteil vom 31. August 2000 - B 3 KR 21/99 R). Somit wird deutlich, dass die Prüfung des therapeutischen Nutzens von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, neuen Heilmitteln und neuen Hilfsmitteln unter Beachtung gleicher Maßstäbe zu erfolgen hat.

Die *Anlage 2* der Heilmittel-Richtlinien differenziert den Verordnungs- und Leistungsausschluss dahingehend, dass Maßnahmen zunächst vor allem mit dem fehlenden Nachweis des in der Anlage 1 erläuterten therapeutischen Nutzens ausgeschlossen sind. Bei dem zweiten Ausschlussgrund geht es um den Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen bereits für be-

stimmte Indikationen nachgewiesen ist. Diese dafür anerkannten Heilmittel eignen sich allerdings nicht für Indikationsgebiete, für die der therapeutische Nutzen nicht nachgewiesen ist. Dieses findet seine Entsprechung bei den Arzneimitteln, die auch indikationsbezogen zugelassen werden. Für Heilmittel kann nichts anderes gelten. Ein weiterer Ausschlussgrund wird für Maßnahmen gesehen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind.

X. Beschlussfassung, Beauftragungen und Inkrafttreten

Hinsichtlich der Verordnung von Heilmitteln hat der Bundesausschuss zwei Aufgaben: einerseits hat er den therapeutischen Nutzen von neuen Heilmitteln zu prüfen, andererseits hat er Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung sowie den indikationsbezogenen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel zu beschließen.

34. Neue Heilmittel dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur verordnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beauftragt den zuständigen Arbeitsausschuss „Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitation, Häusliche Krankenpflege, Arbeitsunfähigkeit“ mit der Überprüfung, ob die mit dem Antrag auf Anerkennung als neues Heilmittel eingereichten Unterlagen den Anforderungen nach den Nrn. 5 bis 7 der Anlage 1 entsprechen.
35. Nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 beschließt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung sowie den indikationsbezogenen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Abs. 6 SGB V.

Neue Heilmittel, also solche Maßnahmen, die bisher überhaupt nicht oder indikationsbezogen nicht verordnungsfähig waren, müssen, bevor sie dem Leistungsrecht der GKV zugerechnet werden können, vom Bundesausschuss geprüft werden. Mit der formalen und inhaltlichen Prüfung und Beurteilung der vorgelegten Unterlagen hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen den hierfür fachlich zuständigen Arbeitsausschuss beauftragt. Der Arbeitsausschuss kann die Bearbeitung von Anträgen zurückstellen, soweit und solange sie den Anforderungen für eine Beurteilung nicht genügen. Das Ergebnis seiner Arbeit hat er dem Bundesausschuss als Beschlussvorlage mit entsprechenden Begründungen vorzulegen. An Beurteilungen durch den Arbeitsausschuss ist der Bundesausschuss prinzipiell nicht gebunden, bedient sich ihrer aber in der Regel. Sofern alle Voraussetzungen für die Anerkennung als Heilmittel erfüllt sind, wird der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen entsprechenden Beschluss fassen. Dies be-

inhaltet die Aufnahme des neuen Heilmittels in den Normenteil der Heilmittel-Richtlinien und indikationsbezogen in den Heilmittel-Katalog.

Die Nr. 35 verdeutlicht die Arbeitsweise des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Die beauftragten Arbeitsausschüsse des Bundesausschusses arbeiten medizinische und vertragsrechtliche Sachverhalte auf und unterbreiten dem Bundesausschuss die Ergebnisse. Die Arbeitsausschüsse fassen jedoch keine Beschlüsse, sondern sie fungieren mehr als Berichterstatter. Die endgültige Beschlussfassung obliegt dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

Der Bundesausschuss hat die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln am 6. Februar 2001 beschlossen. Wäre er seiner Aufgabe nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, hätte das BMG unter Einhaltung gewisser Formalien Richtlinien erlassen können (§ 94 Abs.1 Satz 3 SGB V).

36. Die Richtlinien treten am 01. Juli 2001 in Kraft.

Verfasser:

Dr. med. Friedrich Kruse

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände

Lützowstraße 53

45141 Essen

**Bundesverband
der landwirtschaftlichen Krankenkassen**

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

Postfach 41 03 56 • 34114 Kassel



An die
landw. Krankenkassen

☎ 05 61/93 59-0
Durchwahl: 109
Bearbeiter: Müller, Bernhard
Telefax: 05 61/93 59-1 40
E-Mail: MuellerBkv@bv.lsv.de
AZ: BLK VIII 13 a

Bezug: Pkt. 21 a) der Niederschrift über
die 61. Fachbesprechung KV
am 16./17.10.2001

Kassel, 12. November 2001

Gemeinsame Grundsätze zur Beurteilung der Versicherungspflicht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung von mitarbeitenden Familienangehörigen in der Landwirtschaft - Stand 07.11.2001 - *

- Anpassung im Hinblick auf die Währungsumstellung -

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Hinblick auf die Währungsumstellung haben der VDR, die BfA, die BA und der BLK die Ziffer 5 der o.a. Gemeinsamen Grundsätze angepasst. Wir übersenden Ihnen in der Anlage einen Abdruck der

***Gemeinsamen Grundsätze
zur Beurteilung der Versicherungspflicht
in der Renten- und Arbeitslosenversicherung
von mitarbeitenden Familienangehörigen in der Landwirtschaft
vom 07.11.2001.***

Sie treten mit Wirkung vom 01.01.2002 an die Stelle der Gemeinsamen Grundsätze vom 29.12.1998.

Gleichzeitig haben wir das BMA, das BVA und den DBV informiert.

Mit freundlichen Grüßen
in Vertretung

Anlage (1 x)
Gem. Grundsätze v. 07.11.2001

(Siebert)

* Dieses Rundschreiben erschien bereits in der Ausgabe 4/2001, allerdings in unvollständiger Form, daher hier noch einmal der vollständige Abdruck der Gemeinsamen Grundsätze (Anm. der Redaktion).

**BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN
KRANKENKASSEN, KASSEL****VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER,
FRANKFURT****BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT, NÜRNBERG**

Stand 07.11.2001**Gemeinsame Grundsätze zur Beurteilung der Versicherungspflicht in der
Renten- und Arbeitslosenversicherung von mitarbeitenden Familienange-
hörigen in der Landwirtschaft**

1. Nach § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI und § 25 Abs. 1 SGB III liegt Versicherungspflicht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung vor, wenn eine Person gegen Arbeitsentgelt oder zur Berufsausbildung beschäftigt ist.

An die Begründung der Versicherungspflicht aufgrund einer entgeltlichen Beschäftigung zwischen Familienangehörigen stellt die Rechtsprechung bestimmte Anforderungen. Diese werden im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung hinsichtlich der mitarbeitenden Familienangehörigen in der Landwirtschaft näher erläutert und konkretisiert.

2. Mitarbeitende Familienangehörige im Sinne dieser Grundsätze sind Verwandte bis zum dritten Grad und Verschwägerte bis zum zweiten Grad sowie Pflegekinder eines landwirtschaftlichen Unternehmers im Sinne des § 2 Abs. 3 KVLG 1989 oder seines Ehegatten, die in seinem landwirtschaftlichen Unternehmen hauptberuflich beschäftigt sind.
3. Nach den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen liegt ein entgeltliches Beschäftigungsverhältnis zwischen Familienangehörigen vor, wenn
 - der Familienangehörige in den Betrieb des Arbeitgebers wie eine fremde Arbeitskraft eingegliedert ist und die Beschäftigung tatsächlich ausübt,
 - der Familienangehörige dem Weisungsrecht des Arbeitgebers - wenn auch in abgeschwächter Form - unterliegt,
 - ein der Arbeitsleistung angemessenes (d. h. grundsätzlich ein tarifliches oder ortsübliches) Arbeitsentgelt vereinbart ist und auch regelmäßig gezahlt wird (vgl. Ziffern 4 bis 6),
 - der Familienangehörige anstelle einer fremden Arbeitskraft beschäftigt wird,

- das Arbeitsentgelt der Lohnsteuer unterworfen wird und
- das Arbeitsentgelt - von den buchführungspflichtigen Betrieben - als Betriebsausgabe gebucht wird.

Die Voraussetzungen der Versicherungspflicht sind im Einzelfall zu prüfen.

4. Ein entgeltliches Beschäftigungsverhältnis zwischen Familienangehörigen kann grundsätzlich nur angenommen werden, wenn der Beschäftigte ein Arbeitsentgelt erhält, das einen angemessenen Gegenwert für die geleistete Arbeit darstellt.
5. Ausgehend von den besonderen Gegebenheiten in der Landwirtschaft wird eine erheblich untertarifliche Entlohnung und damit regelmäßig kein entgeltliches Beschäftigungsverhältnis angenommen, wenn die monatlichen Bruttobezüge des mitarbeitenden Familienangehörigen in der Landwirtschaft einen auf zehn Euro abgerundeten Eckwert (Grenzwert) nicht übersteigen. Dies gilt gleichermaßen für männliche und weibliche mitarbeitende Familienangehörige.

Der maßgebliche Eckwert beträgt zum 01.01.2002 monatlich 586,25 Euro, in den neuen Bundesländern 490,00 Euro. Der Grenzwert beträgt somit für das Kalenderjahr 2002 monatlich 580,00 Euro, für die neuen Bundesländer 490,00 Euro.

Der Eckwert wird kalenderjährlich entsprechend dem Verhältnis erhöht, in dem sich die Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) des laufenden Jahres zur Bezugsgröße des jeweils folgenden Kalenderjahres verändert.

6. Wird der Grenzwert nicht überschritten, kann ein entgeltliches Beschäftigungsverhältnis und damit Versicherungspflicht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung - bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen - dann in Betracht kommen, wenn das Arbeitsentgelt im Wesentlichen der tatsächlichen Arbeitsleistung entspricht (z. B. bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit, Teilzeitarbeit, Tariflohn).
7. Diese Grundsätze treten mit Wirkung vom 1. Januar 2002 an die Stelle der zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesanstalt für Arbeit einerseits und dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen andererseits abgestimmten Grundsätze vom 29. Dezember 1998.

Dieter Böttger

Urteile des BSG zur Versicherungspflicht in der Alterssicherung der Landwirte (AdL) mit Anmerkungen

Mit den nachfolgend dargestellten Entscheidungen hat der zuständige 10. Senat des Bundessozialgerichts erstmals für das aktuelle Recht grundlegende Fragen aus dem Themenkreis Versicherungspflicht und Befreiungsberechtigung in der AdL beantwortet und für die Rechtsanwendung richtungsweisende Lösungswege aufgezeigt.

1. Versicherungspflicht als Landwirt i. S. d. § 1 Abs. 2 ALG trotz vorangegangener Befreiung von der Versicherungspflicht als Landwirtehegatte i. S. d. § 1 Abs. 3 ALG – Urteil vom 12.06.2001, Az. B 10 LW 7/00 R

Ist der Ehegatte eines Landwirts, der die Voraussetzungen des § 1 Abs. 3 ALG erfüllt, in dieser Eigenschaft von der Versicherungspflicht in der AdL befreit worden, steht dies der nachfolgenden Entstehung der Versicherungspflicht in der Eigenschaft als Landwirt i. S. d. § 1 Abs. 2 ALG nicht entgegen, wie der 10. Senat des BSG in vorgenanntem Urteil klargestellt hat¹.

Der streitgegenständliche Statuswechsel tritt insbesondere dann ein, wenn die Ehefrau eines Landwirts nach dessen Tod das landwirtschaftliche Unternehmen übernimmt und ab diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen einer Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 2 ALG erfüllt. War sie zuvor von der Versicherungspflicht als Ehegatte nach der übergangsrechtlichen Sonderregelung des § 85 Abs. 3 ALG² befreit worden, könnte von der Unwiderruflichkeit dieser Befreiung unter Berücksichtigung des Wortlauts der Norm und ihrer Zielsetzung, den individuell unterschiedlichen Versorgungssituationen Rechnung zu tragen³, auszugehen sein.

1 Rdschr. AH 037/2001 vom 08.08.2001.

2 § 85 Abs. 3 ALG ermöglichte den Ehegatten eines Landwirts die Befreiung von der Versicherungspflicht in der AdL ab 01.01.1995, die bei In-Kraft-Treten des ALG bereits das 50. Lebensjahr vollendet oder 216 Kalendermonate in anderen Alterssicherungssystemen zurückgelegt bzw. vor dem 01.04.1996 einen befreienden Versicherungsvertrag abgeschlossen hatten und die Befreiung bis zum 31.03.1996 bei der zuständigen landwirtschaftlichen Alterskasse beantragten.

3 Gesetz zur Reform der agrarsozialen Sicherung – Agrarsozialreformgesetz 1995 – ASRG 1995 – vom 29.07.1994, Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung, Bundestags-Drucks. 12/5889 vom 13.10.1993, Begründung zu § 89 Abs. 5 ALG.

Dieser vereinzelt vertretenen Auffassung konnte sich bereits das Sozialgericht Münster als Vorinstanz in diesem konkreten Revisionsverfahren nicht anschließen. Die Ausführungen des Gesamtverbands der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA) stützend⁴, stellte es fest, Wortlaut, Systematik und Motivation des Gesetzgebers verdeutlichten, dass die Befreiungsmöglichkeit nach § 85 Abs. 3 ALG die Versicherungspflicht als landwirtschaftlicher Unternehmer i. S. d. § 1 Abs. 2 ALG unberührt lasse.⁵

Zur Begründung seiner im Ergebnis gleichlautenden Entscheidung verweist der 10. Senat des BSG auf die differenzierte Regelung der einzelnen Versicherungspflichttatbestände und ihrer Rechtsfolgen im ALG. Es werde deutlich zwischen der Versicherungspflicht als Landwirt i. S. d. § 1 Abs. 2 ALG und der Versicherungspflicht als Ehegatte eines Landwirts i. S. d. § 1 Abs. 3 ALG unterschieden und ausschließlich dem letztgenannten Personenkreis in § 85 Abs. 3 ALG ein die Befreiung von der Versicherungspflicht bewirkendes Antragsrecht eingeräumt. Dies rechtfertige die Auslegung dieser Regelung dahin, dass sich auch die Rechtsfolge der Befreiung nur auf die Versicherungspflicht als Ehegatte erstrecken könne.

Wortlaut und Begründung der Norm verdeutlichten, dass der Gesetzgeber die Versicherungspflicht ausnahmsweise an das individuelle Schutzbedürfnis anknüpfen wollte, um für eine begrenzte Übergangszeit ein Wahlrecht – für oder gegen eine Versicherungspflicht in der AdL – unter Berücksichtigung des Alters des Ehegatten und seiner bereits erworbenen Versorgungssituation einzuräumen. Diese Motivation erlaube es nicht, von einem Weiterwirken der Befreiung bei Eintritt eines anderen Versicherungspflichttatbestandes auszugehen. Die gegenteilige Annahme sei zudem mit dem Solidargedanken und der Zweckbestimmung der AdL, die eine berufsstandsspezifische soziale Absicherung mit entsprechend angepassten Leistungen bieten solle, unvereinbar.

Demgemäss finde der „Grundsatz der Absolutheit der Befreiung“, der auch in der gesetzlichen Krankenversicherung nur aufgrund einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung gelte⁶, in der AdL keine Entsprechung. Vielmehr ergebe sich eine Vergleichbarkeit mit der gesetzlichen Rentenversicherung, die voneinander unabhängige Tätigkeiten im Hinblick auf das Bestehen der Versicherungspflicht selbstständig beurteile, wenn gesetzlich nichts anderes bestimmt sei. Das dortige Prinzip der tätigkeits-

4 GLA-Komm § 85 ALG 3.1.

5 Urteil vom 03.02.2000, Az. S 10 LW 41/99.

6 § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V.

und nicht personenbezogenen Befreiung⁷ rechtfertige sich daraus, dass die befreiten Personen im Falle der Ausübung weiterer (rentenversicherungspflichtiger) Tätigkeiten einen zusätzlichen sozialen Schutz erwerben würden.⁸ In ähnlicher Weise knüpften die Versicherungspflichttatbestände des § 1 Abs. 2 und Abs. 3 ALG an verschiedene Sachverhalte an, die nach der Gesetzessystematik selbstständig beurteilt werden müssten.

Dass nicht nur zwischen den speziellen Versicherungspflicht- und Befreiungstatbeständen für Landwirte i. S. d. § 1 Abs. 2 ALG einerseits und den Landwirtsehegatten i. S. d. § 1 Abs. 3 ALG andererseits, sondern auch zwischen den nach früherem und den nach aktuellem Recht begründeten Versicherungspflichttatbeständen zu differenzieren ist, wird durch nachstehende Entscheidung zum Ausdruck gebracht:

2. Ausschluss einer Befreiung nach § 3 ALG für ehemalige Weiterversicherte i. S. d. § 84 Abs. 2 ALG – Urteil vom 19.10.2000, Az. B 10 LW 20/99 R

In dieser Entscheidung zeigt der 10. Senat des BSG die anhand der Systematik des ALG sichtbar werdenden, deutlichen Unterschiede in der rechtlichen Behandlung aktiver und ehemaliger Landwirte in der AdL auf. Konkret trifft der Senat die Feststellung, einem ehemaligen Weiterversicherten i. S. d. § 84 Abs. 2 ALG⁹ sei es verwehrt, eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der AdL nach Versäumung der in § 84 Abs. 2 Satz 2 ALG normierten Befreiungsfrist¹⁰ ersatzweise über § 3 ALG zu erlangen.¹¹

Selbst wenn die Voraussetzungen der allgemeinen Regelung des § 3 Abs. 1 ALG¹² vorliegen würden, käme eine Befreiung nach dieser Norm für einen Weiterversicherten nicht in Betracht. Bereits der unterschiedli-

7 § 6 Abs. 5 Satz 1 SGB VI.

8 Bundestagsdrucks. 11/4124, S. 152.

9 Nach § 84 Abs. 2 ALG bleiben die bisher nach § 27 GAL Weiterversicherten auch nach In-Kraft-Treten des ALG versicherungspflichtig, sofern die Befreiung nicht beantragt wurde.

10 Die Befreiung war bis zum 31.12.1995 zu beantragen.

11 Rdschr. AH 016/2001.

12 § 3 Abs. 1 ALG ermöglicht die Befreiung von der Versicherungspflicht, wenn außerlandwirtschaftliches Einkommen von mehr als 1/7 der Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) bezogen wird bzw. während der Zeit der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund von Kindererziehung, Pflege eines Pflegebedürftigen oder Ableistung von Wehr- bzw. Zivildienst.

che Sprachgebrauch verdeutliche, dass der Gesetzgeber eine eindeutige Unterscheidung zwischen aktiven und ehemaligen Landwirten getroffen habe. In den mit dem Begriff „Sonderregelung“ überschriebenen §§ 82 ff. ALG seien die Weiterversicherten als „Personen, die am 31. Dezember 1994 unabhängig von einer Tätigkeit als Landwirt beitragspflichtig waren“¹³, die aktiven Landwirte demgegenüber als „Personen, die am 31. Dezember 1994 als Landwirte beitragspflichtig waren“¹⁴, definiert. Zudem weise die Zweckbestimmung § 84 Abs. 2 ALG als geschlossenes Sondersystem aus. Der erfasste Personenkreis habe die Versicherungspflicht nach Beendigung der aktiven Landwirtstätigkeit bewusst und freiwillig im Hinblick darauf fortgesetzt¹⁵, dass unter Geltung des GAL der Erwerb eines Rentenanspruchs die ununterbrochene Beitragszahlung mindestens bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres oder bis zum Eintritt der Erwerbsunfähigkeit voraussetzte. Der Gesetzgeber sei daher verpflichtet gewesen, diesem Personenkreis einerseits aus Vertrauensschutzerwägungen den Fortbestand der Versicherungspflicht – zumindest bis zur Erfüllung der Wartezeit – zu gewährleisten, andererseits aber einen Befreiungstatbestand im Hinblick auf den Wegfall des „Lückenlosigkeitsgebots“¹⁶ im ALG einzuräumen. Konsequenterweise knüpfe die Befreiungsnorm an die Erfüllung der Wartezeit an und ermögliche die Beendigung der Weiterversicherungspflicht zu diesem Zeitpunkt, frühestens ab 01.01.1995. Sei in der gesetzten Frist, bis zum 31.12.1995, der Befreiungsantrag nicht gestellt worden, verbleibe der Weiterversicherte wie bisher als Beitragszahler im System der AdL, eine Rechtsfolge, die der Unwiderruflichkeit der abgegebenen Weiterentrichtungserklärung¹⁷ Rechnung trage.

Demgegenüber ziele die Befreiungsregelung des § 3 ALG darauf ab, Nebenerwerbslandwirten, deren sozialer Schutz – zumindest teilweise – anderweitig sichergestellt ist, die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht in dem berufsstandsspezifischen Sicherungssystem zu geben. Der Gesetzgeber räume dem betroffenen Personenkreis die freie Wahl ein, ob eine mehrfache soziale Absicherung – einerseits in der gesetzlichen Rentenversicherung, andererseits in der AdL – gewünscht oder aber abgelehnt werde.

13 §§ 84 Abs. 2 und 3, 93 Abs. 1, 107, 115 und 117 ALG.

14 § 84 Abs. 1 ALG.

15 Unter den Voraussetzungen des § 27 GAL.

16 §§ 2 Abs. 1 GAL, 90 Abs. 1 ALG.

17 Urteil des BSG vom 29.03.1990, SozR 3-5850 § 48 Nr. 1 GAL S. 5 f. m.w.N., Rdschr. AH 012/1990.

Wäre § 3 Abs. 1 ALG auf die Weiterversicherten anwendbar, hätte es der spezifischen Befreiungsnorm des § 84 Abs. 2 ALG nicht bedurft. Charakteristisch für diese Personengruppe sei nämlich der Bezug von Erwerbs- oder Erwerbsersatzeinkommen nach Aufgabe der landwirtschaftlichen Tätigkeit. Damit wäre ein jederzeitiges, zumindest temporäres Befreiungsrecht¹⁸ eröffnet, das für die Regelung des § 84 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 ALG keinen nennenswerten Raum mehr ließe.

Neben der aufgezeigten unterschiedlichen Zweckbestimmung grenze auch die Gesetzssystematik den Anwendungsbereich der Befreiungsregelungen voneinander ab. So verdränge die Versicherungspflicht als aktiver Landwirt nach § 1 Abs. 2 ALG wegen des grundsätzlichen Ausschlusses der Doppelversicherung jene als Weiterversicherter i. S. d. § 84 Abs. 2 ALG.¹⁹ Werde der aktive Landwirt indessen nach § 3 ALG bzw. § 85 ALG befreit, lebe die Versicherungspflicht nach § 84 Abs. 2 ALG wieder auf. Nichts anderes habe im früheren Recht gegolten, da bei Beendigung der Beitragspflicht als aktiver Landwirt infolge Betriebsaufgabe oder Befreiung nach § 14 Abs. 2 GAL die Beitragspflicht nach § 27 GAL wieder auflebte, ohne dass eine Befreiung davon nach Maßgabe des § 14 Abs. 2 GAL möglich gewesen wäre.²⁰

Das in dieser Weise geschaffene differenzierte System von Regel (Versicherungspflicht) und Ausnahme (Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag) lässt eine erweiternde Auslegung nach Überzeugung des Senats nicht zu, so dass es im Falle der Versäumung der Befreiungsfrist nach § 84 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 und Satz 2 ALG bei der unwiderruflichen Bindung an die AdL verbleiben müsse.

Dieses Ergebnis trägt der Kontinuität der Rechtsanwendung und dem Vertrauensschutz des betroffenen Personenkreises gleichermaßen Rechnung. Das Versicherungsverhältnis des Weiterversicherten nach dem ALG ist – von der in § 84 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 ALG neu eingeräumten Befreiungsmöglichkeit abgesehen – wie unter Geltung des früheren Rechts zu beurteilen. Es verbleibt somit dabei, dass sich das Weiterversicherungsverhältnis als „Pflichtversicherung auf Antrag“ und nicht als – dem GAL unbekanntes – freiwilliges Versicherungsverhältnis darstellt²¹,

18 „solange“ in § 3 Abs. 1 ALG.

19 Zum früheren Recht Urteil des BSG vom 29.10.1985, SozR 5850 § 27 Nr. 6 S. 9, 11 f..

20 BSG a.a.O..

die Weiterentrichtungserklärung also grundsätzlich unwiderruflich ist.²² In diesem Sinne hatte sich das BSG bereits zum früheren Recht gegen die unmittelbare oder analoge Anwendung der damals maßgebenden Befreiungsregelung des § 14 Abs. 2 GAL auf die Weiterversicherungspflicht unter Hinweis auf den Wortlaut und den Regelungszusammenhang ausgesprochen.²³

Verfassungsrechtliche Bedenken bestehen gegen den in dieser Weise im aktuellen Recht fortgeschriebenen Versicherungspflichttatbestand nicht. Zwar ist die Ungleichbehandlung der Gruppe der weiterversicherungspflichtigen ehemaligen Landwirte ohne Befreiungsmöglichkeit nach § 3 ALG im Vergleich zu den versicherungspflichtigen aktiven Landwirten, denen dieses Befreiungsrecht zusteht, offenkundig. Die Weiterversicherung i. S. d. § 27 GAL bzw. des § 84 Abs. 2 ALG beruht jedoch auf einer dem freien Willen des Versicherten unterliegenden Antragstellung, wohingegen die Versicherungspflicht des aktiven Landwirts gesetzlich angeordnet, somit also willensunabhängig ist. Der Gesetzgeber durfte sich daher veranlasst sehen, denjenigen, die ohne ihr Zutun in der AdL versicherungspflichtig geworden sind, aber wegen eines anderweitig bestehenden Versicherungsschutzes dieser Grundsicherung nicht bedürfen, die Möglichkeit einer Versicherungsbefreiung zu gewähren, während der Personenkreis der Weiterversicherten seine Entscheidung für den Verbleib in dem berufsstandsspezifischen Sicherungssystem bereits mit seiner Antragstellung getroffen hat. Für den Gleichheitssatzverstoß besteht somit eine sachliche Rechtfertigung, wie das BSG bereits in der Vergangenheit festgestellt hatte.²⁴ Auch unter Berücksichtigung der konkreten Ausgestaltung der das frühere Recht abbildenden Regelung des § 84 Abs. 2 ALG ergibt sich keine andere Beurteilung. Bei derartigen

21 Urteil des BSG vom 20.04.1993, Az. 4 RLw 7/91, mit Verweis auf BSG SozR 3-5850 § 3c Nr. 2 und § 27a Nr. 2, Rdschr. AH 008/1993.

22 Urteile des BSG vom 20.04.1993, a.a.O., vom 24.11.1978, Az. 11 RLw 6/77, SozR 5850 § 27 Nr. 2 und Rdschr. AH 003/1979, sowie vom 29.03.1990, Az. 4 RLw 4/89, SozR 3-5850 § 48 GAL Nr. 1 und Rdschr. AH 012/1990; als Ausnahme von diesem Grundsatz ist nur die Übergangsregelung in § 6d des Gesetzes zur Neuregelung der Altershilfe für Landwirte in der Fassung des 3. ASEG – Art. 2 Nr. 2 – anzusehen, wonach Beitragspflichtige i. S. d. § 27 GAL aufgrund einer bis zum 31.12.1986 abzugebenden Erklärung aus der Versicherungspflicht in der AdL ausscheiden konnten, Urteil des BSG vom 29.03.1990, a.a.O..

23 Urteil des BSG vom 29.10.1985, Az. 11a RLw 4/84, SozR 5850 § 27 Nr. 6, Rdschr. AH 003/1986.

24 Urteil des BSG vom 29.10.1985, a.a.O..

Übergangsregelungen im Rahmen einer Gesetzesreform steht dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum zu²⁵, der vorliegend in sachgerechter Weise genutzt worden ist, da § 84 Abs. 2 ALG einerseits aus Vertrauensschutzgründen an den Rechtswirkungen der früheren Weiterversicherungserklärung festhält, andererseits aber dem betroffenen Personenkreis im Hinblick auf die Neukonzeption des Alterssicherungsrechts die Möglichkeit der Beendigung des Antragspflichtversicherungsverhältnisses innerhalb eines Überlegungszeitraumes einräumt. Damit trägt die so gefundene Lösung auch etwaigen Härtefällen Rechnung.

Grundsätzlich ist eine soziale Härte für den betroffenen Personenkreis mit der wortlautgetreuen Anwendung des § 84 Abs. 2 ALG aber nicht verbunden. Zum einen ermöglichte es die für die Abgabe der Befreiungserklärung in § 84 Abs. 2 Satz 2 ALG gesetzte Frist²⁶, die Vor- und Nachteile einer Fortsetzung der Versicherung angemessen abzuwägen. Zum anderen musste der Weiterversicherungspflichtige in Ermangelung einer Befreiungsmöglichkeit nach dem GAL von einer Bindung an das landwirtschaftsspezifische Alterssicherungssystem bis zu den in § 27 Abs. 1 Satz 5 GAL benannten Endzeitpunkten²⁷ ausgehen, für ihn war also ein Fortbestand der Versicherungs- und damit der Beitragspflicht zu erwarten, wobei er die damit verbundenen finanziellen Belastungen sogar freiwillig aufgrund Abgabe der Weiterversicherungserklärung auf sich genommen hatte. Im Übrigen steht den i. S. d. § 27 GAL Weiterversicherten, die nach In-Kraft-Treten des ALG versicherungspflichtig bleiben, im Unterschied zum früheren Recht²⁸ nunmehr ein Anspruch auf Beitragszuschuss bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen des § 32 ALG in voller Höhe zu.

Demgemäss lässt sich die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, das mit Beschluss des Dreierausschusses vom 03.09.1982 die Verfassungskonformität des § 27 GAL festgestellt hatte²⁹, auf das aktuelle Recht übertragen. Die damalige Begründung, die sich zum einen auf die Erkennbarkeit der Bindung bei Abgabe der Weiterversicherungserklärung sowie zum anderen auf das öffentliche Interesse an der Kalkulierbarkeit des durch § 27 Abs. 1 GAL erheblich erweiterten Versicherungsrisikos,

25 Urteil des BSG vom 12.02.1998, Az. B 10 LW 2/97 R, Rdschr. AH 010/1998.

26 Vom In-Kraft-Treten des ALG am 01.01.1995 bis zum 31.12.1995.

27 Vollendung des 60. Lebensjahres oder Beginn der Zahlung des vorzeitigen Altersgeldes, Hinterbliebenengeldes bzw. der Landabgaberente.

28 § 3c Abs. 6 i. V. m. § 4b Abs. 5 GAL.

29 Az. 1 BvR 114/79, SozR 5850 § 27 Nr. 5, Rdschr. AH 014/1982.

aber auch auf den Zweck der Vermeidung einer negativen Risikoauslese zum Nachteil der Alterskassen und damit der Versichertengemeinschaft stützte, wird der aktuellen Rechtslage gleichermaßen gerecht.

In konsequenter Fortführung der vorstehend dargestellten strikten Abgrenzung der Versicherungspflicht- und Befreiungstatbestände des ALG hat der 10. Senat des BSG mit nachbenannten Urteilen speziell Landwirtsehegatten i. S. d. § 1 Abs. 3 ALG, die am Stichtag „31.12.1994“ weiterversicherungspflichtig i. S. d. § 27 GAL bzw. § 84 Abs. 2 ALG waren, eine Befreiungsmöglichkeit nach Maßgabe des § 85 Abs. 3 bzw. Abs. 3a ALG oder in analoger Anwendung des § 84 Abs. 2 ALG abgesprochen:³⁰

3. Keine Befreiung von Landwirtsehegatten i. S. d. § 1 Abs. 3 ALG mit Weiterversichertenstatus i. S. d. § 84 Abs. 2 ALG nach den übergangsrechtlichen Sonderregelungen des § 85 Abs. 3 und Abs. 3a ALG – Urteile vom 19.10.2000, Az. B 10 LW 1/99 R und B 10 LW 14/99 R

Selbst wenn alle übrigen Voraussetzungen der Befreiungsregelungen des § 85 Abs. 3 ALG bzw. des § 85 Abs. 3a ALG erfüllt seien, scheitere die Befreiungsmöglichkeit an der am 31. Dezember 1994 fortbestehenden Beitragspflicht i. S. d. § 27 GAL.³¹ Eine planwidrige Gesetzeslücke, die durch die Rechtsprechung zu schließen wäre, sei nicht ersichtlich. Vielmehr habe der Gesetzgeber das Verhältnis beider Pflichtversicherungen – einerseits derjenigen als aktiver Landwirt, andererseits derjenigen als Weiterversicherter - zueinander hinreichend deutlich geregelt³², wobei den Rechtsfolgen aus der aktiven Tätigkeit als Landwirt oder der ehelichen Gemeinschaft mit einem aktiven Landwirt stets der Vorrang eingeräumt werde.

Unter Berücksichtigung der mit Einführung des ALG verfolgten, übergreifenden Zielsetzung, nämlich einerseits die Rechtsstellung der Bäuerin durch Einführung einer eigenständigen Alterssicherung zu verbessern und andererseits das agrarsoziale Sicherungssystem gerechter auszugestalten und finanziell zu stabilisieren, müsse der Anwendungsbereich der Übergangsregelungen des § 85 Abs. 3 Satz 1 ALG einerseits und des § 84 Abs. 2 ALG andererseits wie folgt voneinander abgegrenzt werden:

30 Rdschr. AH 012/2001, GLA-Komm § 84 ALG 2.1 und § 85 ALG 3.1.

31 § 85 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 ALG.

32 Urteil des BSG vom 29.03.1990, SozR 3-5850 § 48 Nr. 1 S. 1, 5.

Die befristete Übergangsregelung des § 85 Abs. 3 Satz 1 ALG bewahre nur erstmals zum 01.01.1995 neu in die Versicherungspflicht einbezogene Landwirtsehegatten i. S. d. § 1 Abs. 3 ALG, die bereits ein fortgeschrittenes Lebensalter erreicht oder eine anderweitige, außerhalb des landwirtschaftlichen Alterssicherungssystems begründete öffentlich- oder privatrechtliche Alterssicherung erworben haben, davor, in der AdL versicherungs- und beitragspflichtig zu werden. Vorgenannte Voraussetzungen erfülle der Landwirtsehegatte aber nicht, der sich freiwillig für eine Beitragspflicht im landwirtschaftlichen Alterssicherungssystem entschieden habe. Eine nach Beendigung ihrer Tätigkeit als landwirtschaftliche Unternehmerin weiterversicherte Bäuerin sei nicht wie die meisten Bäuerinnen, die lediglich Ehefrau des Allein-Unternehmers seien, am Aufbau einer eigenständigen Alterssicherung gehindert gewesen.³³

§ 84 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 ALG, das außerordentliche, befristete Befreiungsrecht für Weiterversicherte, trage zwar durch die ausnahmsweise eingeräumte Befreiungsmöglichkeit bei Erfüllung der Wartezeit dem Umstand Rechnung, dass es eine Weiterversicherung künftig nicht mehr gibt, gelte aber nicht für pflichtversicherte aktive Landwirte i. S. d. § 1 Abs. 2 ALG und deren Ehegatten i. S. d. § 1 Abs. 3 ALG.

Folgerichtig – zugleich getragen von der Zielsetzung, die Beitragsbasis in der AdL langfristig zu sichern – habe der Gesetzgeber die Befreiungstatbestände des § 84 Abs. 2 und des § 85 Abs. 3 bzw. Abs. 3a ALG derart aufeinander abgestimmt, dass die Weiterversicherungspflicht frühestens mit Wirkung zum 01.01.1995 beendet werden konnte, was aber unter Berücksichtigung der Ausschlussklausel des § 85 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 ALG der erneuten Begründung einer Versicherungspflicht bei Vorliegen eines neuen versicherungspflichtigen Tatbestands mit Wirkung von eben diesem Tag nicht entgegenstehe.

Verfassungsrechtliche Bedenken bestehen gegen vorgenannte Abgrenzung aus Sicht des Senats nicht. Die Ungleichbehandlung der weiterversicherungspflichtigen Ehegatten ohne Befreiungsmöglichkeit im Vergleich zu den neu in die AdL einbezogenen Landwirtsehegatten mit Befreiungsmöglichkeit sei sachlich gerechtfertigt. Der Gesetzgeber habe Härtefälle für erstmalig in das Alterssicherungssystem einbezogene Landwirtsehegatten, die entweder schon ein relativ hohes Lebensalter bzw. eine außerhalb der Landwirtschaft erworbene Alterssicherung

33 Urteil des BSG vom 25.11.1998, BSGE 83, 145, 148 ff., SozR 3-5868 § 1 Nr. 2, S. 16, 20 ff.

aufweisen, vermeiden wollen. Die Weiterversicherten hätten hingegen den Schwerpunkt ihrer Alterssicherung bereits im landwirtschaftlichen Sondersystem gefunden, sie seien bei In-Kraft-Treten des ALG bereits in die AdL integriert gewesen und dies anschließend auch geblieben. Die neu eintretende Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 3 ALG habe sie nicht zu überraschen vermocht, da sie noch unter Geltung des GAL von einem Fortbestand der Versicherungs- und Beitragspflicht hätten ausgehen müssen. Die damit verbundenen finanziellen Belastungen seien von ihnen sogar freiwillig aufgrund Abgabe der Weiterversicherungserklärung übernommen worden.

Eine abschließende Klärung für die Verwaltungspraxis bedeutsamer Einzelfragen zu den Befreiungsnormen des Übergangsrechts hat der Senat mit zwei weiteren Urteilen herbeigeführt:

4. Berücksichtigungsfähigkeit der für eine Befreiung von der Versicherungspflicht i. S. d. § 85 Abs. 3b Satz 1 Nr. 1 ALG maßgebenden Wirtschaftswertverringerung erst ab dem 1. Januar des übernächsten Kalenderjahres – Urteil vom 07.12.2000, Az. B 10 LW 1/00 R

Die bisherige Verwaltungspraxis bestätigend, stellt der Senat in vorgenanntem Urteil fest, dass sich die ggf. zu einer Befreiung von der Versicherungspflicht als Landwirtsehegatte nach dem Übergangsrecht führende Verringerung des Wirtschaftswerts des landwirtschaftlichen Unternehmens – sofern sie nach dem 1. Juli eines Kalenderjahres stattfindet – erst ab dem 1. Januar des übernächsten Kalenderjahres auswirkt.³⁴

Die streitgegenständliche Befreiungsregelung (§ 85 Abs. 3b Satz 1 Teilsatz 1 Nr. 1 ALG)³⁵ nimmt § 32 Abs. 6 Satz 5 ALG³⁶, eine Regelung aus dem Beitragszuschussrecht, in Bezug, aus der – so der Senat – „nichts anderes herausgelesen werden (kann), als dass – hat eine Versicherung einmal i. S. d. § 32 Abs. 6 Satz 5 ALG begonnen – jede Änderung, die nach dem

34 Rdschr. AH 014/2001, Rdschr. AH 004/2001, GLA-Komm § 85 ALG 4.3.

35 Nach dieser Regelung werden Versicherte i. S. d. § 1 Abs. 3 ALG auf Antrag von der Versicherungspflicht – bei Erfüllung weiterer Voraussetzungen – befreit, „so lange der nach § 1 Abs. 6 und § 32 Abs. 6 Satz 5 ermittelte Wirtschaftswert des Unternehmens der Landwirtschaft 15.000 Deutsche Mark nicht überschreitet“.

36 Diese Regelung lautet wörtlich: „Maßgebend für den zugrunde zu legenden Wirtschaftswert sind die am 1. Juli des vergangenen Kalenderjahres bestehenden betrieblichen Verhältnisse; beginnt die Versicherung nach dem 1. Juli des jeweiligen Vorjahres, sind die betrieblichen Verhältnisse zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung maßgebend.“

1. Juli (z. B. 1996) stattfindet, erst ab dem 1. Januar des übernächsten Kalenderjahres (z. B. 1998) berücksichtigt werden“ könne; dies bedeute zugleich, „dass dann Schwankungen des Wirtschaftswerts jeweils zwischen den Stichtagen <1. Juli> jedes Kalenderjahres unberücksichtigt bleiben“.³⁷

Bei laufender Versicherung brauche die landwirtschaftliche Alterskasse somit nicht sofort auf Minderungen des Wirtschaftswerts zu reagieren, diese führten vielmehr erst mit mindestens 6-monatiger Verzögerung zu einer Befreiung. Die Rückabwicklung überzahlter Beiträge könne damit zum großen Teil vermieden werden.

Der Gesetzgeber habe insoweit aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität eine überaus stark pauschalierende Regelung gewählt. Auf den ersten Blick begünstige sie einseitig die Verwaltung und belaste die Betroffenen, die teilweise bis zu anderthalb Jahre auf eine Befreiung warten müssten. Dieser Effekt könne sich jedoch zugunsten der Betroffenen auch umgekehrt dahingehend auswirken, dass eine an sich nicht mehr zustehende Befreiung noch über jene anderthalb Jahre weiter laufe, und sei zudem steuerbar, wenn das Datum einer Änderung des Wirtschaftswerts nicht von äußeren Zwängen abhängе. Dies berücksichtigend, verstoße die Regelung nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG, da sie sich nicht zielgerichtet und allein zu Lasten der Betroffenen auswirke.

Das Urteil steht im Einklang mit der bisherigen Rechtsprechung des Senats, wonach die Befreiungsregelungen – insbesondere die des Übergangsrechts – einer erweiternden Auslegung nicht zugänglich sind. Die Entstehungsgeschichte der mit dem ASRG-Änderungsgesetz³⁸ eingeführten Befreiungsregelungen des § 85 Abs. 3a und Abs. 3b ALG zeigt, dass der Gesetzgeber keineswegs von der Leitidee der grundsätzlichen Versicherungspflicht der Landwirtsehegatten (§ 1 Abs. 3 ALG) abweichen, sondern vielmehr als problematisch erkannten Fallgestaltungen durch eine – restriktiv geregelte – Erweiterung der Befreiungsrechte, im möglichst größerem Umfang aber durch eine Anrechnung in der gesetz-

37 Vg. Urteil vom 07.12.2000, S. 4.

38 Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Reform der agrarsozialen Sicherung vom 15.12.1995, BGBl. I S. 1814.

39 § 17 Abs. 1 Satz 2 ALG.

40 Urteil des BSG vom 12.02.1998, Az. B 10 LW 2/97 R, Rdschr. AH 010/1998 und AH 003/1998.

lichen Rentenversicherung zurückgelegter Versicherungszeiten auf die Wartezeiten in der AdL³⁹ Rechnung tragen wollte.⁴⁰

Ein Grund für eine Erweiterung der Befreiungsregelung des § 85 Abs. 3b ALG über ihren Wortlaut hinaus besteht auch deswegen nicht, weil mit der wortlautgetreuen und der Intension des Gesetzgebers entsprechenden Anwendung der Norm keine besonderen Härten für die Betroffenen verbunden sind. Selbst aus der auf einen überschaubaren Zeitraum begrenzten Fortdauer der Versicherungspflicht in der AdL resultiert keine unzumutbare Doppelbelastung der Ehegatten, da der Landwirt im Regelfall von der Versicherungspflicht in der AdL bereits befreit ist und das um die Beitragszahlung reduzierte Familieneinkommen zu einer Erhöhung des Beitragszuschusses bzw. dessen erstmaliger Gewährung führen kann. Außerdem steht der Beitragspflicht der Anspruch auf Leistungen der AdL (z. B. Rehabilitationsmaßnahmen, Betriebs- und Haushaltshilfe) als Äquivalent gegenüber und ergibt sich ein Ausgleich für den „verzögerten“ Beginn der Befreiung von der Versicherungspflicht dadurch, dass bei einem Wegfall der Befreiungsvoraussetzungen die Anpassung an die neuen Verhältnisse, also die Wiederaufnahme in die Versicherungspflicht, ebenfalls mit „Verzögerung“ erfolgen wird.

Schließlich bleibt zu berücksichtigen, dass – worauf der Senat ebenfalls hinweist – der Gesetzgeber durchaus praktischen Erfordernissen der Verwaltung Rechnung tragen darf und insoweit sogar Ungleichbehandlungen gerechtfertigt sind⁴¹.

5. Bestimmung des für eine Befreiung nach der übergangsrechtlichen Regelung des § 85 Abs. 3b ALG maßgebenden aktuellen Wirtschaftswerts zu dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherungspflicht nach vorangegangener Befreiung (erneut) beginnt – Urteil vom 07.12.2000, Az. B 10 LW 10/00 R

Anknüpfend an die vorbeschriebene Entscheidung zu Az. B 10 LW 1/00 R stellt der Senat mit vorgenanntem Urteil klar, dass sich bei wiederholtem Beginn der Versicherungspflicht der für die Befreiung nach § 85 Abs. 3b ALG maßgebende Wirtschaftswert nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des (Neu-)Beginns der Versicherung beurteilt⁴².

41 Urteil des BSG vom 07.12.2000 unter Hinweis auf BVerfG, Kammerbeschluss vom 02.08.1990, SozR 3-5870 § 2 Nr. 9 m.w.N..

42 Rdschr. AH 015/2001, GLA-Komm § 85 ALG 4.3.

43 Fußnote 36.

Der von § 85 Abs. 3b Satz 1 Nr. 1 ALG in Bezug genommene § 32 Abs. 6 Satz 5 ALG⁴³ differenziere zwischen den „Bestandsfällen“, in denen eine bestehende Versicherung zu überprüfen sei und für die der 1. Halbsatz des § 32 Abs. 6 Satz 5 ALG als Regel auf die Verhältnisse am 1. Juli des Vorjahres abstelle, und den „Neufällen“, in denen „die Versicherung“ nach dem 1. Juli des Vorjahres begonnen habe und für die der 2. Halbsatz gelte. In den Bestandsfällen wirke sich die Änderung in den maßgebenden Verhältnissen – sofern sie nach dem 1. Juli des Vorjahres im Zeitraum bis zum nächsten Stichtag eintritt – erst auf den 1. Januar des Folgejahres aus. In den Neufällen seien ausnahmsweise die betrieblichen Verhältnisse zum Zeitpunkt des (erneuten) Versicherungsbeginns zugrunde zu legen. Eine Versicherung in diesem Sinne bestehe nur dann, „wenn sie tatsächlich durchgeführt, d. h. Versicherungsschutz gewährt wird, für den Beiträge zu zahlen sind“⁴⁴; gemeint sei somit nicht der bloße abstrakte Tatbestand der Versicherungspflicht. Der maßgebende „Versicherungsbeginn mit all seinen Rechten und Pflichten“ liege nicht vor, wenn zeitgleich mit der Übernahme eines landwirtschaftlichen Unternehmens und dem theoretischen erstmaligen Beginn der Versicherungspflicht nach § 1 ALG zugleich eine Befreiung von dieser Versicherungspflicht nach § 3 ALG – in dem zu entscheidenden Fall wegen Kindererziehung – erfolge. Der Wirtschaftswert des landwirtschaftlichen Unternehmens sei für die Erfüllung der Befreiungsvoraussetzung des § 85 Abs. 3b ALG somit erst zu dem Zeitpunkt des Auslaufens der vorangegangenen Befreiung nach § 3 ALG zu prüfen.

Sieht man – abweichend von der Rechtsauslegung des BSG – den Sinngehalt der in § 32 Abs. 6 Satz 5 ALG vollzogenen Unterscheidung ausschließlich darin, den landwirtschaftlichen Alterskassen den Rückgriff auf prüffähige Daten zu ermöglichen, hätte sich eher die Anwendung des ersten Teilsatzes der hier maßgebenden Regelung angeboten. Danach ist unzweifelhaft auf die betrieblichen Verhältnisse des Vorjahres zurückzugreifen, da das landwirtschaftliche Unternehmen bereits zu diesem Zeitpunkt besteht, während nach dem zweiten Teilsatz die aktuellen betrieblichen Verhältnisse nur deswegen Berücksichtigung finden müssen, da ein Rückgriff auf prüffähige Daten des Vorjahres mangels Existenz eines Unternehmens in diesem Zeitpunkt ausscheidet. Es liegt nahe, dass für den zweitbenannten Fall

44 Urteil des BSG vom 07.12.2000, Az. B 10 LW 10/00 R, S. 5.

eine aktuelle Betrachtung unumgänglich ist, deren Notwendigkeit sich bei wiederholtem Beginn der Versicherungspflicht unter Berücksichtigung des zwischenzeitlichen Fortbestands des landwirtschaftlichen Unternehmens nicht ohne weiteres erschließt.⁴⁵ Die unter Berücksichtigung des Wortlauts der Regelung und der Gesetzessystematik durch den Senat gefundene Lösung vermag dennoch zu überzeugen. Dafür spricht insbesondere der notwendige Gleichklang mit der Einkommensberechnung im Rahmen der Beitragszuschussermittlung, die ebenfalls auf den Zeitpunkt des Beginns der Versicherung als Stichtag abstellen muss, da sich erst ab diesem Zeitpunkt die abzumildernde Beitragslast⁴⁶ realisiert. Zweifelhaft bleibt aber, ob der der Ausgestaltung des § 32 Abs. 6 Satz 5 ALG zugrunde liegende Aspekt der Verwaltungspraktikabilität bei der Entscheidungsfindung ausreichende Berücksichtigung gefunden hat. Diesem Aspekt kommt besondere Bedeutung im Hinblick auf die nur temporäre Befreiungswirkung des § 85 Abs. 3b ALG zu. Die Befreiung gilt nämlich nur, „solange“ ihre wirtschaftlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Da die betroffenen Versicherten auch noch nach Begründung der Versicherungspflicht in die Befreiung hineinwachsen oder nach anfänglicher Befreiung wieder herausfallen können, ergibt sich daraus für die landwirtschaftlichen Alterskassen die Verpflichtung zu einem laufenden Überprüfungsverfahren. Dies wäre im Hinblick auf die Vielzahl der betroffenen Versicherten ohne Verweis auf die Stichtagsregelung des § 32 Abs. 6 Satz 5 ALG unpraktikabel und weniger prüfsicher. Demgemäss besagt der Ausschussbericht, dass „aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität im Hinblick auf den Wirtschaftswert auf die betrieblichen Verhältnisse an einem festen, in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt (1. Juli des Vorjahres oder, wenn erstmals Versicherungspflicht nach diesem Zeitpunkt entstanden ist, Beginn der Versicherungspflicht) abgestellt (wird), da der Wirtschaftswert sich unter Umständen laufend ändert und in der Praxis den Alterskassen der aktuelle Wirtschaftswert nicht bekannt ist“.⁴⁷ Ob der Verwaltungsaufwand bei Durchführung eines Verfahrens zur Feststellung der (erneuten) Versicherungspflicht annähernd gleich hoch bleibt, – unabhängig davon, auf welchen der alternativen Stichtage abgestellt wird, – muss die praktische Rechtsanwendung erweisen.

45 Im Ergebnis so ebenfalls Bericht der Abgeordneten Buntenbach über die Beschlüsse des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung zum ASRG 1995, BT-Drucks. 13/3057 S. 28.

46 § 70 ALG.

47 Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung zum ASRG 1995 vom 22.11.1995, BT-Drucks. 13/3057, zu § 85 Abs. 3b ALG.

Für die Verwaltungspraxis behalten die Rechtsausführungen des Senats jedenfalls auch über den zeitlichen Geltungsbereich des § 85 Abs. 3b ALG hinaus Relevanz, da die zu § 32 Abs. 6 Satz 5 ALG aufgestellten Grundsätze gleichermaßen bei Prüfung der Voraussetzungen für einen Beitragszuschuss zu beachten sind.

Verfasser:
Dieter Böttger
Uhlenhorststraße 3
34132 Kassel

- Ergänzung der Rahmenvereinbarung -

GA-Rdschr. Nr. 180/97 vom 11.11.1997

BLB IX 3, HSt 710.14.2
BLK V 7 BA4

1)

MI/cs

**An die
landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften
landwirtschaftlichen Alterskassen (nicht betroffen)
landwirtschaftlichen Krankenkassen**

Mit dem Bezugsschreiben haben wir die endgültige Fassung der Rahmenvereinbarung, die am 28.10.1997 unterzeichnet worden ist, übersandt.

In der Zwischenzeit wurde diese Rahmenvereinbarung in Folge der Novellierung des § 20 SGB V durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 mit einer Ergänzung versehen. Diese wurde im Dezember 2001 unterzeichnet und ist als Anlage beigefügt.

Auf der Grundlage der jetzt vorliegenden Ergänzung der Rahmenvereinbarung wird es möglich sein, die bisherige erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren weiter auszubauen und zu festigen.

Um Kenntnisnahme wird gebeten.

Im Auftrag

Dr. Sauer

Anlage
Ergänzung der Rahmen-
vereinbarung

ilage zu GA-Rdschr.-Nr. 45 / 2002 vom 21.02.2002
BLB IX 3, HSt 710.14.2, BLK V 7 BA 4 -

**Ergänzung der Rahmenvereinbarung
der Spitzenverbände der Krankenkassen
und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren
vom 28. Oktober 1997**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bewerten die auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu verzeichnende Entwicklung der Zusammenarbeit und die dabei gewonnenen Erfahrungen positiv und streben deren Fortsetzung an.

Der Gesetzgeber hat bei der durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 vorgenommenen Novellierung des § 20 SGB V die Verpflichtung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenzuarbeiten, unverändert beibehalten und damit bestätigt. Die Krankenkassen haben zudem einen erweiterten Handlungsrahmen erhalten, der es ihnen ermöglicht, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen. Mit dem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedeten Leitfaden in der jeweils geltenden Fassung wurden verbindlich für alle Krankenkassen prioritäre Handlungsfelder und Qualitätskriterien zur Umsetzung von § 20 SGB V festgeschrieben. Auf dieser Grundlage kommen die Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Krankenkassen übereinstimmend zu der Auffassung, die Rahmenvereinbarung wie folgt zu ergänzen:

- Die Zusammenarbeit aller im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz Verantwortung tragenden Akteure ist zu forcieren, um auch dadurch die Abstimmung der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung mit dem Arbeitsschutz sicherzustellen. Parallelaktivitäten verschiedener Funktionsträger und Institutionen sollten vermieden werden.
- Zur Erkennung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sind die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen in Verknüpfung mit validen Angaben zu den an den jeweiligen Arbeitsplätzen bestehenden Gefährdungen und Belastungen erforderlich. Hierzu eignen sich auch die seitens der Spitzenverbände gemeinsam entwickelten Instrumente. Diese sollten zudem im Hinblick auf kassenartenübergreifende Auswertungsmöglichkeiten weiterentwickelt werden.
- Bei der Interpretation von Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen in Verknüpfung mit Angaben zu den an den jeweiligen Arbeitsplätzen bestehenden Gefährdungen und Belastungen sollten auch auf die Gesundheit zielende Faktoren außerhalb der Arbeitswelt so weit wie möglich berücksichtigt werden.

Die Vereinbarungspartner begrüßen die den Krankenkassen durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 eingeräumte Möglichkeit, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen zu können. Damit wird die Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in sinnvoller Weise ergänzt.

Für die Spitzenverbände
der Krankenkassen

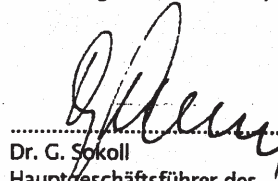
Bergisch Gladbach, 10.12.2001



R. Stuppardt
Vorsitzender des Vorstandes
des IKK-Bundesverbandes

Für die Spitzenverbände der Träger
der gesetzlichen Unfallversicherung

Sankt Augustin, 14.12.01



Dr. G. Sokoll
Hauptgeschäftsführer des
Hauptverbandes der gewerblichen
Berufsgenossenschaften

**Lagebericht der Bundesregierung
über die Alterssicherung der Landwirte**

gemäß § 67 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte (ALG)

(Lagebericht 2001)

Inhaltsverzeichnis

Aufbau des Berichts und Zusammenhang mit dem Rentenversicherungsbericht 2001

Teil A: Die Alterssicherung der Landwirte seit 1996

1. Grundlagen und versicherter Personenkreis
2. Leistungen der Alterssicherung der Landwirte
3. Finanzierung 8

Teil B: Vorausberechnung der Einnahmen und Ausgaben

1. Rechtsstand
2. Ergebnisse
3. Anzahl der Versicherten
4. Beitragshöhe
5. Beitragszuschuss und Einkommen der Versicherten
6. Rentenempfänger
7. Rentenhöhe
8. Rehabilitation, Betriebs- und Haushaltshilfe und Verwaltungs- und Verfahrenskosten
9. Bundeszuschuss

Tabellenverzeichnis

Tabelle A 1: Versicherte und von der Versicherungspflicht Befreite in der Alterssicherung der Landwirte nach Gruppen und Jahr (Stichtag 30.06.)

Tabelle A 2: Rentenbestand und Rentenhöhe nach Rentenarten, Gruppen und Jahr (Stichtag 30.06.)

Tabelle A 3: Einnahmen und Ausgaben in der Alterssicherung der Landwirte

Tabelle B 1: Finanzielle Entwicklung in der Alterssicherung der Landwirte, 10-Jahres-Rechnung: Untere Variante

Tabelle B 2: Finanzielle Entwicklung in der Alterssicherung der Landwirte, 10-Jahres-Rechnung: Mittlere Variante

Tabelle B 3: Finanzielle Entwicklung in der Alterssicherung der Landwirte, 10-Jahres-Rechnung: Obere Variante

Tabelle B 4: Aus dem Rentenversicherungsbericht 2001 übernommene Annahmen und Ergebnisse

Tabelle B 5: Finanzielle Entwicklung in der Alterssicherung der Landwirte, 5-Jahres-Rechnung auf Grundlage der mittelfristigen Wirtschaftsanahmen der Bundesregierung

Tabelle B 6: Annahmen über die Anzahl der Versicherten in der mittleren Variante

Tabelle B 7: Annahmen über die Wachstumsraten des Einkommens der Versicherten

Aufbau des Berichts und Zusammenhang mit dem Rentenversicherungsbericht 2001

Nach § 67 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) hat die Bundesregierung alle vier Jahre bis zum 31. Dezember des jeweiligen Jahres einen Bericht über die Lage der Alterssicherung der Landwirte (AdL) zu erstellen und den gesetzgebenden Körperschaften vorzulegen.

§ 67 Abs. 1 ALG lautet: „Die Bundesregierung erstellt alle vier Jahre einen Lagebericht. Der Bericht enthält auf der Grundlage der letzten Ermittlungen der Zahl der Versicherten und Leistungsempfänger sowie der Einnahmen und der Ausgaben insbesondere Modellrechnungen zur Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben einschließlich der Beitragszuschüsse sowie des jeweils sich ergebenden Beitrags in den künftigen zehn Kalenderjahren. Daneben enthält der Bericht eine Übersicht über die voraussichtliche finanzielle Entwicklung der AdL in den künftigen fünf Kalenderjahren auf der Grundlage der aktuellen Einschätzung der mittelfristigen Entwicklung in der Landwirtschaft.“

Der Bericht wurde zum ersten Mal 1997 erstellt. Der vorliegende Bericht ist damit der zweite Bericht dieser Art. In Folge der Umstellung auf Euro zum Jahresbeginn 2002 werden im vorliegenden Lagebericht die Einnahmen und Ausgaben der AdL ab 2002 in Euro ausgewiesen. Für das Jahr 2001 werden sowohl DM- als auch Euro-Beträge ausgewiesen.

Neben der Vorausberechnung der finanziellen Entwicklung der AdL (Teil B) enthält der Bericht in Teil A eine Übersicht über die Entwicklung von Versicherten- und Leistungsempfängerzahlen und der Einnahmen und Ausgaben in den vergangenen fünf Jahren.

Die Bundesregierung legt in diesem Lagebericht drei zehnjährige Modellrechnungen vor: Eine mittlere Variante, die einen wahrscheinlichen mittleren Pfad der Entwicklung der AdL in den nächsten zehn Jahren angibt, eine untere Variante, die die Entwicklung unter weniger günstigen Annahmen abbildet,

und eine obere Variante, die die Entwicklung unter günstigen Voraussetzungen darstellt. Diese drei Modellrechnungen unterscheiden sich in den Annahmen über

- a) die Entwicklung der Anzahl der Versicherten in der AdL,
- b) die Entwicklung der Einkommen der Versicherten in der AdL, und
- c) die Entwicklung von drei Rechengrößen (Entgeltwachstum, Beitragssatz, aktueller Rentenwert) aus dem Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), die für die Berechnung von Beiträgen und Rentenwerten in der AdL von Bedeutung sind.

Die Annahmen über die Entwicklung der Anzahl und der Einkommen der Versicherten in der AdL in den drei Varianten werden in Teil B, Kapitel 3 und 5 dieses Lageberichts dargestellt.

Die Annahmen über die Entwicklung der Entgelte der abhängig Beschäftigten in Deutschland sowie die Annahmen über die Entwicklung des Beitragssatzes und des aktuellen Rentenwertes für die alten Länder werden aus dem aktuellen Rentenversicherungsbericht, der gemäß § 154 SGB VI jährlich erstellt wird, übernommen. Diese Annahmen sind in Tabelle B 4 im Überblick dargestellt. Für die untere Variante des Lageberichts wurde die untere Variante der Annahmen über die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten und die untere Variante der Annahmen über die Entwicklung der Entgelte im Rentenversicherungsbericht verwendet; für die mittlere (obere) Variante des Lageberichts wurden in analoger Weise die mittleren (oberen) Beschäftigungs- und Entgeltannahmen des Rentenversicherungsberichts verwendet.

In § 67 ALG wird ebenfalls gefordert, dass der Lagebericht eine Übersicht über die voraussichtliche finanzielle Entwicklung in den künftigen fünf Kalenderjahren enthält. Sowohl die bei dieser 5-Jahres-Rechnung verwendeten Annahmen zur Anzahl der Versicherten und der Einkommen der Landwirte als auch die aus dem Rentenversicherungsbericht übernommenen Annahmen der mittelfristigen Vorausschätzung der Rentenfinanzen sind identisch mit den Annahmen der mittleren Variante der langfristigen Vorausschätzung. Die mittelfristige Vorausschätzung im Rentenversicherungsbericht 2001 beruht auf den Annahmen der Bundesregierung zur Wirtschaftsentwicklung im Zeitraum von 2001 bis 2005 vom 25.10.2001. Tabelle B 5 stellt die Ergebnisse der mittelfristigen Vorausschätzung dar. Aufgrund der identischen Annahmen stimmen auch die Ergebnisse der 5-Jahres-Rechnung mit denen der mittleren Variante der langfristigen Vorausschätzung überein. Wegen dieser Übereinstimmung wird in Teil B des Lageberichts methodisch nicht gesondert auf die mittelfristige Vorausschätzung eingegangen.

Die Ergebnisse der drei zehnjährigen Modellrechnungen werden in Kapitel B 2 dargestellt. In den Kapiteln 3 - 9 in Teil B werden die verschiedenen Positionen der Modellrechnungen im einzelnen behandelt. Es werden jeweils die verwendeten Methoden angegeben, gegebenenfalls die unterschiedlichen Annahmen in den verschiedenen Varianten genannt, und die Ergebnisse interpretiert.

Kapitel 1 in Teil B gibt einen Überblick über die in den letzten drei Jahren eingetretenen Änderungen im Recht der AdL und der GRV, soweit sie zukünftig die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der AdL beeinflussen werden.

Teil A: Die Alterssicherung der Landwirte seit 1996

1. Grundlagen und versicherter Personenkreis

Die AdL ist ein eigenständiges Sondersystem der Alterssicherung für landwirtschaftliche Unternehmer, ihre Ehegatten und mitarbeitende Familienangehörige. Gesetzlich geregelt ist die AdL im Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG). Als Teilsicherungssystem konzipiert, wird vorausgesetzt, dass die Versicherten ihre Altersversorgung durch Altenteilansprüche und/oder eine zusätzliche freiwillige Vorsorge ergänzen. Daneben trägt die AdL auch zur Umsetzung agrarpolitischer Ziele bei, indem beispielsweise die Gewährung von Rentenleistungen stets die Abgabe des landwirtschaftlichen Unternehmens voraussetzt.

Aus Tabelle A 1 geht hervor, dass allein im Zeitraum von 1996 bis 2001 der Bestand an Versicherten um mehr als 25 Prozent auf zuletzt rund 371 000 Versicherte zum Stichtag 30.06.2001 gesunken ist. Dies ist zum einen auf die anhaltenden strukturellen Veränderungen in der Landwirtschaft zurückzuführen. Gleichzeitig wird in der AdL zunehmend vom Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht Gebrauch gemacht. Zum Stichtag 30.06.2001 waren über 300 000 Personen von der Versicherungspflicht befreit, was gegenüber 1996 einem Anstieg von rund 26 Prozent entspricht. Hierin zeigt sich, dass immer mehr Landwirte ihrer Tätigkeit im Nebenerwerb nachgehen, da vorwiegender Befreiungsgrund der Bezug eines außerlandwirtschaftlichen Einkommens bzw. (bei den bereits vor 1995 Befreiten) eine längere Versicherungszeit in der GRV war.

2. Leistungen der Alterssicherung der Landwirte

2.1 Renten

Die Rentenleistungen der AdL sind hinsichtlich des Katalogs der Leistungsarten und der Anspruchsvoraussetzungen an die Regelungen der GRV angelehnt. Es werden Renten an Versicherte, d.h. Altersrenten und Renten wegen ver-

minderter Erwerbsfähigkeit, sowie Renten an Hinterbliebene (Witwen/Witwer und Waisen) geleistet.

Seit Bestehen der AdL ist bei der Anzahl der Rentenempfänger jährlich ein Anstieg zu verzeichnen. Wie Tabelle A 2 ausweist, wurden zum 30.06.2001 im gesamten Bundesgebiet etwa 582.000 Renten ausgezahlt. Dies entspricht einer Steigerung gegenüber dem 30.06.1996 um rund 5 Prozent. Nur ein geringer Anteil der Rentenzahlungen wird an Landwirte in den neuen Ländern geleistet (insgesamt 583 Rentenzahlfälle), da aufgrund der Übergangsregelungen bei der Einführung der AdL im Beitrittsgebiet im Jahre 1995 der Großteil der ehemaligen Landwirte in den neuen Ländern Renten aus der GRV erhält.

Zum 30.06.2001 wurden rund 274.000 Altersrenten gezahlt. Weitere 100.000 Zahlfälle entfielen auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Zahl der Versichertenrenten war damit um ca. 12 Prozent höher als am 30.06.1996. An Witwen oder Witwer verstorbener Versicherter wurden weitere 202.000 Renten geleistet, was gegenüber 1996 einem Rückgang um annähernd 5 Prozent entspricht. Darüber hinaus wurden zum 30.06.2001 in 6.000 Fällen Renten an Waisen verstorbener Landwirte gezahlt.

2.2. Rentenhöhe

Die durchschnittliche Höhe der monatlichen Regelaltersrenten betrug zum 30.06.2001 für Unternehmer 929 DM und für Ehegatten 407 DM. Für mitarbeitende Familienangehörige, die nach § 23 Abs. 3 ALG die Hälfte der Rente eines landwirtschaftlichen Unternehmers erhalten, betrug die durchschnittliche Höhe der Regelaltersrenten 317 DM (bei im Mittel geringeren Beitragszeiten). Der durchschnittliche monatliche Zahlungsbetrag für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit lag 2001 bei 801 DM, für vorzeitige Altersrenten bei 448 DM. Witwen und Witwer erhielten durchschnittlich 589 DM (Tabelle A 2).

Für die einzelnen Rentenleistungen der AdL ergeben sich niedrigere Rentenhöhen als in der GRV. Diese Unterschiede sind dadurch bedingt, dass die AdL nur den Charakter einer Teilsicherung hat, was sich sowohl auf der Beitrags- als auch auf der Leistungsseite niederschlägt.

2.3 Beitragszuschuss

Das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte sieht einen einheitlichen Beitrag vor, der entsprechend dem Beitrags-/Leistungsverhältnis der GRV festgesetzt wird (§ 68 ALG). Den unterschiedlichen Leistungsstrukturen in beiden Systemen wird durch einen Abschlag im Vergleich zur GRV Rechnung getragen. Der Beitrag in der AdL beträgt für das Kalenderjahr 2001 im früheren Bundesgebiet monatlich 346 DM und in den neuen Ländern 290 DM.

Einkommensschwächere landwirtschaftliche Unternehmer werden durch Beitragszuschüsse entlastet, um eine sozial gerechte Beitragsbelastung zu gewährleisten. Ausgehend von einer Mindestbelastung in Höhe von 40 Prozent des Einheitsbetrages sind die Beitragszuschüsse nach der Höhe des Einkommens gestaffelt. Die Einkommensobergrenze beträgt seit dem Jahr 2000 für alleinstehende versicherungspflichtige Landwirte 30.000 DM (bis Ende 1999: 40.000 DM), bei Verheirateten 60.000 DM (bis Ende 1999: 80.000 DM). Zum Stichtag 30.06.2001 erhielten rund 175.000 Personen und somit 47 Prozent der Versicherten einen Beitragszuschuss (Tabelle A 1).

2.4 Sonstige Leistungen

Neben den Rentenleistungen erhalten Landwirte - ähnlich wie Versicherte in der GRV - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Im Zeitraum 01.07.2000 bis 30.06.2001 wurden für 10.000 Versicherte entsprechende Leistungen bewilligt. Daneben kann - bei Arbeitsunfähigkeit, Kuren, Schwangerschaft bzw. beim Tod des Versicherten - für eine befristete Dauer Betriebs- und Haushaltshilfe in Form der Bereitstellung einer Ersatzkraft oder der Kostenerstattung einer solchen gewährt werden, um die Weiterführung des Unternehmens bzw. des Haushalts sicherzustellen. Im Zeitraum 01.07.2000 - 30.06.2001 wurde in 9.500 Fällen Betriebs- und Haushaltshilfe gewährt. Die Anzahl der Anträge und Bewilligungen von Rehabilitationsleistungen und Betrieb- oder Haushaltshilfe ist seit mehreren Jahren stark rückläufig. Ursachen dafür dürften neben der gesetzlichen Ausgabenbegrenzung vor allem der Rückgang der Versichertenzahlen und die Verlängerung der Leistungsintervalle sein.

3. Finanzierung

3.1 Einnahmen

Die Beitragseinnahmen sind aufgrund des Rückgangs der beitragspflichtigen Versicherten in den letzten Jahren stets gesunken und betrugen im Rechnungsjahr 2000 rund 1,6 Mrd. DM. Träger des agrarstrukturellen Risikos wurde mit Einführung der Defizitdeckung (§ 78 ALG) im Jahre 1995, also mit der Garantie, den Fehlbetrag zwischen Beitragseinnahmen und Ausgaben in der Alterssicherung zu übernehmen, der Bund. Der Bundeszuschuss betrug im Jahr 2000 rund 4,2 Mrd. DM, wodurch etwa 72 Prozent der Ausgaben durch Bundesmittel finanziert wurden (vgl. Tabelle A 3).

3.2 Ausgaben

Die Ausgaben für Versichertenrenten betrugen im Rechnungsjahr 2000 rund 3,8 Mrd. DM und stellten damit mit 65 Prozent der Gesamtausgaben den wichtigsten Posten dar. Gegenüber dem Jahr 1996 sind die Ausgaben für Versichertenrenten um rund 8 Prozent gestiegen. Die Ausgaben für

Hinterbliebenenrenten blieben dagegen mit 1,4 Mrd. DM über den Zeitablauf der letzten 5 Jahre relativ konstant.

Zu Einsparungen führten zum einen die Minderausgaben im Bereich der Leistungen für medizinische Rehabilitation und der Betriebs- und Haushaltshilfe - bedingt durch den nachhaltigen Rückgang der Versichertenzahlen - sowie die Änderungen im Beitragszuschussrecht im Jahr 2000. Für Beitragszuschüsse und -übernahmen wurden im Jahr 2000 rund 309 Mio. DM aufgewendet, dies entspricht einem Rückgang gegenüber 1996 um annähernd 60 Prozent (vgl. Tabelle A 3).

Teil B: Vorausberechnung der Einnahmen und Ausgaben

1. Rechtsstand

Die Modellrechnungen in diesem Lagebericht gehen vom geltenden Recht aus. In den vergangenen drei Jahren wurden mehrere Gesetzesvorhaben abgeschlossen, welche im Vorausschätzungszeitraum Einfluss auf Einnahmen und Ausgaben der AdL haben werden: Haushaltssanierungsgesetze, Reform der Alterssicherungssysteme und Organisationsreform der landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Die wesentlichen Auswirkungen dieser Gesetze werden in diesem Kapitel kurz dargestellt.

Die im Zuge der Haushaltssanierungsgesetze unumgänglichen Einsparungen auch in der AdL zielten darauf ab, übermäßige zusätzliche Belastungen einzelner Personengruppen zu vermeiden. Der zwanzigprozentige Abschlag bei der Ermittlung des „rentenversicherungsäquivalenten“ Einheitsbeitrags der AdL wird seit dem Jahr 2000 schrittweise auf 10 Prozent im Jahr 2003 abgesenkt. Dadurch wird die Beitragsbelastung der Versicherten maßvoll angehoben. Weitere Einsparungen mussten bei der Beitragszuschussgewährung durch Herabsetzung der Einkommensgrenzen sowie Verringerung der Zuschusshöhe vorgenommen werden. Die durch das Wohngeldänderungsgesetz für den Zeitraum 2000 bis 2003 festgelegte und im Rahmen der Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung bis zum Jahr 2005 verlängerte absolute Ausgabenbegrenzung bei den Verwaltungskosten der landwirtschaftlichen Alterskassen ist ein weiterer Baustein zur Haushaltskonsolidierung.

Mit dem zum 1. Januar 2001 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird die bisherige Aufteilung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt. Die arbeitsmarktbedingten Erwerbsminderungsrenten, die nach den Regelungen des Rentenreformgesetzes 1999 wegfallen sollten, bleiben wegen der ungünstigen Arbeitsmarktsituation weiter bestehen. Die Abschläge bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und den davon ab-

geleiteten Witwen- und Waisenrenten in Höhe von bis zu 10,8 Prozent wurden zwar beibehalten, ihre Wirkung wird aber durch eine stärkere Berücksichtigung der Zurechnungszeit abgemildert. Renten an Personen mit einer Restleistungsfähigkeit von mindestens 6 Stunden pro Tag werden zukünftig nicht mehr gewährt. Die Regelungen wurden grundsätzlich auch auf die AdL übertragen. Um dem Teilsicherungscharakter der AdL Rechnung zu tragen, wird insbesondere das Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft bei den neuen Hinzuverdienstgrenzen bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit anrechnungsfrei gestellt.

Die mit dem zum 1. Januar 2002 in Kraft tretenden Altersvermögensgesetz (AVmG) und dem Altersvermögensergänzungsgesetz (AVmEG) beschlossenen Maßnahmen

- Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge über Zulagen bzw. steuerliche Entlastungen,
- Änderung der Rentenanpassungsformel, die den stufenweisen Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Altersvorsorge berücksichtigt und dadurch für Neu- und Bestandsrentner zu geringeren Rentenerhöhungen führt,
- Reform der Witwen- und Witwerrenten mit einer Absenkung des Versorgungssatzes und einer ergänzenden Kinderkomponente

werden auf die AdL übertragen. Aus diesem Grund gehören auch die Pflichtversicherten in der AdL zu den Personengruppen, bei denen der Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Alterssicherung steuerlich gefördert wird. Die langsamer steigenden aktuellen Rentenwerte in der GRV führen automatisch auch zu langsamer steigenden allgemeinen Rentenwerten in der AdL.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung des Hinterbliebenenrentenrechts wird das AVmEG mit folgenden Konsequenzen für die AdL modifiziert: Der (Kinder)-Zuschlag zu einer Witwen-/Witwerrente wird für das erste Kind verdoppelt. Außerdem bleiben die Freibeträge, ab deren Erreichen Einkommen auf Renten wegen Todes angerechnet wird, ohne zeitliche Begrenzung dynamisch.

Mit dem Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVOrgG), das am 1. August 2001 in Kraft getreten ist, werden die Ziele verfolgt, schlankere Organisationsstrukturen zu schaffen, Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und - wegen des hohen Bundesmittelanteils an der Finanzierung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung - die Einflussmöglichkeiten des Bundes zu stärken. Darüber hinaus wird die seit dem Jahr 2000 geltende Verwaltungskostenobergrenze von rd. 91 Mio. Euro im Jahr 2002 um 5 Mio. Euro und in den Jahren bis 2005 um jeweils weitere 2,5 Mio. Euro verringert.

2. Ergebnisse

Die Bundesregierung legt in diesem Lagebericht drei zehnjährige und eine fünfjährige Modellrechnung vor. In den Modellrechnungen des Lageberichts werden die Einnahmen und Ausgaben der AdL in Deutschland fortgeschrieben.

Die Einnahmen setzen sich zusammen aus Beitragseinnahmen, dem Bundeszuschuss und den „Sonstigen Einnahmen“, unter denen Vermögenserträge, Erstattungen und sonstige Einnahmen sowie die Wiederauffüllungsbeträge, Säumniszuschläge, Mahngebühren und Buß- und Zwangsgelder zusammengefasst sind.

Zu den Ausgaben zählen neben den Rentenausgaben die Ausgaben für Überbrückungsgeld und Übergangshilfe, für Rehabilitation, Betriebs- und Haushaltshilfe. Einen großen Ausgabeposten stellen die Zuschüsse zum Beitrag in der AdL dar, welche in der Position „Beitragszuschüsse“ erfasst werden. Die Ausgabenposition „Beitragszuschüsse zur Pflege- und Krankenversicherung“ enthält sowohl die Beitragsübernahmen zur Pflegeversicherung als auch die Zuschüsse zum Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung (für privat oder freiwillig Versicherte). Zu den Ausgaben zählen weiterhin die Verwaltungs- und Verfahrenskosten und die „Sonstigen Ausgaben“, unter denen Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen sowie Beitragserstattungen zusammengefasst sind.

Die Ergebnisse sind in den Tabellen B 1-3 und B 5 dargestellt. In der mittleren der drei 10-jährigen Modellrechnungen (Tabelle B 2) und in der 5-jährigen Modellrechnung steigen die Ausgaben für Renten an Versicherte an, während die Ausgaben für Hinterbliebenenrenten leicht sinken. Weiterhin steigen die Verwaltungs- und Verfahrenskosten nach 2005 an, während die Ausgaben für Beitragszuschüsse, Rehabilitation und Betriebs- und Haushaltshilfe sinken. Gleichzeitig sinken allerdings auch die Beitragseinnahmen. Der erforderliche Bundeszuschuss wächst im Vorausberechnungszeitraum von 2.291 Mio. Euro im Jahre 2001 auf 2.737 Mio. Euro in 2011.

In der unteren der drei Modellrechnungen (Tabelle B 1) steigen die Ausgaben für Renten an Versicherte leicht an, während die Ausgaben für Hinterbliebenenrenten stärker sinken. Die Verwaltungs- und Verfahrenskosten steigen nach 2005 nur geringfügig an, die Ausgaben für Beitragszuschüsse, Rehabilitation und Betriebs- und Haushaltshilfe sinken stärker als in der mittleren Variante. Der erforderliche Bundeszuschuss im Jahre 2011 ist mit 2.571 Mio. Euro niedriger als in der mittleren Variante.

In der oberen Variante (Tabelle B 3) sinken im Vorausberechnungszeitraum bei den Ausgabenpositionen nur die Beitragszuschüsse. Obwohl die Beitragseinnahmen leicht anwachsen, steigt der erforderliche Bundeszuschuss

nach 2003 wegen der höheren Rentenausgaben stärker als in der mittleren Variante. Er beträgt im Jahre 2011 2.897 Mio. Euro.

3. Anzahl der Versicherten

Auf der Grundlage eines Vergleichs der jahresdurchschnittlichen Anzahl der Versicherten im Jahr 2000 (errechnet auf Grundlage der vierteljährlichen Statistikmeldungen) mit der Zahl der Versicherten zum Stichtag 30.06.2000 erschien es sachgerecht, das Stichtagsergebnis über die Anzahl der Versicherten am 30.06.2001 als Basis der Prognose für die jahresdurchschnittliche Anzahl der Versicherten im Jahr 2001 für alle Versichertengruppen zu verwenden.

Für die Jahre ab 2002 wird in der mittleren Variante eine jährliche Verminderung der Anzahl der versicherten Unternehmer in den alten Ländern um 4,5 Prozent angenommen (vgl. Tabelle B 7). Für die neuen Länder wird angenommen, dass die Zahl der versicherten Unternehmer in den kommenden zehn Jahren konstant bleibt.

Für die versicherten Ehegatten wird davon ausgegangen, dass ihre Zahl sowohl in West- als auch in Ostdeutschland schneller sinkt als die der versicherten Unternehmer, wenn auch nur geringfügig. Dieser Trend hat sich bereits in den vergangenen vier Jahren gezeigt. Auch für die kommenden zehn Jahre kann davon ausgegangen werden, dass immer mehr Ehegatten von Landwirten ihr Einkommen in einem nichtlandwirtschaftlichen Beruf erzielen und sich von der Versicherungspflicht in der AdL befreien lassen. In den alten Bundesländern wird für die Zahl der versicherten Ehegatten eine jährliche Verminderung um 5,5 Prozent angenommen. Dieses Absinken ist geringer als in den vergangenen Jahren, da davon auszugehen ist, dass die große Zahl der erstmaligen Befreiungen von der Versicherungspflicht zurückgehen wird, weil das Übergangsrecht zum Agrarsozialreformgesetz 1995 und weitere Sonderfaktoren keine Rolle mehr spielen. Für die neuen Bundesländer wird angenommen, dass die Zahl der versicherten Ehegatten jährlich um 0,5 Prozent sinkt. Das Verhältnis von versicherten Ehegatten zu versicherten Unternehmern bleibt damit auch in den kommenden Jahren in den neuen Ländern niedriger als in den alten Ländern, was darin begründet ist, dass die Ehegatten in den neuen Ländern weiterhin häufiger die Befreiungskriterien erfüllen als die Ehegatten der landwirtschaftlichen Unternehmer in den alten Ländern.

Die Zahl der versicherten Familienangehörigen hat sich in den vergangenen fünf Jahren in den alten Bundesländern weiter vermindert. In den neuen Bundesländern ist sie erst angestiegen, und hat dann in den letzten zwei Jahren wieder abgenommen. Für die Berechnungen im Lagebericht wurde in Westdeutschland in Anlehnung an die Verhältnisse bei den versicherten Ehegatten eine jährliche Verminderungsrate von 5,5 Prozent angenommen,

in Ostdeutschland eine stärkere Verminderung als bei den Ehegatten in Höhe von 2 Prozent.

Für die Gruppe der Weiterentrichter wird wie in den vergangenen Jahren von einem starken Rückgang der Versichertenzahlen ausgegangen (jährlich -17 Prozent), die zahlenmäßig sehr kleine Gruppe der freiwillig Versicherten und Weiterversicherten wird konstant gehalten.

In der unteren Variante des Lageberichts werden die Verminderungsraten für alle Versichertengruppen in den alten Ländern um einen Prozentpunkt höher angesetzt, in den neuen Ländern um zwei Prozentpunkte. In der oberen Variante werden die Verminderungsraten entsprechend um einen bzw. zwei Prozentpunkte niedriger angesetzt (vgl. Tabellen B 1 - B 3 und B 5, erste Zeile). Die Spanne zwischen den Varianten ist für die neuen Länder größer, weil die Entwicklung der von natürlichen Personen betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen in den neuen Ländern weiterhin nur schwer vorherzusehen ist.

4. Beitragshöhe

Aus § 68 ALG ergibt sich, dass der Beitrag in der AdL auf Grundlage des Beitragssatzes und des voraussichtlichen Durchschnittsentgelts in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bestimmt wird. Um den für ein Kalenderjahr geltenden monatlichen Beitrag zu ermitteln, werden Beitragssatz, voraussichtliches Durchschnittsentgelt und der Wert 0,0346 miteinander multipliziert. Für das Jahr 2002 wird nach § 114 Abs. 1 ALG zusätzlich ein Abschlag von 2,78 Prozent vorgenommen. Der Beitrag in den neuen Ländern ergibt sich gemäß § 114 Abs. 2 ALG, indem der Beitrag für die alten Länder durch den vorläufigen Umrechnungswert nach Anlage 10 des SGB VI geteilt wird. Die Höhe der beiden Beiträge ergibt sich somit direkt aus Rechengrößen aus dem Bereich der GRV (vgl. Tabelle B 4) und ist unabhängig vom Einkommen der Versicherten der AdL.

Mit der Umsetzung des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, des Altersvermögensgesetzes und des Altersvermögensergänzungsgesetzes werden die Beitragssätze in der GRV in den kommenden zehn Jahren leicht absinken. Da das Wachstum des voraussichtlichen Durchschnittsentgelts in allen drei Vorausschätzungsvarianten aber größer ausfällt, steigen die Beiträge in der AdL im Zehnjahreszeitraum in allen drei Varianten maßvoll an (vgl. Tabelle 1 - 3 und 5, zweite und dritte Zeile).

Mit der Ankoppelung der Beitragshöhe in der AdL an die Beiträge in der GRV durch die Agrarsozialreform 1995 wurde verhindert, dass die Beiträge in der AdL stärker steigen als die Beiträge in der GRV. Die kaum kalkulierbaren Risiken, die sich aus der strukturellen Entwicklung in der Landwirtschaft

ergeben, können also nicht mehr zu unerwartet starken Beitragserhöhungen führen.

In absoluten Zahlen ausgedrückt sind die Beiträge in der oberen Variante höher als in der mittleren und in der mittleren Variante höher als in der unteren. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Landwirte bei einer günstigen Wirtschaftsentwicklung bezüglich der Beiträge schlechter gestellt sind als bei einer ungünstigen. In der oberen Variante müssen die versicherten Landwirte einen geringeren Anteil ihres jährlichen Einkommens für die Beitragszahlungen ausgeben als in der mittleren Variante. Und in der mittleren Variante ist der Anteil, der für die Beiträge zur AdL ausgegeben wird, wiederum niedriger als in der unteren Variante der Berechnungen.

5. Beitragszuschuss und Einkommen der Versicherten

Aufgrund der höheren Einkommensgrenzen und der niedrigeren Zuschusshöhe, die mit dem Haushaltsanierungsgesetz eingeführt wurden, sanken die Ausgaben für den Beitragszuschuss im Jahr 2000 im Vergleich zu 1999 ab und entsprachen nur noch 16 Prozent der Beitragseinnahmen (1999: 32 Prozent). Aufgrund der im Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung vorgesehenen Maßnahmen (u.a. Datenabgleich zwischen landwirtschaftlichen Alterskassen und Finanzbehörden) und der Berücksichtigung der Rechtssprechung des Bundessozialgerichts zu den Folgen einer verspäteten Vorlage der Einkommenssteuerbescheide durch die Betroffenen ist für 2001 davon auszugehen, dass die Beitragszuschussausgaben gegenüber 2000 wieder leicht ansteigen. Auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse für das erste Halbjahr 2001 wird angenommen, dass der Beitragszuschuss im Jahr 2001 21 Prozent der Beitragseinnahmen beträgt. Dieser Anteil bildet den Ausgangspunkt für die Fortschreibung in den Folgejahren.

Die für die Modellrechnung verwendeten Annahmen werden in Tabelle B 7 dargestellt. Es wurde unterstellt, dass die Einkommen aus einer Tätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer in den nächsten zehn Jahren voraussichtlich etwas schwächer wachsen werden als die Einkommen aus Arbeitnehmertätigkeit. Deshalb wurde für die Jahre 2002 - 2011 in allen vier Varianten des Lageberichts angenommen, dass sich das durchschnittliche Einkommen der Versicherten in der AdL in Deutschland in jedem Jahr um einen Prozentpunkt weniger erhöhen wird als das im Rentenversicherungsbericht für das frühere Bundesgebiet angenommene durchschnittliche Versichertenentgelt. Die Annahmen zur Entgeltentwicklung in der GRV finden sich in Tabelle B 4.

6. Rentenempfänger

Die Ausgaben für Renten wurden einzeln für die Renten an Unternehmer, Renten an Ehegatten, Renten an Familienangehörige und Renten an Witwen/Witwer als Produkt aus der Zahl der Rentner im Jahresdurchschnitt und der Rentenhöhe geschätzt. Zusätzlich werden die Rentennachzahlungen an Neuzugänge berücksichtigt. Die Renten an Waisen wurden in Anlehnung an die Renten an Witwen und Witwer geschätzt. Die finanziellen Auswirkungen der Rentenreform des Jahres 2000 wurden bei den Berechnungen berücksichtigt.

Die Entwicklung der Anzahl der Renten an Unternehmer, Ehegatten und Familienangehörige sowie der Witwen- und Witwerrenten in den Jahren 2001 - 2011 wurde nach dem folgenden Verfahren geschätzt: Für das Jahr 2001 wurde vom Rentenbestand nach Geschlecht und Einzelalter am 30.6.2001 ausgegangen. Auf der Grundlage eines Vergleichs der jahresdurchschnittlichen Anzahl der Rentner im Jahr 2000 (errechnet auf Grundlage der vierteljährlichen Statistikmeldungen) mit der Zahl der Rentner zum Stichtag 30.06.2000 erschien es sachgerecht, das Stichtagsergebnis vom 30.06.2001 als Basis der Prognose für die jahresdurchschnittliche Anzahl der Rentner im Jahr 2001 für die jeweiligen Rentenarten zu verwenden. Die Todesfälle von Rentnern der AdL in den zehn Folgejahren wurden mit den gleichen Sterbewahrscheinlichkeiten ermittelt, wie sie im Rentenversicherungsbericht 2001 für Rentner der GRV in den alten Ländern verwendet wurden. Die Ableitung dieser Sterbewahrscheinlichkeiten wird im Rentenversicherungsbericht 2001 beschrieben.

Die Verteilung der Rentenzugänge nach Geschlecht und Einzelalter wurde als Durchschnitt der Rentenzugänge der vergangenen drei Jahre (01.07.1998 bis zum 30.6.2001) berechnet. Die Anzahl der jährlichen Rentenzugänge wurde für die vier Gruppen von Renten (Renten an Unternehmer, an Ehegatten, an Familienangehörige sowie Witwen-/Witwerrenten) aufgrund der Entwicklung in der Vergangenheit und unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Versicherten für jedes einzelne der Jahre 2002 - 2011 pauschal geschätzt.

7. Rentenhöhe

Die Entwicklung der durchschnittlichen Rentenhöhen in den nächsten zehn Jahren hängt ab von der Entwicklung des allgemeinen Rentenwerts in der AdL, von der Entwicklung der durchschnittlichen Beitragszeiten und von den Auswirkungen der Übergangsbestimmungen des ALG, welche die Berechnung der individuellen Rentenhöhe für die Rentenzugänge bis 30.06.2009 regeln.

Aufgrund von §§ 23 Abs. 4 und 102 ALG wurde der allgemeine Rentenwert und der allgemeine Rentenwert (Ost) in der AdL zum 01.01.1995 mittels des für diesen Zeitpunkt ermittelten Altersgeldes für einen unverheirateten

Versicherten mit 40 Beitragsjahren festgelegt. Sie werden jeweils zum 1. Juli eines Jahres angepasst, und zwar mit dem Wert, mit dem auch der aktuelle Rentenwert in der GRV angepasst wird. Die Höhe der beiden Rentenwerte in der AdL ergibt sich somit direkt aus den Werten, die für den Bereich der GRV gelten. Die erheblichen Unterschiede bei diesen Vorgaben zwischen der unteren, der mittleren und der oberen Variante der 10-Jahres-Rechnungen (Vgl. Tabelle B 4) führen dazu, dass sich auch die Entwicklung der Höhe der Rentenausgaben zwischen diesen drei Varianten erheblich unterscheidet.

Die Entwicklung der durchschnittlichen Beitragszeiten der Rentner wurde für die einzelnen Rentnergruppen unter Einbeziehung der Entwicklung der Vorjahre pauschal fortgeschrieben. Neben den Beitragszeiten bestimmen die Neuerungen der Agrarsozialreform 1995 (Linearisierung der Rentenberechnung, Abbau des Ehegattenzuschlags als Folge der Einführung der eigenständigen Sicherung der Bäuerin und Festlegung der Witwen- bzw. Witwerrente auf 60 Prozent der Versichertenrente) die Rentenberechnung. Diese drei Neuerungen werden für die Rentenneuzugänge schrittweise eingeführt. Die Auswirkungen der Übergangsbestimmungen des ALG auf die Renten an Unternehmer, Ehegatten und Witwen/Witwer im Berechnungszeitraum wurden für diesen Lagebericht modellhaft nach Zugangsjahrgängen abgeschätzt. Die Höhe der Renten an mitarbeitende Familienangehörige wurde in Anlehnung an die Höhe der Renten an Unternehmer geschätzt.

8. Rehabilitation, Betriebs- und Haushaltshilfe und Verwaltungs- und Verfahrenskosten

Für die Höhe der Ausgaben für Rehabilitation, Betriebs- und Haushaltshilfe und Verwaltungs- und Verfahrenskosten werden durch § 80 ALG Budgetobergrenzen vorgegeben. In § 119a ALG werden zusätzlich die Budgetobergrenzen für die Verwaltungs- und Verfahrenskosten für die Jahre 2000 bis 2005 festgeschrieben.

Bei den vorliegenden Modellrechnungen wurde angenommen, dass die tatsächlichen Ausgaben für Rehabilitation und Betriebs- und Haushaltshilfe in den Jahren 2001 und 2002 übereinstimmen mit den aufgrund der Vorgaben des § 80 ALG errechneten Ausgaben, die Ausgaben für Verwaltungs- und Verfahrenskosten mit den Werten des § 119a ALG. Die unterjährige Entwicklung dieser Ausgabenpositionen bis zum 30.06.2001 lässt erwarten, dass die Budgetobergrenzen für 2001 in allen drei Ausgabepositionen eingehalten werden. Die Ausgaben in den Jahren 2003 - 2011 wurden in Anlehnung an die Bestimmungen des § 80 ALG über die Fortschreibung der Budgetobergrenzen geschätzt bzw. entsprechen dem durch § 119a ALG festgelegten Betrag.

9. Bundeszuschuss

Der Bund trägt nach § 78 ALG den Unterschiedsbetrag zwischen den Ausgaben der landwirtschaftlichen Alterskassen einerseits und den Beitragseinnahmen und sonstigen Einnahmen andererseits (Defizitdeckung).

In allen hier vorgelegten Modellrechnungen steigt der Bundeszuschuss kontinuierlich über den gesamten Vorausberechnungszeitraum an, wobei eine Verlangsamung des Wachstums in den letzten Jahren des zehnjährigen Vorausberechnungszeitraums festzustellen ist. Der erforderliche Bundeszuschuss ist bei günstiger Wirtschaftsentwicklung höher als bei weniger günstiger Wirtschaftsentwicklung, weil sich die höheren Rentenausgaben bei günstiger Wirtschaftsentwicklung wesentlich stärker auswirken als die höheren Beitragseinnahmen (vgl. Tabellen B 1 - 3).

Tabelle A 1 Versicherte und von der Versicherungspflicht Befreite in der Alterssicherung der Landwirte nach Gruppen und Jahr (Stichtag 30.06.)						
Jahr	Versicherte insgesamt	darunter			darunter Beitrags- zuschuss	von der Versicherungs- pflicht Befreite
		Unternehmer	Ehegatten	Familien- angehörige		
1996	505 936	289 574	181 850	21 055	304 780	239 787
1997	475 228	278 597	166 433	20 271	311 279	266 634
1998	452 933	267 206	158 070	19 259	299 217	281 794
1999	429 086	256 265	147 806	18 128	280 569	288 503
2000	400 688	241 634	136 859	16 665	191 859	295 986
2001	370 813	228 779	122 126	15 365	174 504	300 965
Quelle : BMA aus Daten des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA)						

Tabelle A 3
Einnahmen und Ausgaben in der Alterssicherung der Landwirte
1996 bis 2001

Einnahmen	1996	1997	1998	1999	2000
Ausgaben					
Gesamteinnahmen (in Mio DM)	6 015,9	6 058,2	6 028,5	6 041,3	5 848,8
davon:					
Beiträge	1 780,4	1 810,2	1 743,4	1 638,8	1 570,1
Bundesmittel nach § 78 ALG	4 175,9	4 204,1	4 244,3	4 365,1	4 236,2
Bundesmittel für Restabwicklungen	10,3	2,7	1,3	0,4	0,0
Sonstige Einnahmen	49,3	41,2	39,5	37,0	42,4
Gesamtausgaben (in Mio DM)	6 045,2	6 121,9	6 050,3	6 057,2	5 858,9
davon:					
Regelaltersrenten	2 429,2	2 531,2	2 602,4	2 674,9	2 751,8
vorzeitige Altersrenten	2,6	6,6	12,8	22,2	35,0
Renten wegen Erwerbsminderung *)	1 083,4	1 072,8	1 048,6	1 031,1	1 009,6
Renten an Witwen und Witwer	1 397,1	1 414,1	1 429,0	1 439,6	1 449,7
Waisenrenten	11,9	11,6	11,4	10,9	10,5
Überbrückungsgeld, Übergangshilfe	0,9	0,9	0,8	0,6	0,6
Leistungen zur Rehabilitation	81,7	66,1	50,6	52,7	52,0
Betriebs- und Haushaltshilfe	52,5	44,4	33,5	34,0	29,7
Beitragszuschüsse, -übernahmen	742,3	750,5	641,5	572,2	308,5
Verwaltungs- und Verfahrenskosten	195,9	188,9	191,0	192,6	180,3
sonstige Ausgaben	47,7	30,9	28,7	26,4	31,2

*) bis einschließlich 2000: Renten wegen Erwerbsunfähigkeit

Quelle : BMA aus Daten des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA)

Tabelle B 1												
Finanzielle Entwicklung in der Alterssicherung der Landwirte												
10-Jahres-Rechnung: Untere Variante												
	2001*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Versicherte (in Tausend)	371	371	349	329	310	292	275	259	245	231	218	205
Beitrag in den alten Ländern (in Euro pro Monat)	346	177	187	194	198	200	202	206	211	215	219	223
Beitrag in den neuen Ländern (in Euro pro Monat)	290	148	157	163	166	168	170	174	183	189	196	202
Erfolgsrechnung der Alterssicherung der Landwirte												
Einnahmen (in Mio.Euro)												
Beiträge	1474	753	760	744	716	682	649	624	601	578	557	536
Erforderlicher Bundeszuschuss	4482	2291	2334	2380	2415	2449	2480	2510	2537	2553	2561	2571
Sonstige Einnahmen	9	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Einnahmen insgesamt	5964	3049	3099	3129	3135	3135	3133	3138	3141	3135	3121	3111
Ausgaben (in Mio. Euro)												
Renten an Versicherte	3884	1986	2041	2083	2111	2136	2157	2184	2209	2226	2238	2251
Renten an Hinterbliebenene	1471	752	754	750	740	727	713	699	685	668	650	632
Beitragszuschüsse	303	155	154	149	142	133	124	117	110	104	98	93
Beitragszuschüsse zur Pflege- und Krankenversicherung	49	25	25	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Rehabilitation, Betriebs-, Haushaltshilfe, Überbrückungsgeld, Übergangshilfe	78	40	38	36	35	33	32	31	30	29	28	26
Verwaltungs- und Verfahrenskosten	179	91	86	84	81	79	80	80	81	81	82	82
Sonstige Ausgaben	0,9	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Ausgaben insgesamt	5964	3049	3099	3129	3135	3135	3133	3138	3141	3135	3121	3111
* Werte in DM												

Tabelle B 2												
Finanzielle Entwicklung in der Alterssicherung der Landwirte												
10-Jahres-Rechnung: Mittlere Variante												
	2001*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Versicherte (in Tausend)	371	371	353	336	320	305	291	277	265	252	241	230
Beitrag in den alten Ländern (in Euro pro Monat)	346	177	187	197	201	206	210	217	222	229	235	242
Beitrag in den neuen Ländern (in Euro pro Monat)	290	148	157	165	168	173	177	183	193	201	210	219
Erfolgsrechnung der Alterssicherung der Landwirte												
Einnahmen (in Mio.Euro)												
Beiträge	1474	753	768	772	750	734	712	699	685	673	662	651
Erforderlicher Bundeszuschuss	4482	2291	2326	2371	2429	2480	2532	2580	2631	2671	2703	2737
Sonstige Einnahmen	9	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Einnahmen insgesamt	5964	3049	3098	3147	3184	3217	3249	3284	3319	3348	3369	3391
Ausgaben (in Mio. Euro)												
Renten an Versicherte	3884	1986	2041	2095	2146	2195	2241	2290	2339	2382	2420	2459
Renten an Hinterbliebenene	1471	752	754	755	752	748	741	733	725	715	703	691
Beitragszuschüsse	303	155	153	149	140	132	123	116	109	103	97	92
Beitragszuschüsse zur Pflege- und Krankenversicherung	49	25	25	26	26	27	27	27	28	28	28	29
Rehabilitation, Betriebs-, Haushaltshilfe, Überbrückungsgeld, Übergangshilfe	78	40	39	38	37	36	36	35	34	34	33	33
Verwaltungs- und Verfahrenskosten	179	91	86	84	81	79	81	82	84	85	87	88
Sonstige Ausgaben	0,9	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Ausgaben insgesamt	5964	3049	3098	3147	3184	3217	3249	3284	3319	3348	3369	3391
* Werte in DM												

Tabelle B 3												
Finanzielle Entwicklung in der Alterssicherung der Landwirte												
10-Jahres-Rechnung: Obere Variante												
	2001*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Versicherte (in Tausend)	371	371	357	344	331	319	307	296	286	276	266	257
Beitrag in den alten Ländern (in Euro pro Monat)	346	177	187	199	205	212	218	226	235	243	253	264
Beitrag in den neuen Ländern (in Euro pro Monat)	290	148	157	166	172	178	184	190	205	214	225	239
Erfolgsrechnung der Alterssicherung der Landwirte												
Einnahmen (in Mio.Euro)												
Beiträge	1474	753	776	796	790	788	781	779	783	782	785	793
Erforderlicher Bundeszuschuss	4482	2291	2317	2365	2442	2508	2579	2650	2721	2787	2842	2897
Sonstige Einnahmen	9	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Einnahmen insgesamt	5964	3049	3098	3166	3236	3300	3364	3434	3508	3572	3630	3693
Ausgaben (in Mio. Euro)												
Renten an Versicherte	3884	1986	2041	2109	2184	2255	2325	2398	2475	2546	2611	2680
Renten an Hinterbliebenene	1471	752	754	760	766	768	768	768	767	764	758	753
Beitragszuschüsse	303	155	151	147	138	131	122	114	109	103	98	94
Beitragszuschüsse zur Pflege- und Krankenversicherung	49	25	25	26	27	27	28	29	29	30	31	31
Rehabilitation, Betriebs-, Haushaltshilfe, Überbrückungsgeld, Übergangshilfe	78	40	40	40	39	39	39	40	40	40	40	40
Verwaltungs- und Verfahrenskosten	179	91	86	84	81	79	82	84	87	90	92	95
Sonstige Ausgaben	0,9	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Ausgaben insgesamt	5964	3049	3098	3166	3236	3300	3364	3434	3508	3572	3630	3693
* Werte in DM												

Tabelle B 4
Aus dem Rentenversicherungsbericht 2001 übernommene Annahmen und Ergebnisse

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Wachstum der Bruttolohn- und gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer in den alten Ländern											
- untere Variante	2,0%	1,7%	1,6%	1,6%	1,6%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
- mittlere Variante	2,0%	2,7%	2,6%	2,6%	2,6%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%
- obere Variante	2,0%	3,7%	3,6%	3,6%	3,6%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%
5-Jahres-Rechnung*	2,0%	2,7%	2,6%	2,6%	2,6%						
Wachstum der Bruttolohn- und gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer in den neuen Ländern											
10-Jahres-Rechnung											
- untere Variante	2,2%	1,9%	1,8%	1,8%	1,8%	3,2%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,2%
- mittlere Variante	2,2%	2,9%	2,8%	2,8%	2,8%	4,3%	4,3%	4,3%	4,3%	4,3%	4,3%
- obere Variante	2,2%	3,9%	3,8%	3,8%	3,8%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%
5-Jahres-Rechnung*	2,2%	2,9%	2,8%	2,8%	2,8%						
Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung											
10-Jahres-Rechnung											
- untere Variante	19,1%	19,3%	19,2%	19,3%	19,2%	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%
- mittlere Variante	19,1%	19,1%	19,1%	19,0%	19,0%	18,8%	18,8%	18,7%	18,7%	18,7%	18,7%
- obere Variante	19,1%	18,9%	18,9%	18,8%	18,8%	18,6%	18,5%	18,5%	18,4%	18,4%	18,5%
5-Jahres-Rechnung*	19,1%	19,1%	19,1%	19,0%	19,0%						
Aktueller Rentenwert in den alten Ländern ab dem 1. 7. des Jahres in Euro											
10-Jahres-Rechnung											
- untere Variante	25,31	25,88	26,09	26,37	26,59	26,88	27,31	27,68	28,05	28,43	29,00
- mittlere Variante	25,31	25,88	26,41	26,93	27,49	28,03	28,76	29,43	30,16	30,87	31,80
- obere Variante	25,31	25,88	26,74	27,53	28,38	29,22	30,27	31,32	32,37	33,49	34,83
5-Jahres-Rechnung*	25,31	25,88	26,41	26,93	27,49						

*auf Grundlage der mittelfristigen Wirtschaftsannahmen der Bundesregierung

Tabelle B 5
Finanzielle Entwicklung in der Alterssicherung der Landwirte
5-Jahres-Rechnung auf Grundlage der mittelfristigen Wirtschaftsannahmen der Bundesregierung

	2001*	2001	2002	2003	2004	2005
Versicherte (in Tausend)	371	371	353	336	320	305
Beitrag in den alten Ländern (in Euro pro Monat)	346	177	187	197	201	206
Beitrag in den neuen Ländern (in Euro pro Monat)	290	148	157	165	168	173

Erfolgsrechnung der Alterssicherung der Landwirte

Einnahmen (in Mio.Euro)

Beiträge	1474	753	768	772	750	734
Erforderlicher Bundeszuschuß	4482	2291	2326	2371	2429	2480
Sonstige Einnahmen	9	5	4	4	4	4
Einnahmen insgesamt	5964	3049	3098	3147	3184	3217

Ausgaben (in Mio. Euro)

Renten an Versicherte	3884	1986	2041	2095	2146	2195
Renten an Hinterbliebenene	1471	752	754	755	752	748
Beitragszuschüsse	303	155	153	149	140	132
Beitragszuschüsse zur Pflege- und Krankenversicherung	49	25	25	26	26	27
Rehabilitation, Betriebs-, Haushaltshilfe, Überbrückungsgeld, Übergangshilfe	78	40	39	38	37	36
Verwaltungs- und Verfahrenskosten	179	91	86	84	81	79
Sonstige Ausgaben	1	0	0	0	0	0
Ausgaben insgesamt	5964	3049	3098	3147	3184	3217

* Werte in DM

Tabelle B 6 Annahmen über die Anzahl der Versicherten in der mittleren Variante Alte Länder											
In Tausend, Jahresdurchschnitt	2001*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Alte Länder											
Unternehmer	215,4	205,7 -4,5%	196,4 -4,5%	187,6 -4,5%	179,1 -4,5%	171,1 -4,5%	163,4 -4,5%	156,0 -4,5%	149,0 -4,5%	142,3 -4,5%	135,9 -4,5%
Ehegatten	118,5	112,0 -5,5%	105,9 -5,5%	100,0 -5,5%	94,5 -5,5%	89,3 -5,5%	84,4 -5,5%	79,8 -5,5%	75,4 -5,5%	71,2 -5,5%	67,3 -5,5%
Verhältnis Ehe- gatten zu Unternehmer	55%	54%	54%	53%	53%	52%	52%	51%	51%	50%	50%
Weiterentrichter**	4,373	3,6 -17,0%	3,0 -17,0%	2,5 -17,0%	2,1 -17,0%	1,7 -17,0%	1,4 -17,0%	1,2 -17,0%	1,0 -17,0%	0,8 -17,0%	0,7 -17,0%
Mifas	14,6	13,8 -5,5%	13,1 -5,5%	12,3 -5,5%	11,7 -5,5%	11,0 -5,5%	10,4 -5,5%	9,8 -5,5%	9,3 -5,5%	8,8 -5,5%	8,3 -5,5%
freiwillig Versicherte, Weiterversicherte**	0,17	0,17 0,0%	0,17 0,0%	0,17 0,0%	0,17 0,0%	0,17 0,0%	0,17 0,0%	0,17 0,0%	0,17 0,0%	0,17 0,0%	0,17 0,0%
Beitragszahler alte Länder insgesamt	353,1	335,3	318,5	302,6	287,6	273,3	259,8	247,0	234,9	223,3	212,4
* Bestand zum 30.06.2001 ** Aufgrund der sehr geringen Fallzahl dieser Versichertengruppen in den neuen Bundesländern werden diese in der Summe in den alten Bundesländern erfasst.											

Tabelle B 6
Annahmen über die Anzahl der Versicherten in der mittleren Variante
Neue Länder

	2001*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Neue Länder											
Unternehmer	13,4	13,4 0,0%	13,4 0,0%	13,4 0,0%	13,4 0,0%	13,4 0,0%	13,4 0,0%	13,4 0,0%	13,4 0,0%	13,4 0,0%	13,4 0,0%
Ehegatten	3,6	3,6 -0,5%	3,5 -0,5%	3,5 -0,5%	3,5 -0,5%	3,5 -0,5%	3,5 -0,5%	3,5 -0,5%	3,4 -0,5%	3,4 -0,5%	3,4 -0,5%
Verhältnis Ehegatten zu Unternehmer	27%	27%	26%	26%	26%	26%	26%	26%	26%	25%	25%
Mifas	0,74	0,72 -2,0%	0,71 -2,0%	0,69 -2,0%	0,68 -2,0%	0,67 -2,0%	0,65 -2,0%	0,64 -2,0%	0,63 -2,0%	0,61 -2,0%	0,60 -2,0%
Beitragszahler neue Länder insgesamt	17,7	17,7	17,7	17,6	17,6	17,6	17,5	17,5	17,5	17,5	17,4

Tabelle B 6 Annahmen über die Anzahl der Versicherten in der mittleren Variante Deutschland, insgesamt											
	2001*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Deutschland											
Unternehmer	228,8	219,1 -4,2%	209,8 -4,2%	201,0 -4,2%	192,6 -4,2%	184,5 -4,2%	176,8 -4,2%	169,4 -4,2%	162,4 -4,1%	155,7 -4,1%	149,3 -4,1%
Ehegatten	122,1	115,6 -5,4%	109,4 -5,3%	103,6 -5,3%	98,0 -5,3%	92,8 -5,3%	87,9 -5,3%	83,2 -5,3%	78,8 -5,3%	74,7 -5,3%	70,7 -5,3%
Weiterentrichter	4,4	3,6 -17,0%	3,0 -17,0%	2,5 -17,0%	2,1 -17,0%	1,7 -17,0%	1,4 -17,0%	1,2 -17,0%	1,0 -17,0%	0,8 -17,0%	0,7 -17,0%
Mifas	15,4	14,5 -5,3%	13,8 -5,3%	13,0 -5,3%	12,3 -5,3%	11,7 -5,3%	11,1 -5,3%	10,5 -5,3%	9,9 -5,3%	9,4 -5,3%	8,9 -5,3%
freiwillig Versicherte, Weiterversicherte	0,2	0,2 0,0%	0,2 0,0%	0,2 0,0%	0,2 0,0%	0,2 0,0%	0,2 0,0%	0,2 0,0%	0,2 0,0%	0,2 0,0%	0,2 0,0%
Beitragszahler Deutschland insgesamt	370,8	353,0	336,2	320,3	305,2	290,9	277,4	264,5	252,3	240,8	229,8
*Bestand zum 30.06.2001											

Tabelle B 7
Annahmen über die Wachstumsraten des Einkommens der Versicherten

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
10-Jahres-Rechnung											
- untere Variante	1,0%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%
- mittlere Variante	1,0%	1,7%	1,6%	1,6%	1,6%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
- obere Variante	1,0%	2,7%	2,6%	2,6%	2,6%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%
5-Jahres-Rechnung auf Grundlage der mittelfris- tigen Wirtschaftsannahmen der Bundesregierung	1,0%	1,7%	1,6%	1,6%	1,6%						

BÜCHER

Jahrbuch des Sozialrechts, Gesetzgebung – Verwaltung – Rechtsprechung – Literatur. Nachschlagewerke für Wissenschaft und Praxis. Herausgegeben von Prof. Dr. Senator h.c. Georg Wannagat, Präsident des Bundessozialgerichts a. D. und Professor Dr. Dr. h.c. Wolfgang Gitter, em. Ordinarius an der Universität Bayreuth, Band 23/2001, Dokumentation für das Jahr 2002, 2001, 600 Seiten, 15,8 x 23,5 cm, fester Einband, EURO (D) 128,00; ISBN 3 503 060952; ERICH SCHMIDT VERLAG Berlin, Bielefeld, München.

Inhalt: Das Jahrbuch des Sozialrechts enthält eine nach Jahrgängen gegliederte, zusammenfassende systematisch-kritische Übersicht über die Entwicklung der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der einschlägigen Literatur und Gesetzgebung des gesamten Sozialrechts.

Die Beiträge namhafter Repräsentanten des Sozialrechts bieten in eindrucksvoller Weise einen für Wissenschaft und Praxis gleichermaßen bedeutsamen Überblick über die Rechtsentwicklung im Berichtszeitraum, wobei jede Abhandlung eine in sich geschlossene Darstellung bildet.

Band 23 berücksichtigt den aktuellen Stand zu Beginn des Jahres 2001 unter Einschluss der sozialrechtlichen Entwicklung in den neuen Bundesländern sowie im Bereich des europäischen Rechts. Dadurch wird das Jahrbuch zu einer zuverlässigen Dokumentation und einem übersichtlichen Nachschlagewerk.

Heimgesetz (HeimG). Mit den amtlichen Begründungen. Format: DIN A 5, 80 Seiten, 19,50 €, incl. MwSt. (+ Versandkosten), ISBN-Nr. 3-920 191-32-3, KKF-Verlag, PF 1352, 84497 Altötting, E-Mail: mail@kkf-verlag.de. Dieses Handbuch ist auch auf CD-ROM mit Volltext-Recherche unter Bestell-Nr. 1555 zum Preis von 25,- € incl. MwSt. (+ Versandkosten) erhältlich.

Das Heimgesetz ist durch das „Dritte Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes“ grundlegend novelliert worden. Die Schwerpunkte: Abgrenzung zum betreuten Wohnen, Transparenz der Heimverträge und verbesserte Heimmitwirkung, Stärkung der Heimaufsicht sowie verbesserte Zusammenarbeit mit Pflegekassen, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung und Trägern der Sozialhilfe.

Das KKF-HeimG-Handbuch enthält nicht nur die Begründungen zum Gesetzentwurf, sondern auch zu allen Änderungen im Verlauf der Ausschussberatungen und zwar unmittelbar bei den Paragraphen bzw. Artikeln. Kein umständliches Blättern und Suchen! Wiedergegeben sind auch die Stellungnahme des Bundesrates mit der Gegenäußerung der Bundesregierung sowie die allgemeinen Begründungen. Anmerkungen und Überleitungen, Inhaltsübersichten und ein ausführliches Stichwortverzeichnis erleichtern die Lesbarkeit.

Zur Sozialen Pflegeversicherung ist eine vergleichbare Ausgabe **„Pflege VG-Handbuch“** nach dem Stand 1. Januar 2002 (einschl. Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) erschienen: Format 17 x 24 cm, 250 Seiten, 25,- € , Best. Nr. 1990, KKF-Verlag, PF 1352, 84497 Altötting, E-Mail: mail@kkf-verlag.de . Dieses Handbuch ist auch auf CD-ROM mit Volltext-Recherche unter Bestell-Nr. 1991 zum Preis von 44,50,- € incl. MwSt. (+ Versandkosten) erhältlich.