

Das öffentliche Kapitalisierungssystem (*regime público de capitalização*) schließlich bildet die neueste Form der ergänzenden privaten Altersvorsorge und soll nach der Vorstellung des Gesetzgebers durch den öffentlichen Charakter einen entscheidenden Anreiz für die durch die Anpassung der Rentenformel noch dringender gewordene ergänzende Vorsorge liefern.⁵²⁷ Die Teilnahme an dieser ergänzenden Vorsorge ist freiwillig,⁵²⁸ zur Teilnahmen berechtigt sind alle Personen, die Pflichtmitglieder eines Vorsorgesystems, also insbesondere des allgemeinen Vorsorgesystems bzw. der Beamtenversorgung, sind. Im Falle der Teilnahme kann zwischen einem Beitragssatz von 2 % und 4 % des Einkommens, das auch Grundlage der Beitragsbemessung im jeweiligen Vorsorgesystem ist, gewählt werden. Wer das 50. Lebensjahr bereits vollendet hat, kann auch 6 % seines Einkommens einbezahlen.⁵²⁹ Die einbezahlten Beiträge werden einem individuellen Konto gutgeschrieben, das jedoch Teil des öffentlichen, nach bestimmten Regeln verwalteten Pensionsfonds ist.⁵³⁰ Nach Erreichen des jeweiligen Rentenalters kann der Teilnehmer entweder eine auf Basis der Lebenserwartung und seines Konto-standes berechnete monatliche Rente in Anspruch nehmen, sich den auf seinem Konto ausgewiesenen Betrag auf einmal ausbezahlen lassen oder aber diesen Betrag auf das individuelle Konto seiner Kinder bzw. seines Ehepartners übertragen.⁵³¹

III. Nicht-beitragsfinanzierte, risikospezifische Systeme

1. Nicht-beitragsfinanziertes System

Das nicht-beitragsfinanzierte System wird vielfach mit dem solidarischen Untersystem gleichgesetzt, bildet aber ebenso wie die speziellen geschlossenen Systemen und das Wiedereingliederungseinkommen nur eine Unterkategorie desselben. Grund für diese Aufwertung des nicht-beitragsfinanzierten Systems ist der Umstand, dass die von

527 Bis Ende November 2008 hatten sich etwa 4600 Portugiesen für die Teilnahme am öffentlichen Kapitalisierungssystem entschieden, vgl. *Público-Economia* vom 28. November 2008, S. 13.

528 Auch nach dem Beitritt zum System kann der Betroffene jederzeit wieder ausscheiden, vgl. Art. 16 Abs. 1 Buchst. c DL 26/2008, DR 1^a série N°38, 2008-02-22, S. 1176. Die bis zu diesem Zeitpunkt einbezahlten Beiträge werden jedoch erst ausbezahlt, sobald der Betroffene die Leistungsvoraussetzungen erfüllt.

529 Art. 12 DL 26/2008, DR 1^a série N°38, 2008-02-22, S. 1175f. Die gezahlten Beiträge sind ebenso wie die Beiträge zu einem Rentensparplan steuerlich abzugsfähig. Beiträge zum öffentlichen Kapitalisierungssystem und zu einem Rentensparplan können anders als die Beiträge zu zwei verschiedenen Rentensparplänen auch kumulativ geltend gemacht werden. Vgl. zur steuerlichen Abzugsfähigkeit oben Teil 2 B., Fn. 68.

530 Der Fonds muss beispielsweise zumindest 50 % seines Volumens in öffentliche Schuldscheine und darf maximal 25 % in Aktien investieren. Vgl. zu den Regeln im Einzelnen Art. 8 Portaria 212/2008, DR 1^a série N°43, 2008-02-29, S. 1358f.

531 Hat sich der Teilnehmer für eine monatliche Rente entschieden und stirbt er bevor sein individuelles Guthaben aufgebraucht ist, so verfällt dieses Guthaben. Eine begrenzte Ausnahme besteht lediglich in den ersten drei Jahren nach Inanspruchnahme der Rente. Vgl. hierzu im Einzelnen Art. 5, 20 – 22 DL 26/2008, DR 1^a série N°38, 2008-02-22, S. 1175, 1177.

ihm gewährten Leistungen den Hauptbestandteil der Leistungen des solidarischen Untersystems ausmachen. Anders als das Wiedereingliederungseinkommen knüpfen die Leistungen des nicht-beitragfinanzierten Systems ebenso wie die der speziellen geschlossenen Systeme dabei nicht nur an die Bedürftigkeit der Betroffenen⁵³², sondern auch an das Vorliegen bestimmter sozialer Lagen an. Zu den Leistungen des nicht-beitragfinanzierten Systems gehören die Sozialrente (*pensão social*), bei der zwischen der Rente im Falle von Alter und Invalidität einerseits und der im Falle des Todes andererseits unterschieden werden muss, die soziale Rentenergänzung (*complemento social*), der Zuschlag wegen Pflegebedürftigkeit (*complemento por dependência*), der Solidaritätszuschlag (*complemento extraordinário de solidariedade*) sowie seit Beginn 2006 auch der sog. solidarische Zuschlag für Alte (*complemento solidário para idosos*).⁵³³ Schließlich wurden nunmehr auch verschiedene Leistungen für den Fall der Mutterschaft als Bestandteil des nicht-beitragfinanzierten Systems eingeführt.⁵³⁴ Anspruchsberechtigt innerhalb des nicht-beitragfinanzierten Systems sind alle Portugiesen sowie alle Bürger der Europäischen Union, die einen Wohnsitz in Portugal haben.⁵³⁵ Eine Anspruchsberechtigung von anderen ausländischen Staatsbürgern und Staatenlosen ist zwar grundsätzlich vorgesehen, wurde aber nie umgesetzt.⁵³⁶

a. Leistungen im Falle der Mutterschaft

Leistungen des nicht-beitragfinanzierten Systems im Falle der Mutterschaft sind insbesondere das soziale Elterngeld und das soziale Adoptionsgeld.⁵³⁷ Voraussetzung für den Bezug beider Leistungen ist neben einem portugiesischen Wohnsitz, dass das Pro-Kopf-Einkommen des Unterhaltsverbundes nicht höher ist als 80 % des Sozialinde-

532 Bei den Leistungen der speziellen Systeme tritt die Prüfung der Zugehörigkeit zum System an die Stelle der Bedürftigkeitsprüfung. Vgl. unten S. 179.

533 Der soziale Zuschlag und der solidarische Zuschlag für Alte sind stets Leistungen des nicht-beitragfinanzierten Systems, während der Zuschlag wegen Pflegebedürftigkeit und der Solidaritätszuschlag die Natur der Leistung teilen, die sie ergänzen.

534 Art. 3, 45 – 62 DL 91/2009, DR 1^a série N°70, 2009-04-09, S. 2195, 2201 – 2203.

535 Art. 1 Abs. 1 DL 160/80, DR I série N°122, 1980-05-27, S. 1186, und Art. 1 Abs. 1 DL 464/80, DR I série N°237, 1980-10-13, S. 3358, zuletzt geändert durch DL 19/2002, DR I série-A N°24, 2002-01-29, S. 711f. Ausnahmen vom Nationalitäts- und vom Territorialitätserfordernis können bei den Leistungen des nicht-beitragfinanzierten Systems bestehen, soweit sie an Leistungen des allgemeinen Vorsorgesystems anknüpfen. Dazu gehören der soziale Zuschlag (*complemento social*) und der solidarische Zuschlag für Alte (*complemento solidário para idosos*). Vgl. zu den Voraussetzungen des solidarischen Zuschlags für Alte insoweit Art. 4 Abs. 1 Buchst. b, Abs. 2f. DL 232/2005, DR I série-A N°249, 2005-12-29, S. 7320, zuletzt geändert durch DL 151/2009, DR 1^a série N°124, 2009-06-30, S. 4219f., und zu den Ausnahmen allgemein Neves, Direito da Segurança Social, S. 783f.

536 Art. 1 Abs. 3 DL 160/80, DR I série N°122, 1980-05-27, S. 1186. Vgl. dazu auch Neves, Direito da Segurança Social, S. 783.

537 Daneben wird im nicht-beitragfinanzierten auch eine soziale Unterstützung wegen medizinischer Risiken für die Schwangere oder die stillende Mutter sowie eine soziale Unterstützung wegen Schwangerschaftsabbruch gewährt. Ein erweitertes Elterngeld und eine Unterstützung der Eltern oder Großeltern wegen Betreuung kranker Kinder sind hingegen nicht vorgesehen. Vgl. zu den einzelnen Leistungen Art. 46 DL 91/2009, DR 1^a série N°70, 2009-04-09, S. 2201.

xes. In die Berechnung dieses Pro-Kopf-Einkommens fließen Einkünfte aus selbständiger oder abhängiger Arbeit, Lohnersatzleistungen, Kapitaleinkünfte und gerichtlich festgestellte Unterhaltsansprüche mit ein.⁵³⁸ Die Dauer des Bezuges des sozialen Eltern- und Adoptionsgeldes entspricht derjenigen des anfänglichen Elterngeldes des allgemeinen Vorsorgesystems.⁵³⁹ Anders als dieses wird die Höhe des sozialen Eltern- und Adoptionsgeldes jedoch nicht in Abhängigkeit des relevanten Einkommens, sondern in Abhängigkeit des Sozialindexes bestimmt. Die Höhe des sozialen Eltern- und Adoptionsgeldes beträgt in der Regel 80 % des Sozialindexes, bei verlängertem Leistungsbezug jedoch nur 64 % bzw. 66 % dieses Wertes.⁵⁴⁰

b. Leistungen im Falle des Alters und der Invalidität

Im Mittelpunkt der Leistungen im Falle des Alters und der Invalidität steht die Sozialrente. Diese setzt voraus, dass der Betroffene keinen Anspruch auf eine Rente aus einem der Vorsorgesysteme hat und auch im Übrigen nicht über ein Einkommen verfügt, das 30 % bzw. im Falle eines Ehepaars⁵⁴¹ 50 % des Sozialindexes⁵⁴² übersteigt. Darüber hinaus ist bei der Alterssozialrente die Vollendung des 65. Lebensjahres und bei der Invaliditätssozialrente eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich jeglicher beruflichen Tätigkeit⁵⁴³ sowie die Vollendung des 18. Lebensjahrs erforderlich.⁵⁴⁴ Die Höhe der Sozialrente wird in Abhängigkeit des Sozialindexes bestimmt und beläuft sich derzeit auf 187,18 €.⁵⁴⁵ Diese wird ebenso wie die Renten des allgemeinen Vor-

538 Art. 53 DL 91/2009, DR 1^a série N°70, 2009-04-09, S. 2201f. Anders als das soziale Arbeitslosengeld setzt das soziale Elterngeld keine Wartezeit oder Eingliederung in das Vorsorgesystem voraus. Dies ist der Grund, weshalb es vorliegend nicht dem allgemeinen Vorsorgesystem zugeordnet wird. Vgl. zum Sozialindex Fn. 87.

539 Die Dauer beträgt 120, 150 oder 180 Tage. Vgl. dazu im Einzelnen oben S. 113.

540 Art. 57 DL 91/2009, DR 1^a série N°70, 2009-04-09, S. 2202. 64 % werden bei verlängertem Leistungsbezug nur eines Elternteils gewährt, 66 %, wenn beide Elternteile zumindest für 30 Tage Elterngeld in Anspruch nehmen. Die Höhe der sozialen Unterstützung wegen medizinischer Risiken für die Schwangere oder die stillende Mutter sowie die soziale Unterstützung wegen Schwangerschaftsabbruch beläuft sich hingegen ebenfalls auf 80 % des Sozialindexes, vgl. Art. 56 DL 91/2009, DR 1^a série N°70, 2009-04-09, S. 2202.

541 Die eheähnliche Gemeinschaft ist der Ehe insoweit erneut gleichgestellt, vgl. Despacho Normativo 2/86, DR I série N°2, 1986-01-03, S. 15.

542 Vgl. zum Sozialindex Fn. 87.

543 Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt nach denselben Grundsätzen wie im Falle der Invaliditätsrente aus dem allgemeinen Vorsorgesystem, vgl. dazu oben S. 128. Es sind auch erneut vereinfachte Voraussetzungen und verbesserte Leistungen vorgesehen, wenn die Invalidität auf bestimmten Krankheiten beruht. Dazu zählen AIDS, multiple Sklerose, Krebs und familiäre Amyloidose, vgl. Lei 1/89, DR I série-A N°26, 1989-01-31, S. 395, Decreto Regulamentar 25/90, DR I série N° 183, 1990-08-09, S. 3296 – 3298, DL 216/98, DR I série-A N°162, 1998-07-16, S. 3430f., DL 92/2000, DR I série-A N°116, 2000-05-19, S. 2200 – 2202, DL 327/2000, DR I série-A N°294, 2000-12-22, S. 7425f.

544 Art. 1, 2, 4 und 5 DL 464/80, DR I série N°237, 1980-10-13, S. 3358, zuletzt geändert durch DL 19/2002, DR I série-A N°24, 2002-01-29, S. 711f.

545 Art. 7 DL 464/80, DR I série N°237, 1980-10-13, S. 3358, zuletzt geändert durch DL 19/2002, DR I série-A N°24, 2002-01-29, S. 711f., Art. 15 Abs. 1 Portaria 1514/2008, DR 1^a série N°248, 2008-

sorgesystems 14 Mal jährlich bezahlt.⁵⁴⁶ Der Solidaritätszuschlag bildet ebenso wie der Zuschlag wegen Pflegebedürftigkeit eine ergänzende Leistung zur Sozialrente und wird in Abhängigkeit von dieser gewährt.⁵⁴⁷ Er beträgt 17,32 € bei Rentnern vor Vollendung des 70. Lebensjahres und 34,63 € bei Rentnern nach Vollendung des 70. Lebensjahres.⁵⁴⁸ Die Höhe des Zuschlags wegen Pflegebedürftigkeit unterscheidet sich von der im allgemeinen Vorsorgesystem gewährten Leistung, ist aber ihrerseits an die Höhe der Sozialrente und damit mittelbar auch an die Höhe des Sozialindexes gekoppelt.⁵⁴⁹ Sie beläuft sich in der ersten Pflegestufe auf 45 % der Sozialrente bzw. 84,23 € und in der zweiten Pflegestufe auf 75 % der Sozialrente bzw. 159,10 €.⁵⁵⁰

Ebenfalls Leistungen des nicht-beitragfinanzierten Systems stellen die soziale Rentenergänzung und der solidarische Zuschlag für Alte dar.⁵⁵¹ Während jedoch die Rentenergänzung ausschließlich an Leistungen des allgemeinen Vorsorgesystems anknüpft und sich dadurch auch insbesondere von der Sozialrente unterscheidet, wird der solidarische Zuschlag für Alte in Abhängigkeit des Gesamteinkommens des Betroffenen und seiner Unterhaltsgemeinschaft gewährt und kann insoweit an alle Sozialleistungen anknüpfen. Voraussetzung für den Anspruch auf Rentenergänzung ist demzufolge das Bestehen eines Anspruchs auf eine Rente des allgemeinen Vorsorgesystems, die den Wert der Mindestrente nicht erreicht.⁵⁵² Demgegenüber setzt der solidarischen Zu-

12-24, S. 9025. Gem. Art. 7 und Annex zu Lei 53-B/2006, DR 1^a série N°249, 2006-12-29, S. 8626-(389)f. beträgt die Sozialrente 44,65 % des Sozialindexes. Ebenso wie die Bestandsrenten des allgemeinen Vorsorgesystems bis zu einer Höhe von 150 % des Sozialindexes wurde auch diese Leistung für das Jahr 2010 pauschal um 1,25 % erhöht, vgl. Art. 4 Abs. 4 DL 323/2009, DR 1^a série N°248, 2009-12-24, S. 8737.

546 Art. 3 Abs. 2 DL 464/80, DR I série N°237, 1980-10-13, S. 3358, zuletzt geändert durch DL 19/2002, DR I série-A N°24, 2002-01-29, S. 711f., Art. 1 Portaria 470/90, DR I série N°143, 1990-06-23, S. 2637.

547 Der 2001 eingeführte und der Armutsbekämpfung dienende Solidaritätszuschlag ergänzt lediglich die Sozialrente, während der Zuschlag wegen Pflegebedürftigkeit auch an die Rente des allgemeinen Vorsorgesystems anknüpfen kann. Der Solidaritätszuschlag ist ausgeschlossen, wenn der Betroffene eine Rente in Höhe der Mindestrente des allgemeinen Vorsorgesystems bezieht, vgl. Art. 2 Abs. 2 DL 208/2001, DR I série-A N°173, 2001-07-27, S. 4579. Vgl. zu den Voraussetzungen des Zuschlags wegen Pflegebedürftigkeit oben S. 122.

548 Art. 23 Portaria 1514/2008, DR 1^a série N°248, 2008-12-24, S. 9026.

549 Vgl. oben sowie Fn. 240.

550 Art. 7 und Annex zu Lei 53-B/2006, DR 1^a série N°249, 2006-12-29, S. 8626-(389)f., Art. 7 DL 265/99, DR I série-A N°162, 1999-07-14, S. 4398, zuletzt geändert durch DL 309-A/2000, DR I série-A N°277, 2000-11-30, S. 6906(2), Art. 21 Abs. 2 Portaria 1514/2008, DR 1^a série N°248, 2009-12-24, S. 9025. Ebenso wie die Bestandsrenten des allgemeinen Vorsorgesystems bis zu einer Höhe von 150 % des Sozialindexes wurden auch alle zuvor beschriebenen Leistungen für das Jahr 2010 pauschal um 1,25 % erhöht, vgl. Art. 4 Abs. 4 DL 323/2009, DR 1^a série N°248, 2009-12-24, S. 8737.

551 Art. 47 DL 187/2007, DR 1^a série N°90, 2007-05-11, S. 3108, Art. 1 Abs. 1 DL 232/2005, DR I série-A N°249, 2005-12-29, S. 7320, zuletzt geändert durch DL 151/2009, DR 1^a série N°124, 2009-06-30, S. 4219f.

552 Art. 46 DL 187/2007, DR 1^a série N°90, 2007-05-11, S. 3108. Vgl. zu Höhe und Bestimmung der Mindestrente oben S. 126. Von den 2,35 Mio. Rentnern des allgemeinen Vorsorgesystems erhalten mehr als 900.000 eine soziale Rentenergänzung, vgl. *Público* vom 05. Januar 2009, S. 30f. San-

schlag für Alte voraus, dass das Jahreseinkommen des Betroffenen 4960 € bzw. 175 % dieses Wertes bei Verheirateten⁵⁵³ nicht übersteigt.⁵⁵⁴ Zudem muss der Betroffene das 65. Lebensjahr vollendet haben.⁵⁵⁵ Die Höhe der Leistungen bestimmt sich jeweils aus der Differenz zwischen der tatsächlichen Rente bzw. dem tatsächlichen Einkommen und der Mindestrente bzw. der Einkommensgrenze.

c. Hinterbliebenenleistungen

Im Falle des Todes eines Leistungsberechtigten sieht das nicht-beitragsfinanzierte System Leistungen an den hinterbliebenen Ehepartner⁵⁵⁶ und an die Kinder des Verstorbenen vor. Eine soziale Witwen- bzw. Witwerrente setzt dabei voraus, dass der Verstorbene eine Sozialrente bezog, der hinterbliebene Ehepartner aus eigenem Recht keinen Anspruch auf eine Rente hat und zudem insgesamt über ein monatliches Einkommen von höchstens 30 % des Sozialindexes verfügt.⁵⁵⁷ Die Höhe der Leistung ist als Prozentsatz der dem Verstorbenen zustehenden Sozialrente definiert, wobei dieser dem Prozentsatz der einem hinterbliebenen Ehepartner auch im allgemeinen Vorsorgesystem zustehenden Rente von 60 % entspricht. Dabei wird ein dem Verstorbenen möglicherweise gewährter Solidaritätszuschlag nicht in die Berechnung mit einbezogen.⁵⁵⁸ Dem hinterbliebenen Ehepartner steht aber ein eigener Anspruch auf den Zuschlag wegen Pflegebedürftigkeit zu, wenn er selbst dessen Voraussetzungen erfüllt.⁵⁵⁹

tos/Ferreira, Sociedade e Trabalho 1998, especial Segurança Social, S. 95, geben für das Jahr 1995 einen Prozentsatz der Mindestrenten von 67,27 % bei den Invalidenrenten und 69,94 % bei den Altersrenten an.

- 553 Erneut sind eheähnliche Gemeinschaften den Verheirateten gleichgestellt, vgl. Art. 5 DL 232/2005, DR I série-A N°249, 2005-12-29, S. 7321, zuletzt geändert durch DL 151/2009, DR 1^a série N°124, 2009-06-30, S. 4219f.
- 554 Art. 4 Abs. 1 Buchst. c DL 232/2005, DR I série-A N°249, 2005-12-29, S. 7321, zuletzt geändert durch DL 151/2009, DR 1^a série N°124, 2009-06-30, S. 4219f., Art. 2 Portaria 1547/2008, DR 1^a série N°252, 2008-12-31, S. 9214. Vgl. zur Berechnung des Jahreseinkommens im Einzelnen Decreto Regulamentar 3/2006, DR I série-B N°26, 2006-02-06, S. 893 – 900, zuletzt geändert durch DL 151/2009, DR 1^a série N°124, 2009-06-30, S. 4219f.
- 555 Art. 4 Abs. 1 Buchst. a, Art. 24 DL 232/2005, DR I série-A N°249, 2005-12-29, S. 7320, zuletzt geändert durch DL 151/2009, DR 1^a série N°124, 2009-06-30, S. 4219f.
- 556 Insoweit sind Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft nicht gleichgestellt.
- 557 Art. 8f. Decreto Regulamentar 52/81, DR I série N°260, 1981-11-11, S. 2989, Art. 5 Buchst. a DL 160/80, DR I série N°122, 1980-05-27, S. 1186, Art. 2 Abs. 1 DL 464/80, DR I série N°237, 1980-10-13, S. 3358, zuletzt geändert durch DL 19/2002, DR I série-A N°24, 2002-01-29, S. 711f. Vgl. zum Sozialindex Fn. 87. Der scheinbare Widerspruch, dass der Hinterbliebene zwar selbst keinen Anspruch auf die Sozialrente hat, aber dennoch deren Bedürftigkeitsvoraussetzung erfüllt, erklärt sich aus der zusätzlichen Voraussetzung der Sozialrente bezüglich des Alters bzw. der Invalidität.
- 558 Art. 6 DL 208/2001, DR I série-A N°173, 2001-07-27, S. 4579.
- 559 Art. 2 DL 265/99, DR I série-A N°162, 1999-07-14, S. 4397, zuletzt geändert durch DL 309-A/2000, DR I série-A N°277, 2000-11-30, S. 6906(2). Vgl. zu den Voraussetzungen und der Höhe des Zuschlags oben S. 122 und S. 126. Die Rentenergänzung scheidet mangels Anspruchs auf eine Rente des allgemeinen Vorsorgesystems und der Solidaritätszuschlag sowie der solidarische Zuschlag für Alte mangels Erfüllens der Altersvoraussetzung aus.

Eine soziale Waisenrente wiederum wird gewährt, wenn der verstorbene Elternteil nicht in einem Vorsorgesystem erfasst wurde und wenn sie selbst nicht über ein Einkommen von mehr als 40 % des Sozialindexes verfügen und auch das Einkommen des gesamten Familienverbundes 150 % des Sozialindexes bzw. 30 % pro Kopf nicht übersteigt.⁵⁶⁰ Wie bei der sozialen Witwen- bzw. Witwerrente wird auch die soziale Waisenrente nach den im Rahmen des allgemeinen Vorsorgesystems geltenden Prozentsätzen berechnet. Alle hinterbliebenen Kinder zusammen haben demnach einen Anspruch auf 20 %, 30 % oder 40 % der Sozialrente, je nachdem, ob ein, zwei oder mehr anspruchsberechtigte Waisen vorhanden sind.⁵⁶¹ Erneut wird der Solidaritätszuschlag nicht in die Berechnung mit einbezogen und erneut wird ein Zuschlag wegen Pflegebedürftigkeit nach den allgemeinen Voraussetzungen gewährt.⁵⁶²

2. Spezielle geschlossene Systeme

Die speziellen geschlossenen Systeme bilden einen eigenständigen Teil des solidarischen Untersystems. Ebenso wie die dem Vorsorgebereich zugeordneten, alternativen oder ergänzenden speziellen Systeme⁵⁶³ ist auch die Existenz der speziellen Systeme des solidarischen Untersystems historisch begründet. Denn während des *Estado Novo* bildeten auch diese speziellen Systeme eine allgemeine Vorsorgeform.⁵⁶⁴ Im Gegensatz zu den beiden anderen Formen der speziellen Systeme handelt es sich bei den speziellen Systemen des solidarischen Untersystems jedoch um geschlossene Systeme, die keine neuen Mitglieder mehr aufnehmen und auch keine Beitragseinnahmen mehr erzielen. Von ihnen erfasst werden vielmehr ausschließlich Leistungsempfänger und Personen, die zwar aktuell keine Leistung empfangen, aber Ansprüche durch eine frühere Tätigkeit erworben haben.⁵⁶⁵ Trotz ihrer ursprünglichen Ausrichtung als Vorsorgesysteme werden diese geschlossenen Systeme aufgrund ihrer Finanzierung aus Steuermitteln daher dem solidarischen Untersystem zugeordnet. Nach wie vor existiert eine ganze

560 Art. 4f., 9 DL 160/80, DR I série N°122, 1980-05-27, S. 1186f. Darüber hinaus müssen die Einrichtungen der *Segurança Social* eine schwere soziale Fehlfunktion (*disfunção social grave*) feststellen. Vgl. zum Sozialindex Fn. 87. Allgemeine Grenze der Waisenrente ist die Volljährigkeit.

561 Art. 8, 10 Decreto Regulamentar 52/81, DR I série N°260, 1981-11-11, S. 2989

562 Art. 6 DL 208/2001, DR I série-A N°173, 2001-07-27, S. 4579, Art. 2 DL 265/99, DR I série-A N°162, 1999-07-14, S. 4397, zuletzt geändert durch DL 309-A/2000, DR I série-A N°277, 2000-11-30, S. 6906(2). Die altersabhängigen Leistungen entfallen, weil die Waisenrente ihrerseits durch die Volljährigkeit begrenzt ist.

563 Vgl. zu der Unterscheidung zwischen den drei Formen von speziellen Systemen und den Einzelheiten der beiden anderen Formen oben S. 63, 140 sowie S. 169.

564 Vgl. zur historischen Entwicklung am Beispiel der Absicherung der Bauern *Neves*, *Direito da Segurança Social*, S. 768f.

565 Die aktiven Mitglieder der speziellen Systeme des solidarischen Untersystems wurden in das allgemeine Vorsorgesystem eingegliedert. Vgl. insoweit für das spezielle System der landwirtschaftlich Beschäftigten (*regime especial de segurança social das actividades agrícolas*) Art. 2, 10 DL 401/86, DR I série N°277, 1986-12-02, S. 3609f. Die Zusammensetzung der geschlossenen Gruppe ergibt sich insoweit aus Art. 13 – 16 DL 75/86, DR I série N°299, 1986-12-30, S. 3858-(8).

Reihe solcher geschlossener Systeme.⁵⁶⁶ Besondere Bedeutung kommt dabei jedoch dem speziellen System der landwirtschaftlich Beschäftigten (*regime especial de segurança social das actividades agrícolas*) zu, dessen Leistungen im Folgenden exemplarisch dargestellt werden.⁵⁶⁷

Ursprünglich beinhaltete das spezielle System der landwirtschaftlich Beschäftigten ebenso wie die anderen speziellen Systeme Leistungen in allen auch vom allgemeinen Vorsorgesystem erfassten sozialen Lagen.⁵⁶⁸ Durch die Umwandlung in ein geschlossenes System und die damit verbundene Eingliederung der aktiven Mitglieder in das allgemeine Vorsorgesystem entfiel jedoch die Notwendigkeit von Leistungen im Falle von Krankheit, Mutterschaft und Arbeitslosigkeit. Vom speziellen System der landwirtschaftlich Beschäftigten werden daher lediglich Leistungen im Falle von Alter, Invalidität oder Tod gewährt.⁵⁶⁹ Neben den entsprechenden Renten besteht jedoch möglicherweise auch ein Anspruch auf einen Zuschlag wegen Pflegebedürftigkeit (*complemento por dependência*), einen Solidaritätszuschlag (*complemento extraordinário de solidariedade*) oder einen solidarische Zuschlag für Alte (*complemento solidário para idosos*).⁵⁷⁰ Hinsichtlich der Voraussetzungen der Renten verweist das spezielle System der landwirtschaftlich Beschäftigten auf die Voraussetzungen des allgemeinen Vorsorgesystems.⁵⁷¹ Da alle erfassten Personen bereits Leistungsempfänger sind bzw. bereits Ansprüche erworben haben, kommt bzw. kam es insoweit jedoch auf die zum Zeitpunkt der Schließung des Systems geltenden Voraussetzungen an.⁵⁷² Im Gegensatz zum nicht-beitragfinanzierten System stellt die Bedürftigkeit keine unmittelbare Voraussetzung der Leistungen dar. Das Erfordernis der Bedürftigkeit wird vielmehr durch das der Eingliederung des Betroffenen in das spezielle System der landwirtschaftlichen Be-

566 Vgl. zu den anderen speziellen Systemen allgemein Neves, Direito da Segurança Social, S. 771 – 774, und zu den aktuellen Leistungen dieser Systeme Art. 12 – 18 Portaria 1514/2008, DR 1^a série N°248, 2008-12-24, S. 9025. Zu nennen sind beispielsweise die speziellen Systeme der Eisenbahnangestellten und des öffentlichen Personennahverkehrs in Porto.

567 Die besondere Bedeutung des speziellen System der landwirtschaftlich Beschäftigten (*regime especial de segurança social das actividades agrícolas*) folgt sowohl aus seiner historischen Entwicklung als auch aus der Zahl der weiterhin von ihm erfassten Personen. Vgl. Neves, Direito da Segurança Social, S. 769f. Es ist nicht zu verwechseln mit dem speziellen System zur Absicherung selbständiger Landwirte, das ein spezielles Vorsorgesystem bildet. Vgl. dazu DL 217/95, DR I série-A N°197, 1995-08-26, S. 5393f. sowie Neves, Direito da Segurança Social, S. 773f.

568 Vgl. dazu im Einzelnen Art. 18 – 33 DL 81/85, DR I série N°73, 1985-03-28, S. 810 – 812.

569 Neves, Direito da Segurança Social, S. 770.

570 Vgl. zu Voraussetzungen und Inhalt dieser ergänzenden Leistungen die Ausführungen zum nicht-beitragfinanzierten System S. 173 sowie Art. 7 Abs. 1 Buchst. b DL 265/99, DR I série-A N°162, 1999-07-14, S. 4398, zuletzt geändert durch DL 309-A/2000, DR I série-A N°277, 2000-11-30, S. 6906(2).

571 Art. 10 DL 401/86, DR I série N°277, 1986-12-02, S. 3610, Art. 18 DL 81/85, DR I série N°73, 1985-03-28, S. 810.

572 Vgl. zu den früheren Voraussetzungen im Einzelnen Decreto 45266, DG I série N° 225, 1963-09-23, S. 1504 – 1532. Zu den wesentlichen Änderungen seit diesem Zeitpunkt zählen die Anhebung des Rentenalters für Frauen auf 65 Jahre, die Ausdehnung der Wartezeit im Falle des Alters auf 15 Jahre und die Anerkennung der eheähnlichen Gemeinschaft im Rahmen der Hinterbliebenenversorgung.

beschäftigt ersetzt.⁵⁷³ Auch die Höhe der Leistungen wird theoretisch anhand der Bestimmungen des allgemeinen Vorsorgesystems bestimmt.⁵⁷⁴ Aufgrund der schwachen Beitragsbasis des speziellen Systems der landwirtschaftlich Beschäftigten kommt jedoch der insoweit vorgesehenen Mindestrente eine besondere Bedeutung zu.⁵⁷⁵ Diese Mindestrente wiederum liegt über dem Niveau der Sozialrente⁵⁷⁶ und beläuft sich derzeit auf 224,62 €.⁵⁷⁷

3. Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems

Da die Lohnersatzleistungen im Falle von Krankheit und Mutterschaft nicht durch das öffentliche Gesundheitssystem, sondern durch die jeweiligen Vorsorgeeinrichtungen erbracht werden, gehören lediglich die entsprechenden Sachleistungen zu dessen Aufgabenbereich.⁵⁷⁸ Das öffentliche Gesundheitssystem wird dabei den nicht-beitragsfinanzierten, risikospezifischen Systemen zugeordnet, weil die von ihm gewährte universelle Absicherung im Falle der Krankheit steuerfinanziert ist.⁵⁷⁹ Den ganz überwiegenden Teil seiner Leistungen erbringt das öffentliche Gesundheitssystem mit Hilfe der Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes, der die Gesamtheit der leistungserbringenden öffentlichen Gesundheitseinrichtungen bildet.⁵⁸⁰ Daneben kommt auch der Leistungserbringung durch vertraglich gebundene private Anbieter eine zunehmende Bedeutung zu.⁵⁸¹ Innerhalb der Gruppe der vertraglich gebundenen Leis-

573 Vgl. stellvertretend für alle speziellen Systeme die Regelungen zum speziellen System der landwirtschaftlich Beschäftigten (*regime especial de segurança social das actividades agrícolas*) in DL 81/85, DR I série N°73, 1985-03-28, S. 806 – 816.

574 Art. 10 DL 401/86, DR I série N°277, 1986-12-02, S. 3610, Art. 31 Abs. 1 DL 81/85, DR I série N°73, 1985-03-28, S. 811. Erneut gelten die Bestimmungen zum Zeitpunkt der Schließung des Systems.

575 Vgl. zur schwachen Beitragsbasis und zur Mindestrente Punkt 2 der einleitenden Erwägungen sowie Art. 31 Abs. 3 DL 81/85, DR I série N°73, 1985-03-28, S. 806, 811.

576 Gem. Art. 7 und Annex zu Lei 53-B/2006, DR 1^a série N°249, 2006-12-29, S. 8626-(389)f., sind 53,4 % statt 44,65 % des Sozialindexes vorgesehen. Vgl. zum Sozialindex Fn. 87.

577 Bei den anderen speziellen Systemen entspricht die Mindestrente der Sozialrente. Als Hinterbliebenenrenten werden die jeweiligen prozentualen Teile der Mindestrente gewährt. Vgl. dazu Art. 12, 16 Portaria 1514/2008, DR 1^a série N°248, 2008-12-24, S. 9025. Ebenso wie die Bestandsrenten des allgemeinen Vorsorgesystems bis zu einer Höhe von 150 % des Sozialindexes wurden auch diese Leistungen für das Jahr 2010 pauschal um 1,25 % erhöht, vgl. Art. 4 Abs. 4 DL 323/2009, DR 1^a série N°248, 2009-12-24, S. 8737.

578 Auch andere mitunter dem Gesundheitssystem zugeordnete Leistungen wie etwa das Sterbegeld unterfallen in Portugal dem jeweiligen Vorsorgesystem.

579 Vgl. zur Finanzierung im Einzelnen oben S. 105.

580 Vgl. zur Unterscheidung zwischen öffentlichem Gesundheitssystem und Nationalem Gesundheitsdienst Fn. 39.

581 Gem. IGIF, SNS – Evolução da Facturação de Suncontratos 2000 a 2004, S.2, sind die Kosten für von vertraglich gebundenen Einrichtungen erbrachte Leistungen im erfassten Zeitraum um 36 % gestiegen. Zu den vertraglich gebundenen Einrichtungen gehören demzufolge neben den Apotheken vor allem Diagnose-, Dialyse- und Physiotherapieeinrichtungen. Krankentransport und Krankenhausbehandlung spielen demgegenüber insoweit nur eine untergeordnete Rolle.

tungserbringer wiederum stehen weiterhin die Medikamentenversorgung und folglich die Apotheken im Vordergrund, die auf Basis ihrer Vereinbarungen mit dem Gesundheitssystem, die von diesem zu tragenden Zuzahlungen einfordern.⁵⁸² Leistungen im Wege der Kostenerstattung spielen hingegen kaum eine Rolle.⁵⁸³ Im Folgenden werden daher zum einen die Leistungserbringung durch Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes und zum anderen die Medikamentenversorgung näher untersucht. Anspruch auf diese Leistungen haben alle portugiesischen Staatsbürger, alle Staatsbürger eines Mitgliedsstaates der EU im Rahmen der gemeinschaftsrechtlichen Bestimmungen, alle in Portugal wohnenden Staatenlosen sowie alle Staatsbürger eines Nicht-EU-Staates, soweit deren Heimatstaat den dort wohnenden Portugiesen dasselbe Recht gewährt.⁵⁸⁴ Daneben haben unabhängig vom Erfordernis der Gegenseitigkeit auch alle ausländischen Staatsbürger, die über eine wirksame Aufenthaltsgenehmigung oder eine wirksame Arbeitserlaubnis verfügen, Anspruch auf Gesundheitsleistungen.⁵⁸⁵ Andere, also insbesondere sich illegal oder auf Basis vorübergehender Aufenthaltstitel im Land aufhaltende, ausländische Staatsbürger können die Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, wenn sie eine Meldebescheinigung vorlegen, die eine Aufenthaltsdauer von mehr als 90 Tage belegt.⁵⁸⁶ Asylbewerber wiederum haben einen Anspruch auf kostenlose Behandlung in Notfällen sowie auf kostenlosen Zugang zur primären Versorgung und zu Medikamenten.⁵⁸⁷ Minderjährigen Ausländern schließlich sollen die Gesundheitseinrichtungen ohne jede Einschränkung gewährt werden.⁵⁸⁸

582 Von etwa 728 Mio. €, die 2007 für vertraglich gebundene Einrichtungen aufgebracht wurden, entfielen etwa 440 Mio. € auf Leistungen an Apotheken. Vgl. IGIF, SNS – Relatório e Contas 2007, S. 16. Vgl. zur Abrechnung der Apotheken mit den regionalen Gesundheitsverwaltungen (*Administrações Regionais de Saúde*) Art. 8 DL 242-A/2006, DR 1^a série N°249, 2006-12-29, S. 8626-(4), und Art. 8 Portaria 3-B/2007, DR 1^a série N°1, 2007-01-02, S. 8-(5).

583 Zuverlässige Zahlen sind insoweit nicht erhältlich. Die geringe Bedeutung der Kostenerstattung ergibt sich jedoch bereits aus ihren eingeschränktem Anwendungsbereich und ihren strengen Voraussetzungen. So ist Voraussetzung für die Kostenerstattung, dass die jeweilige Leistung nicht vom Gesundheitsdienst oder einer vertraglich gebundenen Einrichtung erbracht werden kann, vgl. für den Fall der Behandlung im Ausland Art. 2 DL 177/92, DR I série-A N°186, 1992-08-13, S. 3927, sowie allgemein *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 60. Lediglich bezüglich der Hilfsmittel kommt Kostenerstattungen eine gewisse Bedeutung zu, vgl. dazu die Erstattungstabelle (*Tabela de Reembolsos*) des Gesundheitsministeriums, abrufbar unter <http://www.acss.minsauda.pt>, zuletzt besucht am 15. Februar 2010.

584 Base XXV LBS.

585 Die Bezahlung der Leistungen wird den betroffenen ausländischen Staatsbürgern erlassen, wenn sie Beiträge im Rahmen eines Vorsorgesystems entrichten. Andernfalls können sie zur Bezahlung herangezogen werden. Vgl. Nr. 1 – 3 Despacho 25360/2001 DR II série N°286, 2001-12-12, S. 20597.

586 Dieser Gruppe der illegalen Ausländer können die erbrachten Leistungen in Rechnung gestellt werden, wenn es ihre wirtschaftliche Situation zulässt. Vgl. Nr. 4f. Despacho 25360/2001 DR II série N°286, 2001-12-12, S. 20597f.

587 Grundlage der Leistungen der Asylbewerber ist Art 53 Lei 15/98, DR I série-A N°72, 1998-03-26, S. 1334 sowie Art. 15 Lei 20/2006, DR I série-A N°120, 2006-06-20, S. 4455, in Verbindung mit Portaria 30/2001, DR I série-B N°14, 2001-01-14, S. 249, sowie Portaria 1042/2008, DR 1^a série N°178, 2008-09-15, S. 6706.

588 DL 67/2004, DR I série-A N°72, 2004-03-25, S. 1798. Zum Zweck der Öffnung der Gesundheits- und Bildungseinrichtungen für minderjährige Ausländer soll ein nationales Verzeichnis dieser Per-

Zum Nachweis ihrer Berechtigung legen alle Benutzer des öffentlichen Gesundheitssystems bei der Inanspruchnahme der Leistungen eine Gesundheitskarte vor, die sie im Gesundheitszentrum beantragen können.⁵⁸⁹

a. Leistungen des Nationalen Gesundheitsdienstes

Der Nationale Gesundheitsdienst gewährleistet nach Vorgabe des Gesundheitsrahmengesetzes eine umfassende Gesundheitsversorgung.⁵⁹⁰ Auf eine genaue Spezifizierung dessen, was Teil dieser umfassenden Gesundheitsversorgung ist, hat der Gesetzgeber weitgehend verzichtet und die verschiedenen vom Gesundheitsdienst zu gewährenden Leistungen nur allgemein bezeichnet.⁵⁹¹ Zu unterscheiden sind dabei zunächst Maßnahmen der primären Versorgung und der differenzierten Versorgung. Zur primären Versorgung gehören insbesondere die Vorsorgemaßnahmen, die allgemeinärztliche Versorgung sowie die fachärztliche Versorgung durch Kinderärzte, Augenärzte und Ärzte für innere Medizin. Der differenzierten Versorgung überlassen hingegen die Krankenhausbehandlung sowie die verbleibende fachärztliche Betreuung.⁵⁹² Seit 2006 bildet schließlich die integrierte und dauerhafte Versorgung eine weitere eigenständige Kategorie.⁵⁹³

Zentrale Einrichtungen der primären Versorgung und damit des gesamten öffentlichen Gesundheitssystems⁵⁹⁴ sind die sog. Gesundheitszentren (*centros de saúde*). Die Zuständigkeitsbereiche der derzeit 351 Gesundheitszentren werden auf Grund geografischer und demographischer Aspekte durch das Gesundheitsministerium festge-

sonen angelegt werden, das ausschließlich für die Gesundheits- und Bildungsbehörden zugänglich ist.

589 Die Vorlage der Karte ist zwar verpflichtend, bei Nichtvorlage darf die Behandlung aber nicht verweigert werden, vgl. Art. 2 DL 198/95, DR I série-A N°174, 1995-07-29, S. 4876, zuletzt geändert durch DL 52/2000, DR I série-A N°83, 2000-04-07, S. 1514f. Auch in Portugal wurde im Jahr 2005 die europäische Gesundheitskarte eingeführt, die allerdings nicht im Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheitskarte ausgestellt wird und die in den Zuständigkeitsbereich der Einrichtungen des allgemeinen Vorsorgesystems bzw. der Gesundheitsuntersysteme fällt. Zudem wurde Anfang 2007 ein Bürgerausweis (*cartão de cidadão*) eingeführt, der neben der Funktion des Personalausweises auch die der Gesundheitskarte übernehmen soll, vgl. Lei 7/2007, DR 1^a série N°25, 2007-02-05, S. 940 – 948.

590 Base XXIV Buchst. b LBS.

591 Art 14 Lei 56/79, DR I série N°214, 1979-09-15, S. 2358 sieht vor, dass folgende Leistungen vom Nationalen Gesundheitsdienst zu gewährleisten sind: Vorsorgemaßnahmen, allgemein- und fachärztliche Versorgung, Krankenpflege, stationäre Behandlung, Krankentransport, ergänzende Diagnosemethoden, Medikamente und Nahrungsmittelergänzung, Versorgung mit Hilfsmitteln und allgemeine soziale Unterstützung in Zusammenarbeit mit der *Segurança Social*. Gem. Base XXXV LBS ist es dem Gesetzgeber überlassen, die einzelnen Leistungen des Gesundheitsdienstes zu spezifizieren. Davon hat der Gesetzgeber indes keinen Gebrauch gemacht.

592 Vgl. zur Unterscheidung zwischen primärer und differenzierter Versorgung Art 16 Lei 56/79, DR I série N°214, 1979-09-15, S. 2358.

593 Art. 1 DL 101/2006, DR I série-A N°109, 2006-06-06, S. 3857.

594 Gem. Base XII Abs. 1 LBS ruht das Gesundheitssystem auf der primären Versorgung.

legt.⁵⁹⁵ Dennoch variiert die Zahl der einem Gesundheitszentrum zugewiesenen Personen sehr stark.⁵⁹⁶ Auch die von den Gesundheitszentren angebotene Versorgung und die technische Ausstattung⁵⁹⁷ unterscheidet sich erheblich. Während einige Zentren durchaus auch umfangreiche fachärztliche Leistungen anbieten können, sind in der Mehrzahl der Gesundheitszentren nur Allgemein- und Kinderärzte beschäftigt.⁵⁹⁸ Insbesondere eine zahnmedizinische Versorgung wird von den Gesundheitszentren nicht angeboten.⁵⁹⁹ Eine der Hauptaufgaben der Allgemeinärzte der Gesundheitszentren innerhalb des Gesamtsystems ist die Übernahme der sog. Lotsen-Funktion, indem zur Übernahme der Kosten einer weitergehenden fachärztlichen oder stationären Behandlung durch den Gesundheitsdienst eine Überweisung durch einen Arzt der Gesundheitszentren erforderlich ist. Zu diesem Zweck ist jeder Benutzer des Gesundheitsdienstes gehalten, sich in die Liste eines sog. Familienarztes einzuschreiben. Da aber die Listen der jeweiligen Ärzte begrenzt sind, haben derzeit etwa 10 % der Bevölkerung keinen Familienarzt.⁶⁰⁰ Schließlich führen auch äußere Umstände wie lange Wartezeiten, schlechter baulicher Zustand der Gesundheitszentren und begrenzte Öffnungszeiten⁶⁰¹ zu einer niedrigen Akzeptanz dieser Einrichtungen.⁶⁰² Um die dringendsten Probleme im Zusammenhang mit den Gesundheitszentren, also insbesondere die Personalknapp-

595 Art. 7 DL 157/99, DR I série-A N°108, 1999-05-10, S. 2426, zuletzt geändert durch DL 298/2007 DR 1^a série N°161, 2007-08-22, S. 5587 – 5596. Vgl. zur Zahl der Gesundheitszentren IGIF, Estatística do Movimento Assistencial, S. 6

596 Gem. *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 93, sind einem Gesundheitszentrum zwischen 5.000 und 100.000 Personen zugeordnet.

597 Vgl. dazu *Guichard*, The Reform of the Health Care System in Portugal, S. 18.

598 Von den im Jahr 2005 in den Gesundheitszentren beschäftigten 7127 Ärzten waren lediglich 304 Fachärzte, bei denen es sich hauptsächlich um Kinder- und Frauenärzte handelte, vgl. IGIF, Estatística do Movimento Assistencial, S. 6 sowie *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 95.

599 *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 60f, 80, 82, 112f. Zahnmedizinische Leistungen werden auch im Wege der vertraglichen Bindung privater Ärzte nur für Minderjährige, Schwangere und Bezieher des solidarischen Zuschlags für Alte zur Verfügung gestellt. Diese Gruppen erhalten in den zuständigen Gesundheitszentren Behandlungsgutscheine mit einem bestimmten Wert, den sie bei den teilnehmenden Zahnärzten einlösen können. Vgl. Despacho 4324/2008, DR 2^a série N°35, 2008-02-19, S. 6497f. Zahnärztliche Behandlungen müssen von den Patienten, die keinem Gesundheitsuntersystem angehören oder privat versichert sind, daher überwiegend selbst getragen werden. Eine Einbeziehung in den Gesundheitsdienst wird jedoch immer wieder gefordert und diskutiert, vgl. *Público* vom 13. September 2007, S. 8.

600 *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 95f., *Guichard*, The Reform of the Health Care System in Portugal, S. 18f., sowie *Público* vom 08. März 2008, S. 8.

601 Gem. Art. 9 Abs. 2 DL 157/99, DR I série-A N°108, 1999-05-10, S. 2426, zuletzt geändert durch DL 298/2007 DR 1^a série N°161, 2007-08-22, S. 5587 – 5596, müssen die Gesundheitszentren zwischen 8 Uhr und 20 Uhr geöffnet sein. Die Ausdehnung der Öffnungszeiten (*serviços de atendimento permanente*) wurde im Zuge der Umstrukturierung der Gesundheitszentren eingeschränkt. Vgl. *Público* vom 28. März 2007, S. 8, und vom 09. August 2007, S. 4.

602 *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 93. Folge dieser Unzufriedenheit ist die unmittelbare Inanspruchnahme der Notfalldienste der Krankenhäuser und damit eine Überlastung dieser Einrichtungen. Vgl. dazu auch *Häußling*, Soziale Grundrechte in der portugiesischen Verfassung, S. 208 – 210, *Dixon/Mossialos*, in: IRSS 2000/4, S. 83 – 85, und *Guichard*, The Reform of the Health Care System in Portugal, S. 19.

heit und die schwierige Erreichbarkeit in ländlichen Gegenden zu bekämpfen, wird seit dem Jahr 2006 der Ausbau kleinerer Zentren der primären Versorgung vorangetrieben. Diese Einheiten der Familiengesundheit (*Unidades de Saúde Familiar*), in denen zwischen drei und zehn Ärzten für die Versorgung von 4.000 bis 18.000 Personen verantwortlich sein sollen, befinden sich derzeit in Gründung und sollen eine verbesserte Versorgung der Bevölkerung bewirken.⁶⁰³

Auch die zweite Säule des Gesundheitsdienstes, die differenzierte medizinische Versorgung in Krankenhäusern, befindet sich in einem Umstrukturierungsprozess.⁶⁰⁴ Es bleibt insoweit jedoch bei der Aufteilung in Zentralkrankenhäuser (*hospitais centrais*), Spezialkrankenhäuser (*hospitais especiais*), Krankenhäuser auf Bezirksebene (*hospitais distritais*) und sog. Ebene 1 Krankenhäuser (*hospitais nível 1*).⁶⁰⁵ Während die Zentral- und die Spezialkrankenhäuser landesweit zuständig sind und entweder eine umfassende oder eine spezialisierte Versorgung anbieten, ist die Zuständigkeit der eine allgemeine Versorgung anbietenden Krankenhäuser auf Bezirksebene und der eine spezialisierte Versorgung anbietenden Ebene 1 Krankenhäuser regional beschränkt.⁶⁰⁶ Insgesamt verfügt der Gesundheitsdienst über 103 Krankenhäuser, deren regionale Verteilung und personelle bzw. materielle Ausstattung sich nur langsam verbessert.⁶⁰⁷ Bezüglich der Versorgung in Krankenhäusern grundsätzlich zu beachten ist, dass diese nicht nur für die stationäre Versorgung, sondern auch überwiegend für die ambulante fachärztliche Versorgung verantwortlich sind, soweit diese überhaupt von den Einrichtungen des Gesundheitsdienstes angeboten wird.⁶⁰⁸ Auch aufgrund der zuvor erwähnten Schwierig-

603 Despacho Normativo 9/2006, DR I série-B N°34, 2006-02-16, S. 1256, zuletzt geändert durch Despacho Normativo 10/2007, DR 2^a série N°19, 2007-01-26, S. 2237, sowie insbesondere DL 298/2007, DR 1^a série N°161, 2007-08-22, S. 5587 – 5596. Der Aufgabenbereich und die Finanzierung der Einheiten der Familiengesundheit (*Unidades de Saúde Familiar*) wird konkretisiert in Portaria 1368/2007, DR 1^a série N°201, 2007-10-18, S. 7655 – 7659, sowie Portaria 301/2008, DR 1^a série N°77, 2008-04-18, S. 2278 – 2281. Anfang März 2008 waren 108 solcher Einheiten der Familiengesundheit eingerichtet. Ob dies als Erfolg zu werten ist, bleibt strittig, vgl. *Público* vom 17. März 2008, S. 4.

604 Notfalleinrichtungen (*urgências*) und Geburtskliniken (*maternidades*) werden derzeit neu verteilt und ausgerichtet, bei den Kliniken zur Krebsbehandlung (*hospitais de oncologia*) steht ebenfalls eine Umstrukturierung bevor, vgl. Despacho 5414/2008, DR 2^a série N°42, 2008-02-28, S. 8083 – 8085, OPSS, Luzes e Sombras, S. 113 – 121 sowie *Público* vom 11. September 2007, S. 9, vom 13. Januar 2008, S.2f., und vom 14. Februar 2008, S. 10. Auch die Rechtsform und Finanzierung der Krankenhäuser ist in jüngster Zeit tiefgreifenden Veränderungen ausgesetzt gewesen, vgl. dazu ausführlich OPSS, Um Ano de Governação em Saúde, S. 77 – 100, sowie *Público* vom 20. März 2008, S. 10.

605 Vgl. dazu die Einteilung der Krankenhäuser durch Portaria 281/2005, DR I série-B N°54, 2005-03-17, S. 2430f., sowie Barros/Simões, Health Systems in Transition, S. 98f. Daneben existiert verwaltungsintern auch eine Aufteilung der Krankenhäuser in fünf verschiedene Gruppen anhand der jeweiligen Finanzierungsmodelle, wobei die Universitätskrankenhäuser die oberste Stufe bilden.

606 Barros/Simões, Health Systems in Transition, S. 98f.

607 OPSS, Luzes e Sombras, S. 103, Barros/Simões, Health Systems in Transition, S. 99. Insbesondere in Lissabon, Porto und Coimbra verfügt der Gesundheitsdienst jedoch über hervorragend ausgestattete Krankenhäuser.

608 Barros/Simões, Health Systems in Transition, S. 98f.

keiten bezüglich der Lotsen-Funktion der Gesundheitszentren gab es in den letzten Jahren mehrere Versuche, die verschiedenen Einrichtungen der primären und der sekundären Versorgung untereinander und miteinander in organisatorischer ebenso wie in finanzieller Hinsicht zu verbinden bzw. besser aufeinander abzustimmen.⁶⁰⁹ Ein weiteres zentrales Problem des sekundären Sektors stellen die fehlenden Kapazitäten für nicht-akute Operationen dar, die zu beträchtlichen Wartelisten und -zeiten geführt haben.⁶¹⁰ Trotz einer erheblichen Ausweitung der Operationskapazitäten in den vergangenen 20 Jahren, konnte die Situation insoweit nicht wesentlich verbessert werden.⁶¹¹ Abhilfe oder zumindest eine Milderung soll nunmehr die integrierte Verwaltung der eingeschriebenen Patienten (*Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia*) bewirken. Im Zuge dieser integrierten Verwaltung sollen die Patienten unter anderem über die prognostizierte Wartezeit informiert und die maximale Wartezeit auf neun Monate begrenzt werden. Bei Überschreiten dieses Zeitraums sollen Patienten einen Gutschein für die Behandlung in privaten, vertraglich gebundenen Einrichtungen erhalten.⁶¹²

Den dritten Sektor medizinischer Leistungen des Gesundheitsdienstes bildet das 2006 eingeführte und derzeit im Aufbau befindliche nationale Netz für Leistungen der sog. weiterführenden Pflege (*Rede Nacional de Cuidados Continuados*).⁶¹³ Bislang übernahmen der Staat und insbesondere der Gesundheitsdienst kaum Verantwortung für diese weiterführende Pflege. Weiterhin kommt daher vor allem in ländlichen Gegenden der häuslichen Pflege und den gemeinnützigen Einrichtungen wie insbesondere den

609 Sowohl die Schaffung lokaler Gesundheitseinheiten (*unidades locais de saúde*) als auch sog. Zentren integrierter Verantwortung (*centros de responsabilidade integrada*) stellen Versuche einer krankenhauszentrierten Versorgung dar. Beide Modelle haben jedoch nur eine bescheidene Verbreitung gefunden. Vgl. OPSS, Um Ano de Governação em Saúde, S. 79 – 83, sowie Barros/Simões, Health Systems in Transition, S. 99f. Als erfolgreiche Einrichtung gilt einzig die lokale Gesundheitseinheit in Matosinhos (*Unidade Local de Saúde Matosinhos*). Dennoch werden auch weiterhin solche Gesundheitseinheiten gegründet, vgl. zuletzt DL 183/2008, DR 1^a série N°171, 2008-09-04, S. 6225 – 6233.

610 Ende 2006 warteten 226.113 Personen auf eine Operation, 44 % davon schon länger als ein Jahr, vgl. OPSS, Luzes e Sombras, S. 132. Eine Ursache für die langen Wartelisten wird auch darin gesehen, dass die vom SNS beschäftigten Ärzte über große arbeitsrechtliche Flexibilität verfügen und deshalb häufig gleichzeitig in privaten Einrichtungen tätig sind. Vgl. Antunes, A doença da Saúde, S. 144.

611 Im angegebenen Zeitraum stieg die Zahl der durchgeführten Operationen von unter 200.000 auf über 500.000 pro Jahr an, vgl. OPSS, Luzes e Sombras, S. 135. Vgl. zur Diskussion über die Wartelisten *Público* vom 20. Oktober 2007, S. 8, und vom 03. November 2007, S. 2

612 Art. 4 Lei 41/2007 (*Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS*), DR 1^a série N°163, 2007-08-24, S. 5665, Portaria 45/2008, DR 1^a série N°10, 2008-01-15, S. 526 – 536, sowie Portaria 615/2008, DR 1^a série N°133, 2008-07-11, S. 4408 – 4414.

613 Eingeführt wurde das Netz durch DL 101/2006, DR I série-A N°109, 2006-06-06, S. 3856 – 3865. Es untersteht der gemeinsamen Aufsicht der Ministerien für Gesundheit bzw. Arbeit und soziale Solidarität. Der Aufbau des Netzes soll bis 2016 abgeschlossen sein, vgl. OPSS, Luzes e Sombras, S. 139.

Misericórdias eine besondere Bedeutung zu.⁶¹⁴ Insbesondere die zu erwartenden demographischen Entwicklungen und die steigende Frauenerwerbsquote⁶¹⁵ zwingen jedoch zum Ausbau der staatlichen Verantwortung. Zu den seit Mitte 2006 im Rahmen von Modellprojekten erprobten Einrichtungen der sog. weiterführenden Pflege gehören sowohl Einrichtungen der stationären als auch der ambulanten Pflege.⁶¹⁶ Bei den Einrichtungen der stationären Pflege wiederum lassen sich vier Gruppen unterscheiden. In den sog. Rekonvaleszenz-Einrichtungen (*unidade de convalescença*) mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu 30 Tagen, die in Krankenhäuser integriert werden sollen, stehen medizinische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Eigenständigkeit des Patienten im Vordergrund. Einrichtungen der Rehabilitation (*unidade de média duração e reabilitação*) sollen zwar mit Krankenhäusern zusammenarbeiten, aber grundsätzlich eigenständig sein und die Versorgung in einem Zeitrahmen von 30-90 Tagen sicherstellen. Als dritte Gruppe gewähren die ebenfalls eigenständigen Einrichtungen der Langzeitpflege (*unidades de longa duração e manutenção*) Gesundheitsleistungen, die einer Verschlechterung des Zustandes des Patienten entgegenwirken und einen Zeitraum von mehr als 90 Tagen erfordern. Die Einrichtungen der schmerzlindernden Pflege (*unidade de cuidados paliativos*) schließlich sollen über separate Räumlichkeiten in den Krankenhausgebäuden verfügen und Patienten versorgen, die ein fortschreitendes und nicht therapiertbares Krankheitsbild aufweisen.⁶¹⁷ Angesichts der bis 2016 dauernden Aufbauphase des Netzes für Leistungen der weiterführenden Pflege lässt sich noch nicht abschließend bewerten, welche Auswirkungen die Einführung des Netzes für die weiterführende Pflege hat. Die grundsätzliche Bereitschaft zur Übernahme einer weitergehen den Verantwortung und die bisherige Entwicklung der Pilotprojekte weisen jedoch in die richtige Richtung.⁶¹⁸

614 Barros/Simões, Health Systems in Transition, S. 107f. Die Bedeutung der gemeinnützigen Einrichtungen und die zugleich erforderliche medizinische Betreuung sind der Grund für die gemeinsame Verwaltung des Netzes durch die beiden Ministerien.

615 Portugal weist mit 61,7 % eine im Vergleich der OECD-Staaten und insbesondere im Vergleich zu den südeuropäischen Staaten überdurchschnittliche Frauenerwerbsquote auf, die sich zudem von 1995 – 2004 um beinahe 7 % gesteigert hat. Vgl. dazu OECD, Die OECD in Zahlen und Fakten 2007, S. 105 sowie Barros/Simões, Health Systems in Transition, S. 107.

616 Art. 12 DL 101/2006, DR I série-A N°109, 2006-06-06, S. 3859f. Zu den Einrichtungen der ambulanten Pflege gehören Tagesheime, häusliche Pflegedienste und ambulante Pflegedienste in Krankenhäusern.

617 Art. 13 – 20 DL 101/2006, DR I série-A N°109, 2006-06-06, S. 3860f. Vgl. dazu OPSS, Luzes e Sombras, S. 139f. und Barros/Simões, Health Systems in Transition, S. 108 – 110.

618 Vgl. zu den bisherigen Entwicklungen und den erforderlichen nächsten Schritten OPSS, Luzes e Sombras, S. 141 – 147. Bis Ende 2007 sollen 2600 Betten in den Einrichtungen des Netzes zur Verfügung stehen, vgl. *Público* vom 12. September 2007, S. 8.

b. Medikamentenversorgung

Da der Anteil der Arzneimittelkosten an den Gesamtkosten des öffentlichen Gesundheitssystems in Portugal relativ hoch ist,⁶¹⁹ war auch dieser Bereich in den letzten Jahren starken Veränderungen unterworfen. So ist nunmehr grundlegend zwischen rezeptfreien und rezeptpflichtigen Arzneimitteln zu unterscheiden. Zwar bedürfen alle Medikamente der Zulassung durch die Behörde für Apotheken und Medikamente (*INFARMED*),⁶²⁰ nur der Verkauf rezeptpflichtiger Arzneimittel ist jedoch den Apotheken vorbehalten. Rezeptfreie Medikamente können hingegen seit 2006 auch in anderen staatlich zugelassenen Einrichtungen verkauft werden.⁶²¹ Bei rezeptpflichtigen Medikamenten wird zudem der Verkaufspreis staatlich festgelegt und jährlich überprüft, indem der Produktionspreis um feststehende Margen der Großhändler und Apotheker sowie die Mehrwertsteuer ergänzt wird.⁶²² Als Produktionspreis wiederum wird der durchschnittliche Produktionspreis in Spanien, Frankreich, Italien und Griechenland zugrundegelegt.⁶²³ In den letzten beiden Jahren hat der Staat zudem zweimal den Preis aller rezeptpflichtigen Arzneimittel um jeweils 6 % gesenkt.⁶²⁴ Auch gelten besondere Preisvorgaben für Generika.⁶²⁵ Eine Ausnahme bezüglich der nicht-preisgebundenen, rezeptfreien Medikamente bilden diejenigen rezeptfreien Medikamente, bei denen Anspruch auf eine Zuzahlung des Gesundheitsdienstes besteht. Diese Medikamente können auch von den Stellen zum Verkauf rezeptfreier Medikamente verkauft werden, un-

619 Vgl. zum Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesamtausgaben oben S. 85 sowie *Guichard, The Reform of the Health Care System in Portugal*, S. 29 – 31.

620 Art. 14 Abs. 1 DL 176/2006, DR I série-A N°167, 2006-08-30, S. 6303.

621 Art. 1 Abs. 1 DL 134/2005, DR I série-A N°156, 2005-08-16, S. 4763, zuletzt geändert durch DL 238/2007, DR 1^a série N°116, 2007-06-19, S. 3898 – 3900. Vgl. zu den Anforderungen an die Zulassung der Verkaufsstellen Art. 2 Portaria 827/2005, DR I série-B N°177, 2005-09-14, S. 5574, und zur bisherigen Entwicklung des Marktes OPSS, Luzes e Sombras, S. 149 – 151.

622 Darüber hinaus können die Medikamentenpreise in Ausnahmenfällen auch unmittelbar von der Regierung gesenkt werden, vgl. Art. 13-A DL 65/2007, DR 1^a série N°52, 2007-03-14, S. 1615, eingefügt durch DL 184/2008, DR 1^a série N°172, 2008-09-05, S. 6243. Bezuglich der Preise von Generika hat die Regierung bereits eine solche Kürzung um 30 % vorgenommen, vgl. Portaria 1016-A/2008, DR 1^a série N°173, 2008-09-08, S. 6258-(2).

623 Art. 5f. DL 65/2007, DR 1^a série N°52, 2007-03-14, S. 1614, zuletzt geändert durch DL 184/2008, DR 1^a série N°172, 2008-09-05, S. 6243. Griechenland wurde als Vergleichsland neu aufgenommen. Vgl. zu den aktuellen Margen der Großhändler und Apotheker Art. 3 Portaria 30-B/2007, DR 1^a série N°4, 2007-01-05, S. 110-(4).

624 Art. 2 Portaria 618-A/2005, DR I série-B N°143, 2005-07-27, S. 4382-(2), zuletzt geändert durch Portaria 826/2005, DR I série-B N°143, 2005-07-27, S. 5573f., Art. 147 Lei 53-A/2006 (*Orçamento do Estado*), DR 1^a série N°249, 2006-12-29, S. 8626-(58). In Folge der Preissenkung wurden auch jeweils sowohl die staatliche Zuzahlungsquote als auch die Margen der Großhändler und Apotheker gesenkt.

625 Gem. Art. 9 DL 65/2007, DR 1^a série N°52, 2007-03-14, S. 1615, zuletzt geändert durch DL 184/2008, DR 1^a série N°172, 2008-09-05, S. 6243, liegt der Verkaufspreis von Generika 35 % bzw. bei einem Wert von weniger als 10 € 20 % unter dem Verkaufspreis des Referenzmedikaments. Die bis 2006 vorgesehene Erhöhung der staatlichen Zuzahlung um 10 % bei Generika wurde hingegen abgeschafft. Vgl. dazu *Barros/Simões, Health Systems in Transition*, S. 105, und zu den Zuzahlungsquoten oben S. 106.

terliegen insoweit jedoch ebenso wie die rezeptpflichtigen Medikamente der allgemeinen staatlichen Preisbindung. Zudem gewährt das Gesundheitssystem lediglich beim Bezug in Apotheken die staatliche Zuzahlung.⁶²⁶ Bei rezeptpflichtigen Medikamenten ist für die staatliche Zuzahlung ein ärztliches Rezept erforderlich, das sowohl von Einrichtungen des Gesundheitsdienstes als auch von Privateinrichtungen ausgestellt werden kann.⁶²⁷

Nicht nur der Markt der rezeptfreien Medikamente sondern auch der Apothekensektor wird zunehmend liberalisiert. So können Apotheken nunmehr sowohl von Privatpersonen als auch von gewinnorientierten juristischen Personen betrieben werden, wobei bestimmte Personen bzw. Unternehmen ausgeschlossen sind. Zudem ist sicherzustellen, dass die Geschäftsführung einem Apotheker übertragen ist. Auch dürfen bis zu vier Apotheken gemeinsam betrieben werden und Medikamente sowohl im Internet verkauft als auch nach Hause geliefert werden.⁶²⁸ Zudem sollen künftig auch Krankenhausapotheiken, die bislang lediglich für die Arzneimittelversorgung der stationär behandelten Patienten zuständig waren, Medikamente an Patienten verkaufen dürfen.⁶²⁹ Im Übrigen bleibt jedoch auch der Apothekensektor weitgehend staatlich reguliert. So erfordern sowohl Neueinrichtungen als auch Übergaben von Apotheken eine staatliche Lizenzierung in Folge einer öffentlichen Ausschreibung. Dabei müssen neu eingerichtete Apotheken eine personelle Reichweite innerhalb der jeweiligen Gemeinde von zumindest 4000 Personen aufweisen und im Umkreis von 250 m darf sich keine andere Apotheke befinden.⁶³⁰

626 Art. 1 Abs. 2, Art 4 Abs. 2 DL 134/2005, DR I série-A N°156, 2005-08-16, S. 4763, zuletzt geändert durch DL 238/2007, DR 1^a série N°116, 2007-06-19, S. 3898 – 3900. Vgl. zu den Zuzahlungsquoten oben S. 106.

627 Vgl. zu den Anforderungen an ein Rezept im Einzelnen Portaria 1501/2002, DR I série-B N°287, 2002-12-12, S. 7813 – 7816. Bis 1995 erfolgte eine Erstattung nur bei Rezepten von Ärzten des Gesundheitsdienstes, was dazu führte, dass die Einrichtungen des Gesundheitsdienstes nur zur Um- schreibung der Rezepte aufgesucht wurden. Vgl. *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 103.

628 Art. 14 – 16, 20 – 22 DL 307/2007, DR 1^a série N°168, 2007-08-31, S. 6085f. Die einzelnen Bedingungen werden konkretisiert in Portarias 1427 – 1430, DR 1^a série N°211, 2008-11-02, S. 7991 – 8000. Keine Apotheken betreiben dürfen beispielsweise Ärzte oder Unternehmen, die Medikamente produzieren. Aufgrund des Erfordernisses der Gewinnorientierung ebenfalls ausgeschlossen sind gemeinnützige Einrichtungen wie beispielsweise die *Misericórdias*. Von der Vereinigung dieser Einrichtungen wurde die Regelung daher scharf angegriffen. Vgl. *Público* vom 07. September 2007, S. 15.

629 Art. 1 – 3 DL 235/2006, DR 1^a série N°234, 2006-12-06, S. 8275. Die Krankenhausapotheiken bedürfen insoweit jedoch der individuellen Zulassung.

630 Vgl. allgemein zur Einrichtung und Übergabe von Apotheken Portaria 936-A/99, DR I série-B N°247, 1999-10-22, S. 7082-(10) – 7082-(13), zuletzt geändert durch Portaria 865/2004, DR I série-B N°168, 2004-07-19, S. 4454f. sowie *Barros/Simões*, Health Systems in Transition, S. 101f.

IV. System zum Schutz der Familie

Bis zum Jahr 2000 bildete das System zum Schutz der Familie kein eigenständiges System,⁶³¹ vielmehr waren Familienleistungen sowohl im Vorsorgesystem⁶³² als auch im nicht-beitragsfinanzierten System⁶³³ vorgesehen. Da aber die Familienleistungen zunehmend den Charakter einer universellen Leistung aufwiesen,⁶³⁴ wurde schließlich die Eigenständigkeit dieser Leistungen durch die Schaffung des Untersystems zum Schutz der Familie auch nach außen dokumentiert.⁶³⁵ Allerdings wurden zusammen mit der systematischen Neuausrichtung nicht zugleich die Voraussetzungen der jeweiligen Leistungen geändert, weshalb diese zunächst weiterhin die Eingliederung in das Vorsorgesystem bzw. die Bedürftigkeit im Sinne des nicht-beitragsfinanzierten Systems erforderten. Im Jahr 2003 erfolgte schließlich eine Neufassung der gesetzlichen Grundlage des Familiengeldes (*abono de família*) und der Beerdigungsunterstützung (*subsídio de funeral*) und damit eine Abschaffung der bereichsspezifischen Voraussetzungen. Die anderen Leistungen des Systems zum Schutz der Familie werden hingegen weiterhin auf Grundlage unterschiedlicher Voraussetzungen vergeben.⁶³⁶ Das System zum Schutz der Familien umfasst damit zum jetzigen Zeitpunkt einerseits zwei, in finanzieller Hinsicht dominierende,⁶³⁷ universelle Leistungen in Gestalt des Familiengeldes⁶³⁸

631 Gem. Art. 10 Abs. 1f. LBSS in seiner ursprünglichen Fassung, Lei 28/84, DR I série N°188, 1984-08-14, S. 2502, unterteilte sich das Gesamtsystem in das allgemeine Vorsorgesystem, das nicht-beitragsfinanzierte System und das System des sozialen Eingreifens. Familienleistungen waren sowohl im Vorsorgesystem als auch im nicht-beitragsfinanzierten System vorgesehen.

632 Rechtsgrundlage der Familienleistungen war insoweit DL 133-B/97, DR I série-A N°124, 1997-05-30, S. 2624-(7) – 2624-(18), zuletzt geändert durch DL 250/2001, DR I série-A N°220, 2001-09-21, S. 6012f. Ebenso anspruchsberechtigt wie die im allgemeinen Vorsorgesystem versicherten Personen waren insoweit auch stets die Beamten.

633 Die Familienleistungen des nicht-beitragsfinanzierten Systems beruhten auf Art. 2 Abs. 1 DL 160/80, DR I série N°122, 1980-05-27, S. 1186.

634 Vgl. zum universellen Charakter insbesondere des Familiengeldes (*abono de família*) Neves, Dicionário técnico e jurídico, S. 33, *ders.*, Lei de Bases da Segurança Social, S. 34. Das Familiengeld wurde bereits in den 40er Jahren eingeführt und bis Ende der 70er Jahre auch für unterhaltsberechtigte aufsteigend Verwandte gewährt. Vgl. Art. 3 DL 197/77, DR I série N°114, 1977-05-17, S. 1086, Art. 1 DL 180-D/78, DR I série N°161, 1978-07-15, S. 1314-(6).

635 Eingeführt wurde die neue Struktur durch Art. 23 LBSS in seiner Fassung des Jahres 2000, Lei 17/2000, DR I série-A N°182, 2000-08-08, S. 3815. Doch auch das folgende und das aktuelle Rahmengesetz behielten diese Aufteilung bei, vgl. Art. 28 LBSS.

636 Gem. Art. 56 DL 176/2003, DR I série-A N°177, 2003-08-02, S. 4604, zuletzt geändert durch DL 87/2008, DR 1^a série N°102, 2008-05-28, S. 2997f., treten nur diejenigen Teile der bestehenden Rechtsgrundlage außer Kraft, die die neu geregelten Bereiche betreffen.

637 Mit knapp 1,7 Millionen Anspruchsberechtigten erreicht das Familiengeld eine deutlich höhere Verbreitung als etwa die Behindertenunterstützung auf Lebenszeit mit etwa 11.000 Anspruchsberechtigten. Auch der finanzielle Aufwand für die beiden Leistungen unterscheidet sich mit etwa 50 Mio. € monatlich gegenüber etwa 2 Mio. € monatlich erheblich, vgl. Instituto de informática, Estatísticas da Segurança Social, S. 19.

638 Zwar ist die Höhe des Familiengeldes einkommensabhängig, weshalb ab einer bestimmten Einkommenshöhe der Anspruch entfällt, da aber diese Regelung lediglich die Leistungshöhe und nicht