



Bundesversicherungsamt

Tätigkeitsbericht 2005



Herausgeber:

Bundesversicherungsamt
Öffentlichkeitsarbeit
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn
Telefon (02 28) 6 19 - 0
Telefax (02 28) 6 19 - 18 80



Vorwort

Der Tätigkeitsbericht für das Berichtsjahr 2008 belegt eindrucksvoll, dass das Bundesversicherungsamt in der Lage ist, auch größte Herausforderungen effizient und auf höchstem fachlichen Niveau zu bewältigen.

Naturgemäß stand das Jahr 2008 ganz im Zeichen der Vorarbeiten zur Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009. Für dieses große Projekt mussten die entscheidenden Weichen gestellt werden:

Krankheitenliste und Klassifikationsmodell für den Morbi-RSA, Organisation und technische Vorbereitung des Auszahlungsverfahrens, Schaffung einer leistungsfähigen und sicheren EDV zur Erfassung der Morbiditäten und zur Ermittlung der Pauschalen; jede dieser Aufgaben war für sich genommen schon eine Herkulesaufgabe. Wir mussten sie alle nebeneinander und gleichzeitig bewältigen. Nicht wenige haben öffentlich ein Scheitern vorhergesagt, weil die Aufgabenstellungen fachlich und technisch zu komplex seien. Darauf, dass wir es trotz aller Negativprognosen trotzdem geschafft haben, können wir stolz sein.

Seit dem 1. Januar 2009 laufen Auszahlungsverfahren und Morbi-RSA völlig geräusch- und reibungslos, selbst die heftigsten Kritiker räumen dies ein. Das ist das Optimum dessen, was wir erreichen konnten.

Gelungen ist dies durch eine beispiellose Kraftanstrengung aller Organisationseinheiten des Hauses, die ohne Ausnahme entweder unmittelbar oder mittelbar in dieses große Projekt eingebunden waren.

Alle haben fachlich oder/ und personell mit an der Bewältigung der Herausforderung gearbeitet und daneben ohne Qualitätseinbußen auch noch das „normale Geschäft“ erledigt. Hier hat es keine Abstriche gegeben, auf hohem Niveau haben die Abteilungen ihre Aufgaben erfüllt: auch das belegt der Tätigkeitsbericht.

Der Schlüssel zum Erfolg waren fachliche Kompetenz und unbedingter Einsatzwille aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die gemeinsam an einem Strick gezogen und klaglos Mehrarbeit geleistet haben.

Dies war keineswegs auf Führungskräfte beschränkt: angefangen von Registratur und Botendienst über die Kanzleien bis hin zu den Fachreferaten und Abteilungsleitungen.

Jeder war zu weit mehr als 100 Prozent gefordert und alle haben ihren Beitrag geleistet. Dafür bedanke ich mich bei allen Kolleginnen und Kollegen und bin überzeugt, dass wir gemeinsam die ordnungsgemäße Aufgabenwahrnehmung auch im laufenden Jahr ohne Wenn und Aber gewährleisten werden.

A handwritten signature in brown ink, appearing to read 'J. Hecken', with a long, sweeping underline.

Josef Hecken
Präsident des Bundesversicherungsamtes

I.	ALLGEMEINER TEIL	11
1.	MORBI- RSA UND GESUNDHEITSFONDS: VOM GUTACHTEN DES WISSENSCHAFTLICHEN BEIRATS BIS ZUM BESCHIED AN DIE KRANKENKASSEN UND DIE VERWALTUNG DES SONDERVERMÖGENS	11
	• Übersicht	11
	• Verwaltung des Gesundheitsfonds	11
	• Ermittlung der Zuweisungen - Vom Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats bis zum Bescheid an die Krankenkassen	12
2.	WEITERE REFORMEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG	17
	• Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen	17
	• Änderung der aufsichtsrechtlichen Handlungsinstrumente in der wirtschaftlichen Krise einer Krankenkasse	18
	• Einführung von Altersrückstellungen nach § 171e SGB V	20
	• Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung nach § 77 Abs. 1a SGB IV	20
3.	MODERNISIERUNG DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG	23
	• Änderungen im Vermögensrecht	23
	• Neuorganisation im Trägerbereich	24
	• Änderungen in der Lastenverteilung	24
4.	SOZIALVERSICHERUNG UND FINANZMARKTKRISE	29
	• Insolvenz der Lehman Brothers Bankhaus AG	29
	• Pressekonferenz des Bundesversicherungsamtes am 29. Oktober 2008	29
	• Anlagevorschriften für die Sozialversicherung	30
	• Überwachung der Geldanlagen	31
II.	FACHTHEMEN	35
1.	KRANKENVERSICHERUNG	35
1.1	Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung	35
1.2	Eingabenstatistik	37

1.3 Aufsicht bei Krankenkassen	37
• Beitragseinzug	37
• Hausarztzentrierte Versorgung	40
• Fragen zu § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V	40
• FSME-Impfung bei Urlaub in gefährdeten Gebieten	43
• Verlängerung der Familienversicherung bei freiwilligen sozialem Jahr oder anderem Dienst im Ausland	44
• Kosten des Rettungsdienstes, wenn letztlich kein Transport erfolgt	45
• Ausschreibung der Verträge nach § 127 SGB V, z. B. Inkontinenzartikel, orthopädische Schuhe	46
• Präventionsausgaben und Werbebudgetüberschreitungen	46
• Werbeverhalten	47
1.4 Satzungsrecht	47
1.5 Strukturierte Behandlungsprogramme	49
2. PFLEGEVERSICHERUNG	55
2.1 Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung	55
• Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung	56
• Entwicklung des Mittelbestandes	56
2.2 Eingabenstatistik	56
2.3 Aufsicht bei Pflegekassen	57
• Abgrenzung der Leistungspflicht für Hilfsmittel zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung	57
3. UNFALLVERSICHERUNG	61
3.1 Finanzen der Gesetzlichen Unfallversicherung	61
• Regelung der internen Lastenverteilung nach § 118 Abs. 4 SGB VII i.d.F. des UVMG	61
• Berücksichtigung von Beiträgen zur gemeinsamen Tragung der Rentenlasten nach § 178 Abs. 2 und 3 SGB VII i.d.F. des UVMG	62
• Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften	63
3.2 Eingabenstatistik	64
3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten	64
• Gefahrtarifangelegenheiten	64
• Genehmigungsfähigkeit von Satzungsbestimmungen mit dem Inhalt eines Kündigungs-/Ablehnungsrechts bzgl. der Zusatzversicherung durch den Versicherungsträger	66

• Satzungsänderung bei fusionierten Trägern	67
• Wegfall der Lohnnachweise nach dem UVMG	68
• Gewährung von Verletztengeld in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung aufgrund der Änderungen durch das LSMVG	69
3.4 Aufsichtsprüfungen	70
• Kraftfahrzeughilfe	70
• Rentenanpassungen bei Gesamtvergütungen (§ 75 SGB VII)	70
• Abfindung	71
• Pflegegeld	71
• Eintritt des Versicherungsfalles bei Berufskrankheiten	72
4. RENTENVERSICHERUNG	77
4.1 Finanzentwicklung in der Rentenversicherung	77
4.2 Eingabenstatistik	78
4.3 Einzelfälle	78
• Rente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit	78
• Keine Irreführenden Informationen	79
• Rente wegen Erwerbsminderung: Vorzeitige Erfüllung der Wartezeit	79
• Rente wegen Erwerbsminderung: Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch	80
• Nachversicherung und die Einrede der Verjährung	80
4.4 Grundsatzfragen	81
• Abschläge bei der Erwerbsminderungsrente	81
• Überschreitung von Hinzuverdienstgrenzen	82
• Bewertung von Ausbildungszeiten	83
• Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze	83
• Anhörung vor Erlass eines Aussparungsbescheides	84
• Berücksichtigung von Jahresendprämien	85
• Nachträgliche Einbeziehung in ein Zusatzversorgungssystem aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts	86
• Bestimmtheit von Rehabilitationsbescheiden	87
4.5 Aufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Bund, soweit sie Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung wahrnimmt	87
• Rücknahme von rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsakten im Bereich der Rentenversicherung; hier: § 100 Abs. 4 SGB VI	87
• Zahlbetrag der Rente; Änderung eines Rundschreibens der Spitzenverbände	88
• Gründungszuschuss nach § 33 Absatz 3 Nr. 5 SGB IX	89
4.6 Aufsichtsprüfungen	90
• Prüfung von Altersrenten	90

• Prüfung von Rentenleistungen bei ausgesetztem Versorgungsausgleich im Beitrittsgebiet	93
• Widerspruchsverfahren	93
• Feststellung der Versicherungspflicht	94
• Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen	95
• Statusfeststellungsverfahren	95
• Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen	95
4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht	96
• Internationale Kontakte / Konferenzen	96
5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	99
5.1 Gerichtsverfahren / Statistik	99
• Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und des Arbeitsgerichtsgesetzes	99
• Rechtsstreite 2008	99
• Strafanzeigen / Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaften	100
5.2 Selbstverwaltung	101
• Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane nach Vereinigungen der Unfallversicherungsträger / Berufung der Mitglieder der Organe durch das Bundesversicherungsamt	101
• Zusammensetzung des Verwaltungsrates bei kassenartübergreifenden Fusionen nach § 171a SGB V	102
• Berichte der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197 a SGB V	103
• hier: 2. Berichtszeitraum 2006-2007	103
5.3 Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung	104
• Aktuelle Genehmigungspraxis des BVA betreffend die Stellenpläne der gewerblichen Berufgenossenschaften im Rahmen von Vereinigungen	104
• Strukturreform der landwirtschaftlichen Sozialversicherung - Errichtung des Spitzenverbandes	105
• Vorstandsvergütung bei den gesetzlichen Krankenkassen - Prüfmitteilung des Bundesrechnungshofes	106
5.4 Organisation – Datenverarbeitung	108
• Übermittlung von Sozialdaten einer Krankenkasse im Rahmen einer Aufgabenübertragung auf einen externen Dienstleister ohne Einwilligung der Betroffenen	108
• Erhebung von Daten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich durch Krankenkassen bei Ärzten	108
5.5 Allgemeines Aufsichtsrecht	109
• Outsourcing / Einzug Zusatzbeitrag	109

•	Zuständigkeit für Schornsteinfegerversorgungsanstalt	110
5.6	Vermögenswirtschaft	110
•	Genehmigungen und Anzeigen von Vermögensanlagen	110
6.	RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH	115
6.1	Allgemeines/Verfahren	115
•	Verfahren bis einschließlich 2008	115
6.2	Jahresausgleich 2007	116
•	DMP im Jahresausgleich 2007	116
6.3	Monatliches Verfahren, Zwischenausgleich, pauschale Abgeltung gem. § 221 SGB V	117
•	Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV	117
•	Abgeltung für die Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen	118
6.4	Risikopool	118
7.	PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG	121
7.1	Statistik des PDK / PDL	121
7.2	Neustrukturierung der Arbeit des Prüfdienstes Krankenversicherung	121
7.3	Aus dem Prüfgeschäft	123
•	Finanzen	123
•	Kassensicherheit	124
•	Personal und Verwaltung	125
•	Mitgliedschaft und Beiträge	127
•	Leistungen	127
•	DRG-Prüfungen	130
•	Pflegeversicherung	131
•	Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL)	132
7.4	Prüfungen nach § 15a RSAV	133
7.5	RSA-Prüfungen Risikopool	134
7.6	Ausblick	134
8.	ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSBILDUNGSGESETZ (BBIG)	137
8.1	Ausbildungsplatzsituation	137

8.2 Ausbildungsberatung	139
8.3 Prüfungen	141
9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN, NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG	145
• Ergebnisse der Laufbahnprüfungen	145
10. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE	149
III. ANHANG	151

TABELLEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

ÜBERSICHT DMP PRÜFUNGEN

ÜBERSICHT AUFSICHTSPRÜFUNGEN

**ÜBERSICHT DER BUNDESUNMITTELBAREN TRÄGER, VERBÄNDE
UND EINRICHTUNGEN DER SOZIALVERSICHERUNG**

ORGANISATIONSPLAN DES BVA (Stand: 31.12.2008)

I. ALLGEMEINER TEIL

1. MORBI- RSA UND GESUNDHEITSFONDS: VOM GUTACHTEN DES WISSENSCHAFTLICHEN BEIRATS BIS ZUM BESCHIED AN DIE KRANKENKASSEN UND DIE VERWALTUNG DES SONDERVERMÖGENS

I. ALLGEMEINER TEIL

1. MORBI- RSA UND GESUNDHEITSFONDS: VOM GUTACHTEN DES WISSENSCHAFTLICHEN BEIRATS BIS ZUM BESCHIED AN DIE KRANKENKASSEN UND DIE VERWALTUNG DES SONDERVERMÖGENS

Übersicht

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit dem 1. Januar 2009 neu geregelt. So werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen Beitragsatzes erhoben. Sie werden nicht mehr von den Krankenkassen, sondern vom Bundesversicherungsamt als Sondervermögen, dem Gesundheitsfonds, verwaltet. Die Krankenkassen bleiben weiterhin zuständig für den Einzug der Beiträge. Sie erhalten zur Finanzierung ihrer Ausgaben Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und müssen, falls diese nicht ausreichen, Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben. Erzielen sie dagegen Überschüsse, können sie Prämien auszahlen.

Nach der Definition des Gesetzes ist der Gesundheitsfonds das beim Bundesversicherungsamt verwaltete Sondervermögen. Nach allgemeinem Verständnis werden jedoch auch die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und die Berechnung der Zuweisungen sowie die Festsetzung eines einheitlichen Beitragsatzes als Bestandteile des Gesundheitsfonds verstanden. Dabei ist die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich seit dem Jahr 2001 gesetzlich vorgesehen.

Das Jahr 2008 war intensiv von den Vorbereitungen zur Einrichtung des Gesundheitsfonds im Bundesversicherungsamt geprägt. Er wird von den mit der Durchführung des bisherigen Risikostrukturausgleichs (RSA) betrauten Referate umgesetzt (vgl. Kapitel 6). Die Arbeiten fanden parallel in zwei Arbeitsschwerpunkten statt:

Verwaltung des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds finanziert sich aus den von den Einzugsstellen eingezogenen Beiträgen, den Beiträgen von anderen Trägern und den Bundesmitteln. Zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds gehören auch die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge. Der Gesundheitsfonds hat eine Liquiditätsreserve zu bilden, um monatliche Einnahmenschwankungen ausgleichen zu können.

Im Jahr 2008 wurden vom Bundesversicherungsamt mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie den Trägern, die in den Gesundheitsfonds einzahlen, die erforderlichen Regelungen über die Abführung und den Nachweis der Beiträge vereinbart. Vieles war bereits im geltenden Beitragsrecht verankert, bedurfte gleichwohl zahlreicher Änderungen und Ergänzungen, um in den Abrechnungsunterlagen die Neuregelung der Finanzströme abbilden zu können.

Für die Verwaltung der Mittel und die Auszahlung der Zuweisungen hat das Bundesversicherungsamt entsprechende Strukturen aufgebaut. Dabei konnte auf die gewonnenen Erfahrungen aus der Verwaltung des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zurückgegriffen werden. Zusätzlich galt es, neue buchhalterische Aufgaben zu bewältigen.

Ermittlung der Zuweisungen - Vom Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats bis zum Bescheid an die Krankenkassen

Alle gesetzlichen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Finanzierung ihrer Ausgaben Zuweisungen. Dabei ist zwischen

- Zuweisungen zur Deckung von Pflichtleistungen einer Krankenkasse,
- Zuweisungen für Satzungs- und Mehrleistungen,
- Zuweisungen für Aufwendungen zur Entwicklung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme und
- Zuweisungen zur Deckung von Verwaltungskosten

zu unterscheiden. Die Zuweisungen für Pflichtleistungen werden dabei durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich angepasst, um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen:

Der Gesetzgeber hatte deshalb zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vorgesehen. Das bisherige Finanzausgleichsverfahren, das im Wesent-

lichen auf den Merkmalen Alter und Geschlecht der Versicherten basierte, war nicht in der Lage, den aus der Krankheitslast resultierenden Versorgungsbedarf der Krankenkassen richtig einzuschätzen. Daher wird der bisherige Risikostrukturausgleich mit den Merkmalen Alter, Geschlecht und dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente ab 2009 um Morbiditätszuschläge für 80 Krankheiten ergänzt. Die Morbidität der Versicherten wird dabei auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelverordnungen/-wirkstoffen erfasst.

Diese Veränderung der Verteilungskriterien, insbesondere auch das vom Gesetzgeber vorgeschriebene Verfahren der Zuweisung einer Grundpauschale und folgender Anpassung durch ein System von Zu- und Abschlägen erforderten im Jahr 2008 umfangreiche Vorarbeiten. Hierzu zählen u.a. Datenlieferungsvereinbarungen, Datenimporte, Plausibilitätsprüfungen, Validierungen, Anhörungen, Berechnungen, Krankheitsauswahl, Festlegungen, Bekanntmachungen, Entwicklung von Bescheidungsstrukturen und Vorabinformationen.

Im folgenden soll ein kurzer Überblick der Meilensteine auf dem Weg bis zur Bescheiderteilung gegeben werden:

10. Januar 2008: Vorlage des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Das Gutachten unterstützte das Bundesversicherungsamt bei der Entscheidung über die Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten.

27. März 2008: Einleitung der Anhörung zur Festlegung der im morbiditätsorientierten RSA zu berücksichtigen Krankheiten, auf Grundlage des Gutachtens und der dazu eingegangenen Stellungnahmen.

13. Mai 2008: Bekanntgabe der im morbiditätsorientierten RSA zu berücksichtigenden Krankheiten. Die Entscheidung traf das Bundesversicherungsamt auf Grundlage des Gutachtens und der dazu im Anhörungsverfahren eingegangenen Stellungnahmen.

29. Mai 2008: Einleitung der Anhörung zur Festlegung des Klassifikationssystems, das für die Zuordnung von Versicherten zu den Risikogruppen entscheidend ist.

2. Juni 2008: Vereinbarung zur Datenerhebung nach § 30 Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV), insbesondere zur Stichprobenauswahl, Pseudonymisierung, Meldeverfahren und Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen sowie zur Umsetzung der Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds nach § 34 RSAV

15. Juni 2008: Liefertermin der Korrekturmeldung 2006 an das Bundesversicherungsamt. Zu liefern waren die Versichertenstammdaten, die Daten der Arzneimittelversorgung, die Diagnosen der Krankenhausversorgung sowie der ambulanten ärztlichen Versorgung für das Berichtsjahr 2006 als Korrekturmeldung.

3. Juli 2008: Bekanntgabe des Versichertenklassifikationsmodells, des Zuordnungsalgorithmus der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Risikozuschläge

4. Juli 2008: Bekanntgabe des Konzeptes für das Fehlerverfahren und Datenbereinigung der von den Krankenkassen über die

Spitzenverbände an das Bundesversicherungsamt gelieferten Daten.

15. August 2008: Termin der Datenlieferung 2007 an das Bundesversicherungsamt. Zu liefern waren die Versichertenstammdaten, die Daten der Arzneimittelversorgung, die Diagnosen der Krankenhausversorgung, die Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung und die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für das Berichtsjahr 2007.

1. Oktober 2008: Nach vorangegangener Anhörung einer Expertenrunde fand eine zweitägige Sitzung des Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt statt, der eine Empfehlung für den von der Bundesregierung festzulegenden einheitlichen Beitragssatz abgab.

14. November 2008: Die 1. Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds durch das Bundesversicherungsamt enthielt sämtliche Berechnungswerte für das Abschlagsverfahren 2009 insbesondere die monatliche Grundpauschale, Alters- und Geschlechtszu- und -abschläge, Krankheitszuschläge, Zuschläge für das Krankengeld, standardisierte Verwaltungsaufwendungen sowie standardisierte Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen je Versicherten.

14. November 2008: Damit die Krankenkassen ihre Haushaltspläne aufstellen können, wurde jede Krankenkassen in einer Vorabinformation über die für sie ermittelten kassenindividuellen Werte, die ab 1. Januar 2009 als Grundlage für die Berechnung der monatlichen Zuweisungen dienen, unterrichtet.

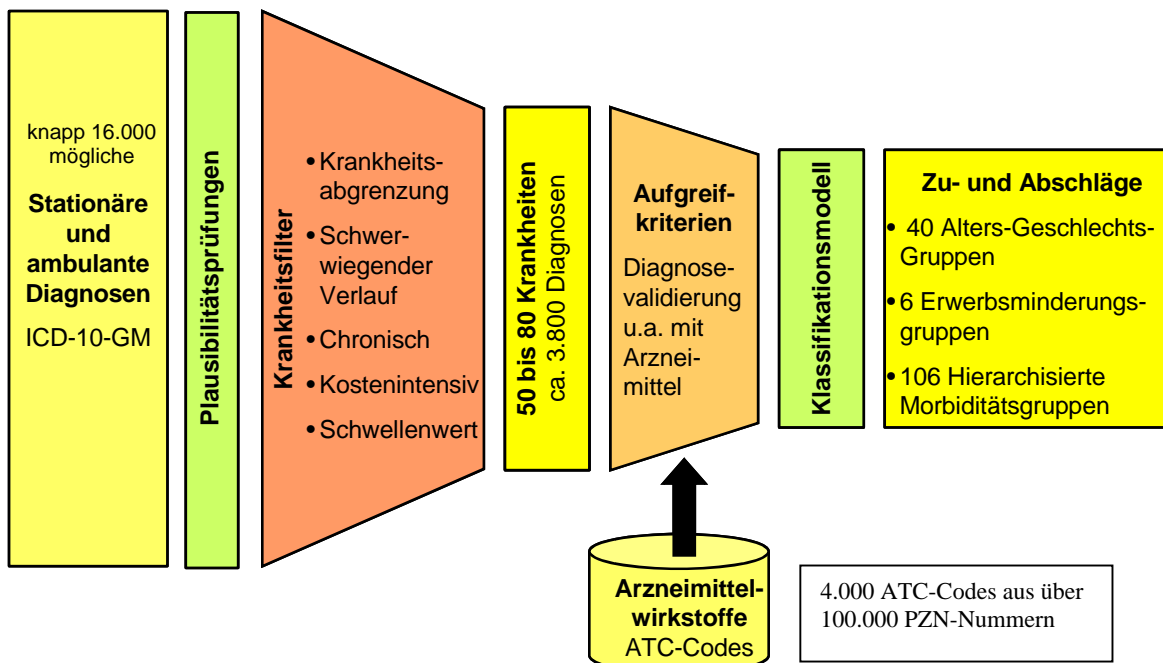
1. Januar 2009: Grundlagenbescheide sowie Zuweisungsbescheide für Januar 2009 wurden fristgerecht an die Krankenkassen versandt.

Bereits Mitte November 2008 hatte das Bundesversicherungsamt die Rechnungsgrößen für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2009 bekannt gegeben. Diese Größen umfassten sowohl die Grundpauschale in Höhe von knapp 186 Euro, als auch die alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschläge. Während die Zu- und Abschläge für die monatlichen Abschläge im Jahr 2009 ihre Gültigkeit haben und erst im Schlussausgleich für das Jahr 2009 im Herbst 2010 abschließend ermittelt werden, bleibt die Grundpauschale auch im Schlussausgleich unveränderlich.

Damit garantiert der Gesundheitsfonds die absolute Höhe der Zuweisungen unabhängig von der konjunkturbedingten Einnahmesituation des Gesundheitsfonds.

Die Arbeiten im Bundesversicherungsamt zur Umsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bedurften in 2008 des Imports von knapp 5 Milliarden Datensätzen, die eine Speicherkapazität der Datenbank allein für Datenimporte von über 317 Gigabyte erforderten.

Eine ausführliche Beschreibung der Funktionsweise des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im Gesundheitsfonds wird späteren Tätigkeitsberichten vorbehalten sein. Detaillierte Informationen sind bereits jetzt auf der Homepage www.bva.de unter >Risikostrukturausgleich verfügbar.



(Exemplarisch für die vielfältigen Prüf- und Berechnungsverfahren im Bundesversicherungsamt soll diese Abbildung den Weg von der Diagnose bis zum Zuschlag im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich veranschaulichen)

2. WEITERE REFORMEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

2. WEITERE REFORMEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Besonders prägend für die Tätigkeit des Bundesversicherungsamtes im Jahr 2008 waren die Begleitung und die praktische Umsetzung verschiedener Gesetzgebungsvorhaben aus dem Bereich der Krankenversicherung.

Aufgrund seiner vielfältigen praktischen Erfahrungen als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Krankenkassen und als Durchführungsbehörde für den Risikostrukturausgleich ist das Bundesversicherungsamt in vielfältiger Weise in das im Jahre 2008 durchgeführte Gesetzgebungsverfahren zum GKV-OrgWG eingebunden worden. Das Bundesversicherungsamt hat zahlreiche Vorschläge zur Änderung gesetzlicher Vorschriften an die Bundesregierung herangetragen, die auch in wesentlichen Teilen vom Gesetzgeber übernommen worden sind.

Im Rahmen des v. g. Gesetzgebungsverfahrens wurde insbesondere darauf hingewirkt, dass die beabsichtigten Regelungen über die Einführung des Insolvenzrechtes den besonderen Erfordernissen des Rechtes der Gesetzlichen Krankenversicherung angepasst wurden. In diesem Zusammenhang hat das Bundesversicherungsamt Vorschläge unterbreitet, um ausreichende aufsichtsrechtliche Befugnisse zu sichern, damit rechtzeitig wirtschaftliche Probleme von Krankenkassen erkannt werden und die notwendigen Konsequenzen der etwaigen Zahlungsunfähigkeit einer Krankenkasse möglichst geringe Folgen für Versicherte, Leistungserbringer und das GKV-System nach sich ziehen.

Eine weitere wesentliche Forderung des Bundesversicherungsamtes bestand darin,

Insolvenz und Schließung im Rahmen des Schutzes der Leistungen der Betrieblichen Altersversorgung gleichzustellen. Zukünftig werden die Leistungen aller Krankenkassen im Bereich der betrieblichen Altersversorgung im Insolvenzfall durch den Pensions-Sicherungs-Verein nach den Regelungen des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz - BetrAVG) geschützt. Die Krankenkassen finanzieren diese vom Pensions-Sicherungs-Verein durchgeführte Versicherung durch Beiträge. Eine Eintrittspflicht dieses Vereins für den – im Verhältnis zur Insolvenz – voraussichtlich praktisch relevanteren Fall der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde ist jedoch nicht vorgesehen. Mit der daraus resultierenden Forderung, im Rahmen der Eintrittspflicht nach dem BetrAVG die Schließung der Insolvenz gleichzustellen, konnte sich das Bundesversicherungsamt allerdings nicht durchsetzen.

Nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens wirken sich die Rechtsänderungen für das Bundesversicherungsamt wie folgt aus:

Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen

Bereits im GKV-WSG vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) war die Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen vorgesehen. Zu deren Vorbereitung regelte das GKV-WSG, dass die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2010 einen Kapitalstock zur Absicherung ihrer Verpflichtungen aus Versorgungszusagen bilden. Zugleich wurde bestimmt, dass der Zeitpunkt, von dem

an die Insolvenzordnung für alle Krankenkassen gelten soll, durch ein weiteres Bundesgesetz normiert werden sollte.

Durch das GKV-OrgWG vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) wurde festgelegt, dass nunmehr alle Krankenkassen zum 1. Januar 2010 insolvenzfähig werden (§ 171b SGB V i. d. ab dem 1. Januar 2010 geltenden Fassung). Dies betrifft insbesondere die landesunmittelbaren Krankenkassen, da die der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterliegenden bundesunmittelbaren Krankenkassen nach dem bisher geltenden Recht insolvenzfähig waren und sind.

Korrespondierend hat der Gesetzgeber geregelt, dass die Bundesländer aus ihrer bislang bestehenden Gewährträgerhaftung für die Verpflichtungen der Altersversorgung entlassen werden (§ 171c SGB V).

Neben der Schließung kommt somit als weitere rechtliche Möglichkeit der Abwicklung einer nicht mehr leistungsfähigen Krankenkasse die Einleitung des Insolvenzverfahrens in Betracht.

§ 171b Abs. 2 Satz 1 SGB V erweitert den Kreis der Informationspflichten durch eine Anzeigepflicht des Vorstands für den Fall der (drohenden) Zahlungsunfähigkeit bzw. Überschuldung. Das ausschließliche Insolvenzantragsrecht wird sodann der Aufsichtsbehörde zugewiesen (§ 171b Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Neben die nur als Ultima Ratio zulässige Schließung tritt somit ab dem 1. Januar 2010 die Möglichkeit der Stellung eines Insolvenzantrages. Allerdings konstituiert § 171b Abs. 3 Satz 2 SGB V einen generellen Vorrang des Schließungsrechts vor dem Insolvenzverfahren. Wenn zugleich

mit den Voraussetzungen für einen Insolvenzantrag die Tatbestandsvoraussetzungen einer Schließung vorliegen, „soll“ die Aufsichtsbehörde die Krankenkasse schließen. Der Gesetzgeber geht somit davon aus, dass die Schließung der gesetzliche Regelfall ist. Das GKV-OrgWG trifft dabei umfassende Regelungen, um das Insolvenzrecht den Besonderheiten des GKV-Systems anzupassen.

Änderung der aufsichtsrechtlichen Handlungsinstrumente in der wirtschaftlichen Krise einer Krankenkasse

Ergänzend zur Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen hat der Gesetzgeber im GKV-OrgWG bzw. GKV-WSG erhebliche Änderungen der aufsichtsrechtlichen Handlungsinstrumente in der wirtschaftlichen Krise einer Krankenkasse vorgesehen, die stufenweise zum 1. Januar 2009 sowie zum 1. Januar 2010 in Kraft treten.

Nach der zum 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Rechtslage gilt insoweit Folgendes:

- **Informationspflichten**
Sofern dem GKV-Spitzenverband Informationen darüber vorliegen, dass eine Krankenkasse in wirtschaftliche Schwierigkeiten gerät, ist er dazu verpflichtet, dies der zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Hierdurch soll ein Frühwarnsystem über Haftungsrisiken entstehen.
- **Anordnung eines Zusatzbeitrags nach § 242 Abs. 3 SGB V**
Die Krankenkassen haben im Falle eines nicht durch Zuweisungen ge-

deckten Mittelmehrbedarfs einen Zusatzbeitrag von bis zu einem Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds zu erheben.

- **Finanzielle Hilfen durch das GKV-System**

Insbesondere zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit bzw. zur Vermeidung von Haftungsfällen können die Krankenkassen Verträge über freiwillige finanzielle Hilfen abschließen (§ 265b SGB V). Die Aufsichtsbehörde wird durch das Erfordernis der Genehmigung der Verträge in dieses Verfahren einbezogen.

§ 265a SGB V bestimmt zudem, dass die Satzung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 31. März 2009 Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen vorzusehen hat, die Fusionen von Krankenkassen ermöglichen sollen, um Haftungsrisiken zu vermeiden. In soweit besteht ein ausschließliches Recht der Aufsichtsbehörde, entsprechende Hilfen beim GKV-Spitzenverband zu beantragen.

- **Fusion durch Ersatzvornahme bei entsprechender Übernahmebereitschaft (Rettungsfusion)**

§ 172 Abs. 3 SGB V ergänzt die vorstehend beschriebenen Bestimmungen über die Gewährung verbandsinterner finanzieller Hilfen zur Ermöglichung von Fusionen durch die Regelung einer Befugnis der Aufsichtsbehörde, die Vereinigung einer Krankenkasse mit einer gefährdeten Krankenkasse anzuordnen, ggf. auch gegen den Willen der gefährdeten Krankenkasse an.

- **Erweiterung der aufsichtsrechtlichen Handlungsinstrumente ab dem 1. Januar 2010**

Die dargelegten Handlungsmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden bei gefährdeten Krankenkassen gelten auch nach dem 1. Januar 2010 weiter. Hinzu kommt die Änderung der Vorschriften über die Rechnungslegung der Krankenkassen (§§ 77 ff. SGB IV), welche die Transparenz in Bezug auf die finanzielle Situation der Kassen verbessern sollen.

Ab dem 1. Januar 2010 sind ferner die oben dargelegten Regelungen über die umfassende Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen (§ 171b, §§ 171d ff. SGB V) zu berücksichtigen.

Neben der Schließung kommt somit als weitere rechtliche Möglichkeit der Abwicklung einer nicht mehr leistungsfähigen Krankenkasse die Einleitung des Insolvenzverfahrens in Betracht.

§ 171b Abs. 2 Satz 1 SGB V erweitert den Kreis der Informationspflichten durch eine Anzeigepflicht des Vorstands für den Fall der (drohenden) Zahlungsunfähigkeit bzw. Überschuldung. Das ausschließliche Insolvenzantragsrecht wird sodann der Aufsichtsbehörde zugewiesen (§ 171b Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Neben die nur als Ultima Ratio zulässige Schließung tritt somit ab dem 1. Januar 2010 die Möglichkeit der Stellung eines Insolvenzantrages. Allerdings konstituiert § 171b Abs. 3 Satz 2 SGB V einen generel-

len Vorrang des Schließungsrechts vor dem Insolvenzverfahren. Wenn zugleich mit den Voraussetzungen für einen Insolvenzantrag die Tatbestandsvoraussetzungen einer Schließung vorliegen, „soll“ die Aufsichtsbehörde die Krankenkasse schließen. Der Gesetzgeber geht somit davon aus, dass die Schließung der gesetzliche Regelfall ist.

Einführung von Altersrückstellungen nach § 171e SGB V

Im Tätigkeitsbericht 2007 hatte das Bundesversicherungsamt bereits auf die bestehenden Deckungslücken als Differenz zwischen dem auf versicherungsmathematischer Grundlage ermittelten Rückstellungsbedarf für Altersvorsorgeverpflichtungen und dem gebildeten Deckungskapital in der gesetzlichen Krankenversicherung hingewiesen.

Für die gesetzlichen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen bestimmt § 171e SGB V i. d. F. d. GKV-OrgWG den Aufbau von Altersrückstellungen und Deckungskapital ab 2010. Die Krankenkassen, die entsprechende Zusagen erteilt haben, werden nunmehr verpflichtet, bis 2049 Kapital zur Abdeckung der Altersvorsorgezusagen anzusparen, das ausschließlich zur Finanzierung dieser Alterslasten verwendet werden darf. Kurzfristig entsteht zwar dadurch für die Versicherten eine Mehrbelastung, mittel- und langfristig profitieren sie jedoch vom Kapitalaufbau.

Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung nach § 77 Abs. 1a SGB IV

Bislang waren die Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung

(GoB) lediglich in § 10 der Sozialversicherungsrechnungsverordnung (SVRV) allgemein normiert. Die nunmehr erfolgte Einzelauflistung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung in § 77 Absatz 1a SGB IV i. d. F. d. GKV-OrgWG war, nicht zuletzt im Hinblick auf das Risiko der Insolvenz, dringend geboten.

Von zentraler Bedeutung, insbesondere im Hinblick auf die Wettbewerbsorientierung der gesetzlichen Krankenversicherung, sind das Prinzip der periodengerechten Abgrenzung und das Vorsichtsprinzip.

- Das Prinzip der periodengerechten Abgrenzung besagt, dass die Ausgaben/Aufwände und Einnahmen/Erträge eines Jahres diesem zugeordnet werden müssen. Die korrekte Zuordnung hängt mit der Frage der Erhebung eines Zusatzbeitrags zusammen. Ohne dieses Prinzip ist die Versuchung groß, die Zuordnung zeitlich zu verschieben und damit die Finanzlage besser darzustellen, als es in Wahrheit ist.
- Das Vorsichtsprinzip beinhaltet das Verbot der Vorwegnahme von Gewinnen. Erst wenn der Gewinn tatsächlich erwirtschaftet wurde, kann er auch bilanziert werden. Das Vorsichtsprinzip sagt nichts anderes aus, als dass sich der Bilanzierende vor sich selbst und vor anderen nicht reicher rechnen darf, als er tatsächlich ist. Er ist daher gehalten, vorsichtig zu bewerten und in Zweifelsfällen das Vermögen eher niedriger als höher auszuweisen.

3. MODERNISIERUNG DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG

3. MODERNISIERUNG DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG

Das Bundesversicherungsamt hatte bereits im Tätigkeitsbericht 2007 auf den Gesetzentwurf zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz - UVMG) hin-gewiesen. Es hat die Beratungen über die Reform der gesetzlichen Unfallversicherung auch im Jahr 2008 aktiv begleitet. Das UVMG ist im Bundesgesetzblatt vom 4. November 2008 verkündet worden.

Änderungen im Vermögensrecht

Die neuen Vorschriften über die Vermögensmittel der Unfallversicherungsträger, insbesondere die §§ 171 ff. SGB VII in der Fassung des UVMG, treten grundsätzlich am 1. Januar 2010 in Kraft.

Die Betriebsmittel dürfen künftig höchstens eine Jahresausgabe umfassen (bislang: bis zu zwei Jahresausgaben).

Neu ist zudem, dass die Rücklage künftig nur noch in liquiden Vermögensanlagen (Geldanlagen, Wertpapiere) angelegt werden darf und bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften eine Mindesthöhe von zwei Monatsausgaben - bezogen auf die Gesamtausgaben - aufweisen muss. Maximal dürfen vier Monatsausgaben angesammelt werden. Bislang galt ein Höchstbetrag von zwei Jahresausgaben - bezogen auf die Rentenausgaben. Der Höchstbetrag umfasste dabei auch illiquide Teile, die künftig dem Verwaltungsvermögen zugeordnet werden. Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften beträgt die Mindestrücklagenhöhe eine Monatsausga-

be und darf die Höchstgrenze zwei Monatsausgaben nicht überschreiten.

Neben den bisherigen Vermögensteilen - Betriebsmittel und Rücklage - umfassen die Mittel der Unfallversicherungsträger künftig auch das Verwaltungsvermögen. Hierdurch wird die Darstellung der Vermögensbestände transparenter und mit den anderen Sozialversicherungszweigen besser vergleichbar. Dem Verwaltungsvermögen sind u.a. betriebliche Einrichtungen, Eigenbetriebe, gemeinnützige Beteiligungen und gemeinnützige Darlehen zuzuordnen. Bei Vorhaben zum Erwerb, zur Errichtung, zur Erweiterung oder zum Umbau von Immobilien ist nach § 172b Abs. 1 Satz 2 SGB VII in der Fassung des UVMG der Gesamtbedarf aller Unfallversicherungsträger zu berücksichtigen. Hierdurch sollen bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven im Bereich der Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Bildungseinrichtungen) stärker genutzt werden. Bei den Unfall- und Berufskrankheitenkliniken soll durch Schwerpunktbildung und eine verstärkte Kooperation eine Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung der gesetzlich Unfallversicherten erreicht werden.

Ebenfalls zum Verwaltungsvermögen gehören die Mittel zur Deckung der Altersrückstellungen (sog. Pensionslasten), zu deren Bildung die Unfallversicherungsträger nach den gesetzlichen Neuregelungen verpflichtet sind. Die beiden Spitzenverbände (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. – DGUV - als Vertretung der

gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallkassen der öffentlichen Hand, sowie Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung als Vertretung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften) haben der Bundesregierung über das Bundesversicherungsamt bis Ende April 2009 ein gemeinsames Konzept zur Einführung der Altersrückstellungen vorzulegen. Dieses Konzept soll Vorschläge für Verfahren und Zuweisungshöhen der Rückstellungsverpflichtung enthalten. In den vergangenen Monaten fanden zwischen dem Bundesversicherungsamt und den beiden Spitzenverbänden bereits Abstimmungen zur Ermittlung der Höhe der Altersrückstellungen statt, auf deren Basis sich die Zuführungsbedarfe für den Aufbau des Deckungskapitals ermitteln lassen.

Neuorganisation im Trägerbereich

Nach der Neuregelung von § 222 Abs. 1 SGB VII durch das UVMG ist die Zahl der Träger der gewerblichen Unfallversicherung bis zum 31. Dezember 2009 auf neun zu reduzieren. Der DGUV wurde vorgegeben, der Bundesregierung bis zum 31. Dezember 2008 einen Bericht zum Sachstand über die Reduzierung der Trägerzahl vorzulegen. Nach Abs. 2 der Neuregelung soll der Bericht zum einen die am 31. Dezember 2008 vollzogenen Fusionen und zum anderen die Beschlüsse über weitere Fusionen und die Zeitpunkte der Umsetzung aufführen. Der entsprechende Bericht liegt seit Ende Dezember 2008 vor.

Das Bundesversicherungsamt hat die bisher durchgeführten sieben Fusionen (Stand: Februar 2009) im Rahmen seiner Mitwirkungs- und Beratungsfunktion intensiv begleitet. Danach sind derzeit noch 22 gewerbliche Berufsgenossenschaften verblieben. Nach den konkreten Fusions-

vorhaben, die dem Bundesversicherungsamt vorliegen und z.T. bereits genehmigt sind, werden im Jahr 2009 sowie Anfang 2010 drei weitere Fusionen stattfinden, durch die die Trägerzahl auf fünfzehn reduziert wird.

Nach § 224 SGB VII in der Fassung des UVMG hatten auch die bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (Unfallkasse des Bundes, Unfallkasse Post und Telekom, Eisenbahn-Unfallkasse) den zuständigen Bundesministerien für Arbeit und Soziales bzw. der Finanzen bzw. für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung bis zum 31. Dezember 2008 ein Konzept zur Neuorganisation vorzulegen. Angestrebtes Ziel - allerdings ohne Nennung eines Zeitpunkts - ist die Reduzierung auf einen Träger; sei es durch den Zusammenschluss zu einem bundesunmittelbaren Träger, sei es durch eine Zuordnung der Unfallkasse Post und Telekommunikation und der Eisenbahn-Unfallkasse in den Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die entsprechenden Stellungnahmen liegen zwischenzeitlich ebenfalls vor.

Das Bundesversicherungsamt wirkt im Rahmen seiner Zuständigkeit mit bei der Erreichung des gesetzgeberischen Ziels, das den 31. Dezember 2009 als Vollzugszeitpunkt der Fusionen politisch vorgibt. Spätere Fusionstermine werden kritisch hinterfragt und sind zu begründen. Die Entscheidung über das weitere Vorgehen und die Konsequenzen aus späteren Fusionsterminen obliegt jedoch den politischen Gremien bzw. der Bundesregierung.

Änderungen in der Lastenverteilung

Der bisher von der DGUV durchgeführte Lastenausgleich zwischen den gewerbli-

chen Berufsgenossenschaften wird schrittweise bis zum Jahr 2014 durch die vom BVA zu berechnende Lastenverteilung abgelöst. Das Bundesversicherungsamt führt die Berechnung der Lastenverteilung erstmals im Jahr 2009 für das Ausgleichsjahr 2008 durch (vgl. auch Ausführungen unter Punkt 3.1).

4. SOZIALVERSICHERUNG UND FINANZMARKTKRISE

4. SOZIALVERSICHERUNG UND FINANZMARKTKRISE

Insolvenz der Lehman Brothers Bankhaus AG

Im September 2008 erreichte mit der Insolvenz der US-Investmentbank Lehman Brothers die Finanzmarktkrise auch die Sozialversicherungsträger. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) hatte am 15. September 2008 gegenüber der Lehman Brothers Bankhaus AG, der rechtlich selbständigen deutschen Tochter der insolventen US-Investmentbank, ein Veräußerungs- und Zahlungsverbot erlassen. Außerdem hatte die BaFin der Bank untersagt, Zahlungen entgegenzunehmen, die nicht zur Tilgung von Schulden ihr gegenüber bestimmt sind („Moratorium“).

Die Einlagen (Geldanlagen) der betroffenen Sozialversicherungsträger bei der Lehman Brothers Bankhaus AG waren über den Einlagensicherungsfonds des Bundesverbandes deutscher Banken e. V. abgesichert. Geschützt durch diesen Fonds sind Kundeneinlagen (z. B. Termingelder) einschließlich der auf den Namen lautenden Sparbriefe (sogenannte Namensschuldverschreibungen). Die Sicherungsgrenze betrug 285.105.000 € je Einleger. Die betroffenen Sozialversicherungsträger hatten, den strengen Vorschriften des Sozialgesetzbuchs entsprechend, ausschließlich einlagengesicherte Anlagen getätigt. Daher konnte ein Kapitalverlust vollständig vermieden werden. Die Zahlungen aus dem Einlagensicherungsfonds erfolgten im Februar 2009. Trotz der verzögerten Auszahlung der Geldanlagen ergaben sich keine Liquiditätsprobleme für die betroffenen Sozialversicherungsträger.

Pressekonferenz des Bundesversicherungsamtes am 29. Oktober 2008

Vor dem Hintergrund der Finanzmarktkrise im Herbst 2008 wurden sowohl aus Sicht der Beitrags- und Steuerzahler als auch der Leistungsempfänger berechnete Fragen zur Sicherheit der Geldanlagen der Sozialversicherung gestellt. Der Präsident des Bundesversicherungsamtes hat deshalb in einer Pressekonferenz am 29. Oktober 2008 über die Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger informiert. Hierbei hob er aufgrund der Erfahrungen des Bundesversicherungsamtes aus seiner jahrzehntelangen Aufsichtstätigkeit hervor, dass die Geldanlagen der Sozialversicherungsträger sicher sind und dass die Sozialversicherungsträger bei ihren Einlagen verantwortungsvoll und seriös handeln. Sogenannte Geld-„Zockereien“ seien in der Sozialversicherung verboten. Oberster Grundsatz für die Geldanlagen der Sozialversicherungsträger sei: Sicherheit hat absoluten Vorrang vor Profit.

Nach den Statistiken und Zahlen des Bundesversicherungsamtes verfügten die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung zum 31. Dezember 2007 über ein liquides Geldanlagevolumen von insgesamt rund 42,7 Milliarden €. Dies entspricht 9,7 Prozent der jährlichen Gesamtausgaben der Sozialversicherungszweige.

Dieses Volumen umfasst sowohl die Geldanlagen der bundesunmittelbaren als auch die der landesunmittelbaren Sozial-

versicherungsträger. Die Anlagemittel erfassen folgende Vermögenskategorien:

- Betriebsmittel, die kurzfristig orientiert sind und mit denen grundsätzlich die laufenden Ausgaben finanziert werden.
- Rücklagemittel, die eher mittelfristig orientiert sind und zum Ausgleich unterjähriger Einnahme- und Ausgabeschwankungen vorgehalten werden, aber auch zur Beitragsatzstabilisierung dienen.
- Die Sozialversicherungsträger brauchen die Anlagen zwingend, um das „laufende Geschäft“ abwickeln zu können. Ohne diese Mittel gäbe es ein ständiges Auf und Ab bei den Beitragssätzen und Probleme bei fristgebundenen Auszahlungen. So hoch der Betrag von 42,7 Milliarden € auch klingt: die knapp 10 Prozent der jährlichen Gesamtausgaben decken gerade einmal etwas mehr als eine Monatsausgabe ab.

Anlagevorschriften für die Sozialversicherung

Angesichts der Geldvolumina, die in der Sozialversicherung angelegt werden, unterliegen die Geldanlagen der Sozialversicherungsträger umfassenden Regulierungsvorschriften. In § 80 SGB IV sind die von den Sozialversicherungsträgern zu beachtenden Anlagegrundsätze gesetzlich fixiert: Sicherheit, Liquidierbarkeit und angemessener Ertrag sind die Maximen.

Dieses sog. Magische Dreieck der Vermögensanlage erfährt in der Sozialversicherung eine ganz spezifische Ausprägung: Oberstes Prinzip ist der Grundsatz der Sicherheit der Geldanlage oder wie es im

Gesetz selbst ausgedrückt ist: „ein Verlust ausgeschlossen erscheint“. Der Grundsatz der Sicherheit bezieht sich sowohl auf die subjektive Sicherheit der Geldanlage (= Anlageinstitution) als auch auf die objektive Sicherheit der Geldanlage (= Anlageprodukt).

Zweitwichtigstes Prinzip ist der Grundsatz der „ausreichenden Liquidität“. Ein Sozialversicherungsträger soll jederzeit über so viele liquide Geldmittel verfügen und demgemäß seine Gelder so liquidierbar anlegen, dass er seine laufenden Ausgaben bestreiten kann.

Das dritte Prinzip betrifft die Ertragserzielung. Diese Prinzip hat allerdings in der Sozialversicherung eine wichtige Einschränkung erfahren. Auch wenn für das Handeln der Sozialversicherungsträger gemäß § 69 SGB IV grundsätzlich das Wirtschaftlichkeitsprinzip Handlungsmaxime ist, gilt dies nicht für den Bereich der Geldanlagen. Die Sozialversicherungsträger haben nicht den maximalen Ertrag bei einer Geldanlage anzustreben, sie haben einen angemessenen Ertrag zu realisieren. Dies besagt, dass sich die Zinsvereinbarung einer Geldanlage im Rahmen des Marktüblichen für die spezielle Anlageform bewegen muss. Insofern sind auch Einlagen der Sozialversicherungsträger bei der Finanzagentur des Bundes nicht zu beanstanden.

In der Sozialversicherung gilt also bei den Geldanlagen: Sicherheit und Liquidierbarkeit haben Vorrang vor der Rendite.

Den Sozialversicherungsträgern sind nur die in § 83 Absatz 1 SGB IV genannten Anlageformen erlaubt. Dazu gehören insbesondere:

- Einlagen bei Kreditinstituten - wie z.B. Termingelder - einschließlich Schuldscheindarlehen, soweit diese der Einlagensicherung unterliegen;
- Schuldverschreibungen, die der Einlagensicherung unterliegen;
- Anleihen bei öffentlich-rechtlichen Emittenten, insbesondere Staatsanleihen;
- Pfandbriefe und andere Wertpapiere, für die kraft Gesetzes eine besondere Deckungsmasse besteht.

Anlagen in Investmentfonds sind nur zulässig, soweit sie ausschließlich aus den vorgenannten Anlageformen bestehen. Unzulässig für Sozialversicherungsträger sind z.B. Anlagen in Zinsderivaten oder Rohstoff- und Indexzertifikaten. Der Anlagehorizont ist auf die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums sowie die Schweiz begrenzt und darf grundsätzlich nur in Euro erfolgen.

Überwachung der Geldanlagen

Im Rahmen der vorgenannten Restriktionen entscheiden die Sozialversicherungsträger eigenverantwortlich über ihre Geldanlagen.

Um Missbräuche und Fehlentwicklungen zu vermeiden, prüfen das Bundesversicherungsamt wie auch die Aufsichtsbehörden der Länder regelmäßig die Geldanlagen der Sozialversicherungsträger. Bislang wurden Verstöße gegen die Anlagerichtlinien und die Einlagensicherung nicht festgestellt.

Die Aufsichtsprüfungen führen auch dazu, dass die Sozialversicherungsträger den engen Austausch mit dem Bundesversicherungsamt hinsichtlich neuer Anlage-

produkte suchen. Sozialversicherungsträger, die sich unsicher sind, ob ein bestimmtes Anlageprodukt in der Sozialversicherung zulässig ist, können und lassen dies beim Bundesversicherungsamt prüfen. Vielfach stellen bereits Kreditinstitute selbst ihre neuen Anlageprodukte beim Bundesversicherungsamt vor, um die Zulässigkeit nach den sozialversicherungsrechtlichen Vermögensvorschriften prüfen zu lassen.

Bei den Geldanlagen der Sozialversicherungsträger spielt die Einlagensicherung eine herausragende Rolle. Das Bundesversicherungsamt informiert die Sozialversicherungsträger und ihre Spitzenverbände seit 1978 regelmäßig über Veränderungen bei den vier inländischen Einlagensicherungssystemen der Sparkassen, der Genossenschaftsbanken, der Privatbanken und der Öffentlichen Banken. Es erfolgen Informationen über Mitgliederveränderungen in den Sicherungssystemen sowie über die Höhe der aktuellen Sicherungsgrenzen.

Ferner verfasst das Bundesversicherungsamt Rundschreiben zu vermögensrechtlichen Fragestellungen, wenn Unklarheit über die rechtliche Zulässigkeit bestimmter Anlageformen besteht, z.B. hinsichtlich Indexanleihen. Des Weiteren vereinbart das Bundesversicherungsamt Mustervertragsbedingungen mit dem Bundesverband der Investmentgesellschaften (BVI), um sicherzustellen, dass in den Wertpapier-Sondervermögen nur der Erwerb zulässiger Anlageformen vertraglich vereinbart werden kann.

II. FACHTHEMEN

1. KRANKENVERSICHERUNG

- 1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung
- 1.2 Eingabenstatistik
- 1.3 Aufsicht bei Krankenkassen
- 1.4 Satzungsrecht
- 1.5 Strukturierte Behandlungsprogramme

II. FACHTHEMEN

1. KRANKENVERSICHERUNG

1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung

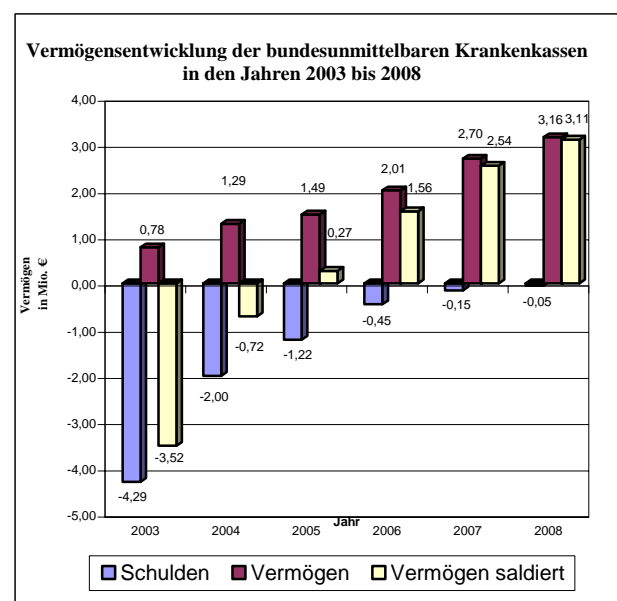
Mit Blick auf die neue Finanzierungsstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2009 standen bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen im Jahr 2008 die finanziellen, organisatorischen und strukturellen Vorbereitungen auf den Start des Gesundheitsfonds sowie die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) im Fokus.

Eine wesentliche Voraussetzung zur Einführung des Gesundheitsfonds bestand in der vollständigen Entschuldung aller Krankenkassen zum 01. Januar 2009. Um dies sicherzustellen, hat der Gesetzgeber mit Verabschiedung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) die bisherigen Regelungen über die Gewährung finanzieller Hilfen durch den Spitzenverband der jeweiligen Kassenart um die Zwecksetzung der Sicherstellung der Entschuldung der Krankenkassen erweitert und verpflichtend ausgestaltet. Darüber hinaus wurde mit diesem Gesetz erstmals eine verbindliche Definition des Verschuldungsbegriffs in der Gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt. Hiernach liegt eine Verschuldung vor, wenn die Summe von Betriebsmitteln, Rücklagen und Geldmitteln zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen einen negativen Vermögensstand ergibt.

Das Bundesversicherungsamt nutzte die ihm zur Verfügung stehenden aufsichtsrechtlichen Mittel, um einen schuldenfreien Start der bundesunmittelbaren Kran-

kenkassen in das neue Wettbewerbssystem zum 01. Januar 2009 sicherzustellen. Infolge einer engmaschigen Überwachung der finanziellen Entwicklung der Krankenkassen, die von intensiven Gesprächen zwischen Aufsicht und Krankenkassen begleitet wurde, haben sich - bis auf zwei kleine Betriebskrankenkassen - alle bundesunmittelbaren Kassen zum Jahresende 2008 vollständig entschuldet.

Die meisten Krankenkassen im Aufsichtsbereich des Bundesversicherungsamtes konnten im Jahresverlauf 2008 ihre Rücklage bis auf das gesetzlich vorgeschriebene Mindestsoll in Höhe von ein Viertel der auf den Monat entfallenden Ausgaben aufzufüllen. Nach Abzug der geringen Restverschuldung in Höhe von 52 Mio. Euro verfügten die bundesunmittelbaren Krankenkassen zum Start des Gesundheitsfonds zum 01. Januar 2009 insgesamt über ein Vermögen von 3,11 Mrd. Euro.

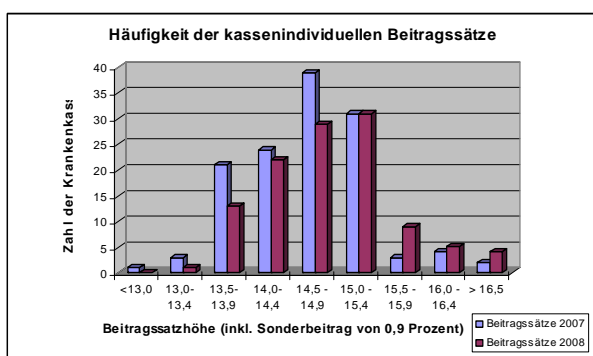


(Quellen: Jahresrechnungen 2003 bis 2007; voraussichtliche Rechnungsergebnisse 2008 laut Haushaltsplänen 2009)

Fünf bundesunmittelbare Krankenkassen (eine Innungskrankenkasse und vier Betriebskrankenkassen), die nicht in der Lage waren, sich aus eigener Kraft zu entschulden, haben bis einschließlich 2008 finanzielle Hilfen aufgrund einer besonderen Satzungsregelung ihres Spitzenverbandes erhalten. Die Betriebskrankenkassen hatten laut Satzungsregelung einen Sanierungsbeirat einzurichten, dem Vertreter der haftenden Landesverbände sowie Finanzexperten ausgewählter Kassen derselben Kassenart angehören. Das Bundesversicherungsamt hat ebenfalls in beratender Funktion an den Sitzungen dieser Gremien teilgenommen.

Aufgrund steigender Ausgaben sowie zum Abbau der Restverschuldung waren insgesamt 56 bundesunmittelbare Krankenkassen im Jahr 2008 gezwungen, ihre Beitragssätze unterjährig anzuheben. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben hat keine Krankenkasse allein aus dem Grund der Rücklageauffüllung ihre Beitragssätze angehoben. Drei bundesunmittelbare Krankenkassen haben ihre Beitragssätze gesenkt.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Verteilung der Beitragssatzhöhen der bundesunmittelbaren Krankenkassen in den Jahren 2007 und 2008. Es wird deutlich, dass sich die Streuung der erhobenen Beitragssätze in 2008 im Vergleich zum Vorjahr kaum reduziert hat.



Die Beitragssatzspanne zwischen der günstigsten bundesunmittelbaren Krankenkasse mit 13,4 Prozent und der teuersten Krankenkasse mit einem allgemeinen Beitragssatz (inkl. Sonderbeitrag von 0,9 Prozent) von 17,4 Prozent betrug zum 31.12.2008 vier Prozentpunkte. Wie das Diagramm verdeutlicht, haben die meisten Krankenkassen einen Beitragssatz zwischen 14,0 Prozent und 15,4 Prozent erhoben.

Erstmals zum 01. November 2008 hat die Bundesregierung mit Wirkung zum 01. Januar 2009 einen einheitlichen Beitragssatz für alle gesetzlichen Krankenkassen festgelegt, der für das Jahr 2009 bei 15,5 Prozent liegt. Dieser allgemeine Beitragssatz enthält auch den bisherigen Sonderbeitrag (0,9 Prozent), wobei dieser weiterhin allein vom Arbeitnehmer zu zahlen ist. In der Startphase soll die Höhe des Beitragssatzes sicherstellen, dass die Ausgaben der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Bundesmittel zu 100 Prozent gedeckt sind und den Aufbau einer Liquiditätsreserve ermöglichen. Dieser festgelegte allgemeine Beitragssatz ist Basis für die weiteren Beitragsregelungen im Fünften Sozialgesetzbuch (z.B. für freiwillig Versicherte, Rentner und Studenten).

Mit den gesetzlichen Änderungen des GKV-WSG werden die Beitragseinnahmen, die die Krankenkassen bisher auf Grundlage ihrer kassenindividuellen Beitragssätze generiert haben, durch feste Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ersetzt. Zugleich müssen Krankenkassen, deren Ausgaben durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt werden können, einen Zusatzbeitrag erheben. Um die Versicherten vor finanzieller Überforderung zu schützen, darf der Zusatzbeitrag ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen (Härtefallregelung). Sofern die Zuweisungen

aus dem Fonds höher sind als der Finanzbedarf einer Krankenkasse, kann sie Prämien an ihre Mitglieder auszahlen. Damit tritt an die Stelle des kassenindividuellen Beitragssatzes als Wettbewerbsinstrument nunmehr der Zusatzbeitrag bzw. die Prämienauszahlung.

Im Hinblick auf die neue Finanzierungsstruktur in der GKV ab 2009 gab das Bundesversicherungsamt den bundesunmittelbaren Krankenkassen im November 2008 in einem Rundschreiben Hinweise zur Haushaltsplanung 2009. So ist es zur Vermeidung eines Zusatzbeitrages nicht zulässig, den Haushaltsausgleich durch eine Vermögensentnahme herbeizuführen, wenn hierdurch das in der Kassensatzung festgesetzte Rücklagesoll unterschritten wird. Allerdings entfällt die Verpflichtung zur Auffüllung der Rücklage, wenn allein hierzu die Erhebung eines Zusatzbeitrages erforderlich ist. Die Auszahlung einer Prämie darf erst vorgenommen werden, wenn die jeweilige Krankenkasse ihre Rücklage aufgefüllt hat. Diese vom Gesetzgeber formulierte Voraussetzung zur Prämienausschüttung sieht das Bundesversicherungsamt dann als erfüllt an, wenn eine Krankenkasse nach dem voraussichtlichen Rechnungsergebnis 2008 und dem erwarteten Rechnungsergebnis 2009 über Betriebsmittel und Rücklagen mindestens in Höhe des in der Kassensatzung festgelegten Rücklagesolls verfügt.

1.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
KV	2.685

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

1.3 Aufsicht bei Krankenkassen

Beitragseinzug

Durch Einführung des Gesundheitsfonds mit Wirkung zum 01. Januar 2009 wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine neue Grundlage gestellt.

Allgemeiner Beitrag

Zur Sicherstellung der Liquidität und Funktionsfähigkeit des Gesundheitsfonds kommt der rechtzeitigen und vollständigen Beitragsbeitreibung durch die Krankenkassen in ihrer Funktion als Einzugsstelle eine zentrale Bedeutung zu.

Das Bundesversicherungsamt hat daher bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen bereits Mitte 2008 die frühzeitige Vornahme der für die Beitragserhebung und Weiterleitung notwendigen organisatorischen Maßnahmen im Wege einer Fragebogenaktion abgefragt und bewertet. Durch umfassende Betrachtung der Informationen, insbesondere zu den Beitragsrückständen konnten Schwerpunktthemen für zukünftiges aufsichtsrechtliches Handeln gewonnen werden.

Die durchschnittliche Rückstandsquote in Bezug auf die von den von den Arbeitgebern zu entrichtenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge (GSV-Beiträge) lag zum Stichtag 30. Juni 2008 dabei in einem akzeptablen, mittleren einstelligen Bereich. Sechsmal höher dagegen stellte sich die Quote der noch offenen Forderungen gegenüber den Selbstzahlern dar. Das gesamte Beitragsoll der Selbstzahler beträgt allerdings in der Regel durchschnittlich nur weniger als ein Zehntel des Gesamtbeitragsolls. Der gesamte Beitragsrück-

stand der betrachteten Krankenkassen belief sich daher zu einem Fünftel auf den Bereich der Selbstzahler.

Zu den Ursachen der Rückstandsquoten sowohl im GSV- als auch Selbstzahlerbereich konnten folgende Aussagen getroffen werden:

- Eine hohe Kontenklärungsquote geht in der Regel mit einer erhöhten Rückstandsquote einher.
- Ein funktionierendes Mahnwesen und rechtzeitiges Vollstreckungsverfahren sind nach wie vor die wesentlichen Schritte zur Beitreibung von Beitragsrückständen.
- Eine frühzeitige und konsequente Einleitung von Insolvenzverfahren im Rahmen der Verwaltungsvollstreckung hat eine positive Auswirkung auf die Rückstandsquote.

Im aufsichtsrechtlichen Prüfgeschäft wird, wie bereits bisher, darauf hinzuwirken sein, dass die Beitragsbeitreibung im Bereich der Selbstzahler, aber auch im GSV-Bereich in den einzelnen Arbeitsabläufen optimiert wird.

Hauptaugenmerk erfahren primär die Verfahren – und Fristabläufe im Mahn- und Vollstreckungswesen sowie die frühzeitige Einleitung des Insolvenzverfahrens. Außerdem werden die Kassen verstärkt zu Kontenklärung aufgefordert.

Insgesamt ist bei den Kassen aufsichtsrechtlich auf eine einheitliche, u.a. auch verbesserte Bearbeitungsweise beim Beitragseinzug und der Rückstandssachbearbeitung hinzuwirken und zumindest der Status Quo bei der Personalausstattung in beiden Bereichen zu erhalten. Die Prüferate nach § 88 SGB IV und § 274 SGB

V haben Kassen mit besonders auffälligen Werten bei den Rückstandsquoten in die Prüfplanung für das Jahr 2009 aufgenommen.

Zusatzbeitrag

Des Weiteren hat sich das Bundesversicherungsamt mit weiteren Rechtsfragen im Zusammenhang mit den durch das GKV-WSG eingeführten neuen Regelungen befasst. Die zum 1. Januar 2009 eingeführte Verpflichtung der Krankenkassen, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen, soweit ihr Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, warf ihre Schatten voraus. Um den Krankenkassen gegebenenfalls eine zügige Erhebung des Zusatzbeitrages zu ermöglichen, bestand bereits 2008 in mehrfacher Hinsicht Klärungsbedarf. In einer gemeinsamen Besprechung des Bundesversicherungsamtes mit den Spitzenverbänden der Krankenversicherung ist es aber gelungen, zu vielen aufgetretenen Fragen Einvernehmen herzustellen.

So stellte sich etwa die Frage, ob der Zusatzbeitrag monatlich zu zahlen ist, oder ob die Krankenkassen die Zahlung auch für größere Zeiträume beanspruchen können. Die Regelung des § 23 SGB IV spricht zwar für eine monatliche Zahlungsweise. Andererseits sieht § 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in der Fassung des GKV-WSG vor, dass die Kasse Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrages in der Satzung bestimmen kann. Folglich hat der Gesetzgeber den Krankenkassen einen satzungsrechtlichen Gestaltungsspielraum eingeräumt. Da darüber hinaus zu erwarten ist, dass es sich bei den monatlichen Zusatzbeiträgen eher um niedrige Beträge handeln wird, wird das Bundesversicherungsamt mit Blick auf den Verwaltungsaufwand akzeptieren, wenn die Krankenkas-

sen in ihrer Satzung eine andere als monatliche Zahlungsweise bestimmen. Darüber hinaus sind die Krankenkassen frei, in der Satzung auch festzulegen, ob die Zahlung des Zusatzbeitrags im voraus oder im nachhinein für den festzulegenden Zahlungszeitraum erfolgen soll.

Kontrovers diskutiert wurde die Frage, ob die Krankenkasse bei langfristiger Vorabzahlung dem Versicherten ein Skonto einräumen kann, da sie grundsätzlich verpflichtet ist, die ihr zustehenden Beiträge vollständig zu erheben (§ 76 SGB IV). Eine Skontogewährung wurde schließlich für zulässig erachtet, wenn der durch die Skontogewährung entstehende Einnahmeausfall durch Zinsgewinne und / oder geringeren Verwaltungsaufwand kompensiert wird. Hinzu kommt, dass durch die Skontogewährung die Zahlungsbereitschaft der Versicherten gestärkt werden kann.

Als problematisch erwies sich auch die im § 242 SGB V enthaltene Überforderungsklausel. Danach ist der Zusatzbeitrag auf 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt. Davon abweichend erhebt die Krankenkasse den Zusatzbeitrag ohne Prüfung des individuellen Einkommens, wenn der monatliche Zusatzbeitrag den Betrag von 8 Euro nicht übersteigt.

Nach dem Wortlaut der Regelung könnte eine Verpflichtung der Krankenkasse angenommen werden, für jedes Mitglied zunächst zu prüfen, ob der geforderte Zusatzbeitrag 1 vom Hundert seiner beitragspflichtigen Einnahmen übersteigt, wenn der Zusatzbeitrag mehr als 8 Euro beträgt. Es wird jedoch für zulässig erachtet, wenn die Krankenkassen, ähnlich wie bei der vergleichbaren Regelung zur Belastungsgrenze bei den Zuzahlungen (§ 62 SGB

V), den Zusatzbeitrag zunächst ohne individuelle Einkommensprüfung fordert. Denn erfahrungsgemäß bereitet es den Kassen Schwierigkeiten, „flächendeckend“ und zeitnah die erforderlichen Informationen über die individuellen Einkommensverhältnisse aller Mitglieder zu erhalten. Die Krankenkasse ist aber verpflichtet, das Mitglied auf die Überforderungsklausel hinzuweisen, und sie muss den Zusatzbeitrag gegebenenfalls auch unterjährig anpassen, wenn das Mitglied nachweist, dass der geforderte Zusatzbeitrag 1 vom Hundert seiner beitragspflichtigen Einnahmen übersteigt.

Übereinstimmend wurde festgestellt, dass im Zusammenhang mit dem Zusatzbeitrag eine gesetzliche Regelung einer Tilgungsreihenfolge notwendig ist. Es wurde eine Bestimmung für erforderlich gehalten, in der eindeutig geregelt wird, in welcher Reihenfolge bei unvollständiger Zahlung die allgemeinen Beiträge, der kassenindividuelle Zusatzbeitrag und die Prämien für Wahltarife nach § 53 SGB V zu tilgen sind. Für Gesamtsozialversicherungsbeiträge bestimmt § 28n SGB IV in Verbindung mit § 4 BVV, dass wenn ein Arbeitgeber oder sonstiger Zahlungspflichtiger Auslagen der Einzugsstelle, Gebühren, Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Säumniszuschläge, Zinsen, Geldbußen oder Zwangsgelder schuldet, er bei Zahlung bestimmt, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft er keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. Eine entsprechende Regelung fehlt für die Beiträge freiwilliger Mitglieder, die ihre Beiträge selbst zahlen, sowie für den Zusatzbeitrag. Während die Krankenkassen einem zumindest gleichen Tilgungsrang für den Zusatzbeitrag und den allgemeinen Beitrag den Vorzug gaben, bevorzugte das Bundesversicherungsamt

eine vorrangige Tilgung des allgemeinen Beitrags, weil nur eine solche Tilgungsreihenfolge der Bedeutung des Gesundheitsfonds Rechnung trägt.

Sowohl das Bundesversicherungsamt als auch die Verbände haben im Anschluss an die gemeinsame Besprechung beim Bundesministerium für Gesundheit auf die Dringlichkeit einer gesetzlichen Regelung hingewiesen. Durch das GKV-OrgWG wurde mit § 252 Abs. 3 SGB V eine Norm eingeführt, die für Rechtssicherheit bei dem dargestellten Problemkreis sorgt und den Vorstellungen des Bundesversicherungsamtes Rechnung trägt

Unterschiedliche Auffassungen bestanden auch in der Frage, ob ein im Rahmen des Wahltarifs Krankengeld (§ 53 Abs. 6 SGB V) gezahltes Krankengeld Beitragsfreiheit für den Zusatzbeitrag nach sich zieht. Grundsätzlich gilt, dass bei Krankengeldbezug nach §§ 44ff. SGBV das Mitglied für die Dauer des Anspruchs gemäß § 224 SGB V beitragsfrei ist. Diese Beitragsfreiheit gilt auch für den Zusatzbeitrag, da § 224 SGB V nicht allein auf den allgemeinen Beitrag Bezug nimmt. Im Hinblick auf das Wahltarifkrankengeld erschien dem Bundesversicherungsamt dies jedoch fraglich.

Zwischenzeitlich ist eine übereinstimmende Rechtsauffassung herbeigeführt worden. Im Interesse einer einheitlichen Betrachtungsweise der beitragsrechtlichen Folgen des Wahltarif Krankengeld in allen Zweigen der Sozialversicherung hielt das Bundesministerium für Gesundheit die Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V bei Bezug von Wahltarif-Krankengeld für gegeben. Konsequenterweise wird unter diesem Aspekt auch der Zusatzbeitrag von dieser Beitragsfreiheit zu erfassen sein.

Hausarztzentrierte Versorgung

Die Angebotssituation der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V ist auch im Berichtsjahr weiter unbefriedigend. Die vertragliche Umsetzung des Gesetzesauftrages ist nach wie vor lückenhaft. Dies ist sowohl den schwierigen und weiterhin noch laufenden Vertragsverhandlungen der beteiligten Vertragspartner als auch der Neufassung der Vorschrift durch das (GKV-OrgWG zum 1. Januar 2009 geschuldet. Die einschneidendste Änderung bedeutet die eingeführte Verpflichtung der Kasse, Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Bereits im Vorfeld der Gesetzesänderung hat das Bundesversicherungsamt die Kassen hierauf hingewiesen und aufgefordert, entsprechende Vorbereitungen bezüglich einer Anpassung der Vertragsverhandlungen zu treffen. Zwar können bereits bestehende Verträge weiterlaufen oder aber bei Vorliegen von Auflösungsgründen von den Krankenkassen gelöst werden.

Ungeachtet dessen entbinden bestehende Altverträge die Krankenkassen jedoch nicht von der neuen Pflicht, darüber hinaus mit Gemeinschaften, welche die Quote erfüllen bis zum 30. Juni 2009 entsprechende Verträge abzuschließen. Kommen die Verhandlungen erfolgreich zu keinem Ergebnis, werden Schiedsverfahren zum Abschluss von Verträgen erforderlich werden. Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde wird weiterhin die Aktivitäten der Kassen beobachten und mit der erforderlichen Intensität begleiten.

Fragen zu § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Auch im Jahr nach Einführung der Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall stellten sich zahlreiche Detailfragen zur Umsetzung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Das Bundesversicherungsamt hatte sich mit der Frage zu befassen, ob ein Rückkehrrecht in die private Krankenversicherung nach § 5 Abs. 9 SGB V als anderweitige Absicherung im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V anzusehen ist und somit das Eintreten von Versicherungspflicht ausschließt. § 5 Abs. 9 SGB V regelt u.a. die Krankenversicherung von Personen, die aufgrund einer eintretenden Versicherungspflicht oder einer zustande gekommenen Familienversicherung ihren privaten Krankenversicherungsvertrag kündigen. Enden Versicherungspflicht oder Familienversicherung bevor der Betroffene die Vorversicherungszeit für eine freiwillige gesetzliche Weiterversicherung erfüllt, ist das private Krankenversicherungsunternehmen 12 Monate lang zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet.

Fragen warfen Fälle auf, in denen Versicherte, obschon sie die Voraussetzungen für einen erneuten Abschluss eines privaten Versicherungsvertrages erfüllten, nicht in die private Krankenversicherung zurückkehren wollten. War in diesen Fällen von einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V auszugehen oder nicht. Ein Spitzenverband vertrat die Auffassung, § 5 Abs. 9 gehe dem § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vor. Eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung trete allenfalls dann ein, wenn ein Rückkehrrecht in die private Krankenversicherung ausgeschlossen sei, z.B. weil der vorherige private Vertrag noch nicht

ununterbrochen fünf Jahre bestanden hat oder weil die Frist von 12 Monaten verstrichen ist. Dem entgegen stellt nach unserer Auffassung allein das Rückkehrrecht nach § 5 Abs. 9 SGB V keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall dar. Den in der Gesetzesbegründung zu § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V beispielhaft aufgeführten Fällen ist gemein, dass ein unmittelbarer, konkreter Anspruch des Betroffenen besteht. Das Entstehen eines Anspruchs im Sinne des § 5 Abs. 9 SGB V setzt dagegen voraus, dass der Betroffene sich an das private Krankenversicherungsunternehmen wendet und von seiner Rückkehrmöglichkeit Gebrauch macht. Die Nichtgeltendmachung des Anspruchs würde dazu führen, dass eine Person zumindest für 12 Monate ohne Absicherung im Krankheitsfall bliebe.

Sinn und Zweck der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist aber gerade, dass Zeiten ohne Krankenversicherungsschutz nicht mehr eintreten können. Dieser Auffassung hat sich auch das Bundesministerium für Gesundheit angeschlossen.

Eine von uns Anfang des Jahres durchgeführte Umfrage bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen bestätigte die Vermutung, dass die rückwirkende Durchführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Krankenkassen wie Versicherte vor nicht unerhebliche Probleme stellt. Mangels anderweitiger meldepflichtiger Stelle haben die Betroffenen das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V selbst bei einer gesetzlichen Krankenkasse anzuzeigen. Kommen sie dieser Verpflichtung nicht oder nicht rechtzeitig nach, sieht das Gesetz keine

weiteren Sanktionen vor. Nach den §§ 223 Abs. 1, 186 Abs. 11 Satz 1, Satz 3 SGB V sind jedoch die seit Eintritt der Versicherungspflicht, frühestens die seit 1. April 2007 angefallenen Beiträge nach zu entrichten. Oftmals sind infolge der verspäteten Meldung nicht unerhebliche Rückstände eingetreten. Bei ihrer Beitreibung stießen und stoßen die Kassen auf eine mangelnde Zahlungsfähigkeit bzw. Zahlungswilligkeit der Betroffenen. Um unbillige Härten zu vermeiden, haben die Krankenkassen zwar durch entsprechende Satzungsregelungen den Versicherten die Möglichkeit einzuräumen, bei unverschuldet verspäteter Anzeige die Belastung durch die entstandene Beitragsnachzahlung zu reduzieren. Nicht immer wird aber eine Ermäßigung oder Stundung der nachzuzahlenden Beiträge von den Kassen ausreichend berücksichtigt. In Übereinstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit hat das Bundesversicherungsamt die seiner Aufsicht unterliegenden Kassen darauf hingewiesen, dass zumindest in besonderen Härtefällen, in denen der Betroffene die verspätete Meldung nicht zu vertreten hat, nach § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V eine Ermäßigung, Stundung oder ein Erlass der Beitragsrückstände in Betracht kommt. Dies kann beispielsweise bei Wohnungslosen der Fall sein.

Problematisch aus Sicht der Kassen waren darüber hinaus der Umgang mit ungeklärten Versicherungsverhältnissen sowie die von den Kassen vorzunehmenden Anstrengungen zur Ermittlung der Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

In Fällen, in denen nach dem Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger weder eine freiwillige Mitgliedschaft beantragt wurde, noch konkrete Hinweise auf eine anderweitige Absicherung im

Krankheitsfall vorlagen, gingen einige Krankenkassen dazu über, eine Versicherungspflicht zu unterstellen.

Wir haben die Krankenkassen darauf hingewiesen, dass nach § 20 SGB X die Kasse den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln hat. Dies gilt nach der von uns vertretenen Auffassung auch für Tatsachen, die eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V begründen. Die behördliche Ermittlungspflicht findet ihre Grenze dort, wo eine weitere Aufklärung des Sachverhalts ohne ein Mitwirken des Antragstellers bzw. des Betroffenen unmöglich ist. Kann die Kasse den entscheidungserheblichen Sachverhalt mangels Mitwirkung des potentiell Versicherungspflichtigen nicht klären, gelten die allgemeinen Beweislastregeln. Danach geht die Ungewissheit eines Sachverhalts zu dessen Lasten, der aus ihm eine günstige Rechtsfolge herleiten will. Behauptet die Kasse das Vorliegen der Versicherungspflicht und damit die Fälligkeit von Beiträgen, hat sie hierfür den Nachweis zu erbringen. Ist ihr das nicht möglich, kann sie Versicherungspflicht nicht unterstellen.

Die Problematik des Nachweises der Versicherungspflicht und des zumutbaren Ermittlungsaufwandes wurde auch von den Aufsichtsbehörden auf ihrer 72. Aufsichtsbehördentagung im April in München diskutiert - jedoch ohne einen einheitlichen Beschluss zu fassen. Geteilt wurde die Auffassung des Bundesversicherungsamtes zu den Grenzen der Amtsermittlungspflicht vom Bundesministerium für Gesundheit: Es bestätigte, dass die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V von den Kassen nicht unterstellt werden können.

Krankenkassen, die bislang anders verfahren, stellten ihre Praxis um. Soweit Versi-

cherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V fälschlicherweise von Amts wegen durch Verwaltungsakt festgestellt wurde, beabsichtigten einige Kassen, diese Entscheidungen entsprechend den Vorgaben des SGB X - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - zu korrigieren. Die Erörterungen hierzu konnten zum Jahreswechsel noch nicht abgeschlossen werden.

Hingegen konnten Auslegungsschwierigkeiten, die bereits im Jahr 2007 aufgetreten waren, im Berichtsjahr einer Klärung zugeführt werden.

So teilt das Bundesministerium für Gesundheit die Auffassung des Bundesversicherungsamtes, dass eine private Krankentagegeldversicherung keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall darstellt mit der Folge, dass bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflicht eintritt.

Eingaben, die sich gegen den Eintritt von Versicherungspflicht von zuletzt freiwillig gesetzlich versicherten Beamten ohne eine über den Beihilfeanspruch hinausgehende Absicherung im Krankheitsfall richteten, beschäftigten das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr voraussichtlich letztmalig. Mit dem GKV-OrgWG wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2009 die Vorschrift des § 6 Abs. 3 SGB V klargestellt. Beamte bleiben versicherungsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung, auch wenn sie die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen; zeitgleich zum 1. Januar 2009 wird dieser Personenkreis verpflichtet, den nicht von der Beihilfe abgedeckten Kostenteil durch eine private Krankheitskostenversicherung zu ergänzen.

FSME-Impfung bei Urlaub in gefährdeten Gebieten

Nach § 20d Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen i.S.d. § 2 Nr. 9 Infektionsschutzgesetz. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut. Die STIKO empfiehlt die FSME-Schutzimpfung

- für Personen, die in Risikogebieten wohnen oder arbeiten und für die das Risiko eines Zeckenbisses besteht und
- für Personen, die sich aus anderen Gründen in Risikogebieten aufhalten und dabei der Gefahr eines Zeckenbisses ausgesetzt sind.

Aufgrund dieser Empfehlung hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Schutzimpfungs-Richtlinie vorgesehen, dass die FSME-Schutzimpfung eine Indikationsimpfung für Personen ist, die in FSME-Risikogebieten (entsprechend den aktuellen Hinweisen zu FSME-Risikogebieten, die im Epidemioologischen Bulletin des Robert-Koch-Instituts veröffentlicht sind), der Gefahr eines Zeckenbisses ausgesetzt sind.

Nicht eindeutig war der Richtlinie zu entnehmen, ob ein Impfanspruch der Versicherten auch dann besteht, wenn die Gefährdung gegenüber Zeckenbissen lediglich vorübergehender Natur ist. Da aber auch Versicherte, die sich nicht dauerhaft in einem Risikogebiet aufhalten, einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind

und dem damit verbundenen Erkrankungsrisiko begegnet werden soll, bestand unter den Aufsichtsbehörden Einigkeit, dass auch in diesen Fällen ein Anspruch auf eine Impfung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder verständigten sich darauf, dass die FSME-Schutzimpfung auch dann zum Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, wenn sich Versicherte nur vorübergehend, z.B. als Touristen, in Risikogebieten aufhalten und dabei der Gefahr eines Zeckenbisses ausgesetzt sind. Einer gesonderten Satzungsregelung bedarf es nicht.

Verlängerung der Familienversicherung bei freiwilligen sozialem Jahr oder anderem Dienst im Ausland

Im Berichtsjahr hatte das Bundesversicherungsamt sich mit der Frage auseinander zu setzen, ob das Ableisten eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres sowie ein sogenannter „Anderer Dienst im Ausland“ (ADiA) zu einer Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus führen. Nach § 10 Abs. 2 Nr. 3 2. Halbsatz SGB V wird die Familienversicherung durch die Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht über die Altersgrenze für Kinder in Schul- und Berufsausbildung hinaus verlängert. Die genannten Dienste führen nach der vom Bundesversicherungsamt vertretenen Auffassung dann zu einer Verlängerung der Familienversicherung, wenn ihr Ableisten die originären gesetzlichen Dienstpflichten (Wehr- und Zivildienst) erlöschen lässt und die Schul- und Berufsausbildung durch diese Dienste unterbrochen wird. Die gesetzlich vorgesehene Verlängerung der Familienversicherung soll u.a. einen

Ausgleich für das Erfüllen staatsbürgerlicher Pflichten schaffen. Bei anerkannten Wehrdienstverweigerern tritt an die Stelle der Wehrpflicht die Zivildienstpflicht. Gleichzeitig sieht das Zivildienstgesetz (ZDG) in seinen §§ 14b und 14c weitere Dienste im Sinne der Allgemeinheit vor, die die Zivildienstpflicht erlöschen lassen. Ein Ausgleich durch Verlängerung der Familienversicherung hat daher nach der Ansicht des Bundesversicherungsamtes auch in Fällen zu erfolgen, in denen das Ableisten eines Anderen Dienstes im Ausland oder eines freiwilligen Jahres zu einer Freistellung von der gesetzlichen Zivildienstpflicht führt.

Die Höchstdauer der Verlängerung beschränkt sich auf die Dauer der gesetzlichen Dienstpflicht. Gestützt wird diese Auffassung durch die vergleichsweise heranzuziehende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Kinderzuschuss (u.a. Urteil vom 20. Januar 1983, Az.: 11 RA 14/82). Nach dieser Entscheidung können der Erfüllung der gesetzlichen Wehr- oder Ersatzdienstpflicht solchen anderen Diensten oder Tätigkeiten gleichgestellt werden, die kraft Gesetzes die gesetzliche Dienstpflicht erlöschen lassen. Zwar ist die zitierte Entscheidung des BSG zum Kinderzuschuss im Rahmen der Rentenversicherung ergangen. Sie ist gleichwohl für die Krankenversicherung heranzuziehen, da die der Entscheidung zugrundeliegende Vorschrift (§ 39 Abs. 3 AVG) der Regelung in § 10 Abs. 2 Nr. 3 2. Halbsatz SGB V vergleichbar ist.

Die Kassen des Aufsichtsbereiches des Bundesversicherungsamtes, die anders verfahren, wurden angewiesen, ihre Verfahrensweise umzustellen.

Kosten des Rettungsdienstes, wenn letztlich kein Transport erfolgt

Auf Anfrage einer Landesaufsicht sowie wegen einzelner Eingaben hatte das Bundesversicherungsamt sich mit der Frage zu befassen, ob eine Zahlungspflicht der Krankenkassen gegeben ist, wenn die Person, derentwegen der Einsatz des Rettungsdienstes ausgelöst worden ist, nach den späteren Feststellungen des Notarztes bereits verstorben war, noch bevor der Notarzteinsatz ausgelöst wurde.

Das Bundesversicherungsamt vertritt die Ansicht, dass die Krankenkassen auch in diesen Fällen die Kosten für den Einsatz des Rettungsdienstes zu tragen haben. Entsprechendes gilt, wenn der Versicherte vor oder während des Transportes zum Krankenhaus verstirbt. Die Grenze der Kostentragungspflicht der Krankenkasse muss allerdings dort gezogen werden, wo der Tod des Versicherten für jedermann offenkundig war.

Dieser Auffassung wurde mit Hinweis auf anderslautende Entscheidungen des Bundessozialgerichts entgegengetreten (Urteil vom 2. November 2007, Az.: B 1 KR 4/07 R; Urteil vom 6. November 2008, Az.: B 1 KR 38/07 R). In den zitierten Entscheidungen war ein Anspruch gegen die Krankenkasse verneint worden, weil ein Transport nicht stattfand. Eine Rettungsfahrt im Sinne des § 60 SGB V setze nach Auffassung des Gerichts voraus, dass der Versicherte aufgrund seines Zustandes mit einem Rettungswagen befördert werden muss oder der Eintritt eines derartigen Zustandes während des Transports zu erwarten ist. Rettungswagen sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während des Transportes neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnah-

men bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen. Für den Anspruch auf Fahrkosten komme es auf einen „Transport“ und eine „Rettungsfahrt“ an. § 60 Abs. 3 SGB V knüpfe in seiner Regelung über die Höhe der zu übernehmenden Fahrkosten nur an die „Benutzung“ des jeweiligen Transportmittels an. Benutze der Versicherte ein Fahrzeug nicht, könne er auch keine Erstattung der Fahrkosten von seiner Krankenkasse verlangen.

Diese Entscheidungen stehen der Auffassung des Bundesversicherungsamtes zur Kostentragungspflicht bei Rettungseinsätzen für Verstorbene jedoch nicht entgegen, weil es an einer Vergleichbarkeit der Sachverhalte fehlt. In den entschiedenen Fallkonstellationen haben die Versicherten die Verbringung in ein Krankenhaus abgelehnt, weshalb es nicht zu einem Transport mit dem Rettungswagen kam. Davon zu unterscheiden sind solche Sachverhalte, in denen ein Transport nicht erfolgt, weil der Versicherte bereits vor Eintreffen des Rettungswagens oder vor seiner Alarmierung verstorben ist. In diesen Fällen ist nach unserer Auffassung nicht nur der bloße Wortlaut der Regelung, sondern auch ihr Sinn und Zweck zu berücksichtigen. Der Rettungseinsatz dient schnellstmöglicher Rettung. Danach muss die Norm auch rettungsdienstliche Fahrten erfassen, die erforderlich sind, um ohne Verzug zu klären, ob und welche sofortigen Rettungsmaßnahmen geboten sind. Die diagnostische Abklärung gehört zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, auch wenn sie letztlich ergibt, dass keine Therapie und damit kein Transport (z.B. des Verstorbenen) vonnöten ist (vgl. auch Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 20. März 2008, Az.: L 1 KR 267/07). Wenn also bei Ver-

dacht auf einen lebensbedrohlichen Zustand ein Rettungseinsatz stattfindet, stellt dieser eine der Hauptleistungspflicht der Krankenkasse unterfallende Leistung dar. Kann der eintreffende Rettungsdienst nur den Tod des Versicherten feststellen, ist dieser Situation immanent, dass kein Transport ins Krankenhaus mehr stattfinden kann. Dennoch unterfällt in diesen Konstellationen nach Ansicht des Bundesversicherungsamtes der Einsatz des Rettungswagens dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

Ausschreibung der Verträge nach § 127 SGB V, z. B. Inkontinenzartikel, orthopädische Schuhe

Mit dem GKV -WSG hat der Gesetzgeber zum 01. April 2007 die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Hilfsmittelversorgung umgestaltet. In § 127 Abs. 1 SGB V ist eine Ausschreibung von Verträgen mit Leistungserbringern eingeführt worden. Von dieser Möglichkeit hat eine große Ersatzkasse Gebrauch gemacht und die Verträge zur Inkontinenzversorgung ihrer Versicherten für das ganze Bundesgebiet ausgeschrieben. Zehn Leistungserbringer haben einen Zuschlag erhalten. Dies hat zur Folge, dass das Wahlrecht der Versicherten eingeschränkt worden ist. Die Versicherten müssen nunmehr im Regelfall ihre Inkontinenzprodukte von den Ausschreibungsgewinnern beziehen (§ 33 Abs. 6 S. 2 SGB V).

Die Umversorgung von rund 100.000 Versicherten sowie die Auslegung der maßgeblichen Vorschrift hat in der Praxis zu einigen Schwierigkeiten geführt. Das Bundesversicherungsamt hat viele Beschwerden von Versicherten erhalten, die weiterhin von ihrem bekannten Leistungserbringer versorgt werden wollen. Die

Wahl eines anderen Leistungserbringers ist nach § 33 Abs. 6 S. 3 SGB V aber nur dann zulässig, wenn der Versicherte ein sogenanntes „berechtigtes Interesse“ darlegen kann.

Ferner erreichen das Bundesversicherungsamt viele Beschwerden von Versicherten, die über Qualitätsverluste in der Versorgung klagen. Die Kasse hat eingeräumt, dass insbesondere die Beratung der Versicherten vor Ort durch die neuen Leistungserbringer aufgrund der bundesweiten Umversorgung zu Beginn nicht zufriedenstellend war. Qualitätsverluste bei bestimmten Produkten lassen sich aber bisher nicht nachweisen. Die Ausschreibungsgewinner dürfen auch nur im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistete und damit zuvor qualitätsgeprüfte Produkte abgeben.

Präventionsausgaben und Werbebudgetüberschreitungen

Im Jahr 2008 hat das Bundesversicherungsamt sich nicht nur mit zahlreichen einzelnen Präventionsangeboten, sondern insbesondere auch mit der Höhe der Ausgaben der einzelnen Krankenkassen für die gesamten Leistungen zur Prävention auseinandergesetzt.

Nach § 20 Abs. 2 SGB V sollen die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Rahmen der Primärprävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren im Jahr 2008 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,80 Euro umfassen.

52 von 126 Krankenkassen, die Anfang 2008 der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstanden, wichen in ihren Haushaltsplänen so weit von dem vom

Gesetzgeber vorgegebenen Betrag ab, dass die Haushaltsansätze für Prävention beanstandet werden mussten. Die überwiegende Anzahl der Krankenkassen erklärte in der Folge, dass sie den vom Gesetzgeber vorgegebenen Betrag für eine Mindestvorgabe halten.

In Übereinstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit ist das Bundesversicherungsamt der Auffassung, dass es sich bei dem Betrag von 2,80 Euro um eine Orientierungsgröße handelt. Eine grenzenlose Überschreitung dieses Wertes ist nicht zulässig, auch wenn die Präventionsmaßnahmen für sich oder in ihrer Gesamtheit gesehen wirtschaftlich sein mögen.

Das Bundesversicherungsamt wird die Jahresrechnungen der Kassen für 2008 überprüfen und im Haushaltsjahr 2009 auch unterjährig auf eine Beachtung der gesetzlichen Orientierungsgröße hinwirken. Die Aufsicht wird ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf die einzelnen Präventionsmaßnahmen richten.

Werbeverhalten

Nach den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung ist bei den Ausgaben der Krankenkassen für allgemeine Werbeausgaben das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 12 Abs. 1 SGB V) zu beachten. In der Regel ist dieser Grundsatz gewahrt, solange die jährlichen Ausgaben der einzelnen Krankenkasse für allgemeine Werbemaßnahmen - einschließlich der entsprechend auszuweisenden Verbandsbeitragsanteile 0,15 Prozent der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV (2008: 3,73 Euro) je Mitglied nicht überschreiten.

Zwölf Krankenkassen überschritten bei der Haushaltsplanung für das Jahr 2008 diesen Betrag. Das Bundesversicherungsamt hat zunächst entsprechende Beanstandungen ausgesprochen. Fünf Krankenkassen senkten daraufhin ihre Haushaltsansätze für Werbemaßnahmen bzw. erklärten, dass sie im Haushaltsvollzug die Grenze von 3,73 Euro pro Mitglied beachten werden.

Ziel des Bundesversicherungsamtes als Aufsichtsbehörde ist es, bei allen Krankenkassen eine Einhaltung des Werbebudgets zu erreichen. Im Jahr 2009 werden weitere Maßnahmen zur Einhaltung des Werbebudgets bei den Krankenkassen ergriffen.

1.4 Satzungsrecht

Nach dem GKV-WSG ließ der Gesetzgeber zum 31. Dezember 2008 das gesetzliche Krankengeld für freiwillig Versicherte auslaufen. Stattdessen wurde für bestimmte Personengruppen die Möglichkeit eröffnet, sich über einen Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V gegen Einkommensverluste im Krankheitsfall zu versichern. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um Selbständige, Künstler und Publizisten und unständig Beschäftigte.

Da es sich bei diesem Wahltarif um ein verpflichtendes Angebot handelt, waren die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände und mithin die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vor die Aufgabe gestellt, die Rahmenbedingungen für einen derartigen, völlig neuartigen Tarif zu entwickeln. Durch das GKV-WSG wurde ein solidarisch finanzierter gesetzlicher Anspruch in einen sich selbst tragen-

den, durch den Satzungsgeber mit Inhalt zu füllenden Wahltarif transformiert.

Die Aufsichten des Bundes und der Länder haben sich intensiv mit dieser Fragestellung unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit auseinandergesetzt. Dabei hat das Bundesversicherungsamt für seinen Aufsichtsbereich folgende Leitlinien für die Genehmigung von Krankengeldwahltarifen aufgestellt:

Grundsätzlich geht das Bundesversicherungsamt davon aus, dass der Gesetzgeber den Krankenkassen einen breiten Handlungsspielraum bei der Ausgestaltung der Tarife hat einräumen wollen. Daraus folgt, dass die Eingrenzung des rechtlichen Handlungsspielraumes sich auf ein Mindestmaß reduzieren musste. Klar ist, dass dem Wahltarifkrankengeld ebenso wie dem gesetzlichen Krankengeld eine Lohnersatzfunktion zukommt, so dass die Höhe des Wahltarifkrankengeldes den tatsächlichen Einkommensverlust grundsätzlich nicht übersteigen darf, aber andererseits nicht durch die Betragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung gedeckelt ist. Der Versicherte hat also der Krankenkasse gegenüber durch geeignete Beweismittel (z.B. Einkommensteuerbescheide) die Höhe seines Einkommens nachzuweisen. Aus verwaltungsökonomischen Gründen werden jedoch Regelungen, die Einkommen bis zur Mindestbeitragsbemessungsgrenze (§ 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V) pauschal behandeln, für genehmigungsfähig erachtet.

Die Krankenkassen hatten Regelungen über den Umfang und die Höhe des Wahltarifkrankengeldes zu treffen. Dabei sind sie durchgängig davon ausgegangen, den Versicherten Tarife anzubieten, die einen festen kalendertäglichen Krankengeldanspruch gegen eine feste monatliche Prämie vorsehen.

Mit Ausnahme derjenigen Versicherten, die bis zum 31. Dezember 2008 einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V hatten, wird eine angemessene allgemeine Wartezeit bei der erstmaligen Wahl eines Wahltarifkrankengeldes vom Bundesversicherungsamt für zulässig gehalten. Nicht zulässig sind jedoch weitergehende Einschränkungen wie z.B. ärztliche Untersuchungen oder der Ausschluss von Vorerkrankungen. Gleiches gilt bei dem Wechsel auf Antrag des Versicherten zu einem höheren kalendertäglichen Krankengeldanspruch.

Aus der Sicht des Bundesversicherungsamtes ist eine Durchführung des Krankengeldwahltarifes durch eine private Versicherung als Kooperationspartner der Krankenkasse unzulässig. Vielmehr muss der Tarif zwingend als eigene Leistung der Krankenkasse angeboten werden. Ein Zusammenschluss mehrerer Kassen zu einem Pool ist demgegenüber jedoch möglich. Nach § 53 Abs. 6 Satz 2 SGB V sind entsprechend der Leistungserweiterung „Prämienzahlungen“ des Versicherten vorzusehen. Daraus folgt, dass die beitragsrechtlichen Vorschriften des SGB V nicht unmittelbar Anwendung finden und z.B. Säumniszuschläge nicht erhoben werden dürfen. Ebenso fehlt es an einer Anspruchsgrundlage für die Erhebung von Verzugszinsen. Eine Aufrechnung von Prämien schulden mit dem Anspruch auf Wahltarifkrankengeld ist jedoch möglich, ebenso wie eine Ruhensregelung im Falle des Zahlungsverzuges. Im Interesse einer einheitlichen Betrachtungsweise der beitragsrechtlichen Folgen des Wahltarifkrankengeldes in allen Zweigen der Sozialversicherung hält das Bundesministerium für Gesundheit die Beitragsfreiheit nach § 224 SGB V und den Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO bei

Bezug von Wahltarifkrankengeld für gegeben.

Da der Gesetzgeber in § 53 Abs. 6 SGB V den bezugsberechtigten Personenkreis abschließend geregelt hat, besteht kein Raum für die Einführung einer Altersgrenze, bis zu der der Wahltarif anzubieten ist bzw. ein Mitglied einen solchen Tarif wählen kann. Einzig ausschlaggebend ist die Zugehörigkeit zu einer der im Gesetz genannten Personengruppen.

Für versicherungspflichtige Künstler und Publizisten besteht die Besonderheit, dass diesem Personenkreis ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wieder das gesetzliche Krankengeld zusteht. Das Gesetz schreibt vor, dass für diese Versicherte mindestens für die Zeit vom 15. bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeldwahltarif anzubieten ist. Hierbei ist eine Ausweitung des Wahltarifangebotes auf einen früheren Zeitpunkt (z.B. ab dem 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit) möglich. Ein über den 42. Tag hinausgehendes Wahltarifkrankengeld ist jedoch für diese Personen unzulässig. Das Wahltarifkrankengeld kann das gesetzliche Krankengeld nicht ersetzen und auch nicht im Sinne einer Höherversicherung ergänzen.

Bei den in § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V genannten Personen (insb. unständig Beschäftigte) kann es bei nicht Bestehen einer freiwilligen Versicherung zu Lücken bei der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung, bei der der Wahltarif abgeschlossen wurde, kommen. Für den Fall der „versicherungsfreien Zeit“ kann die Satzung bestimmen, dass der Anspruch auf Wahltarifkrankengeld für die Zeit bis zur Aufnahme einer neuen Beschäftigung ruht. Prämien dürfen dann jedoch nicht erhoben werden, Leistungen müssen nicht erbracht werden.

Der Gesetzgeber beabsichtigt bis zum Abschluss der jetzigen Legislaturperiode in dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften die jetzt gültigen Krankengeldwahltarife zum 31. Juli 2009 auslaufen zu lassen. Das Thema Wahltarifkrankengeld wird also auch im nächsten Berichtsjahr aktuell sein.

1.5 Strukturierte Behandlungsprogramme

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programms - DMP) verfolgen das Ziel, die Behandlungs- und Betreuungsprozesse chronisch Kranker über die Grenzen der einzelnen Versorgungssektoren hinweg zu koordinieren und auf der Grundlage medizinischer Evidenz zu optimieren. Dadurch sollen insbesondere Folgeerkrankungen vermieden und eine effektivere und wirtschaftlichere Versorgung gewährleistet werden. Rechtsgrundlage für die DMP, die im Jahre 2002 eingeführt wurden, sind das SGB V und die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV). Das Bundesversicherungsamt ist zuständig für die Zulassung der DMP. Das Bundesversicherungsamt prüft in medizinischer und rechtlicher Hinsicht, ob die von den gesetzlichen Krankenkassen eingereichten Programme und die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern (z.B. Ärzte, Krankenhäuser) bzw. Dritten (z.B. Datenstellen) mit den Anforderungen der RSAV übereinstimmen. Dadurch werden die Einheitlichkeit des Verfahrens und die neutrale Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen sichergestellt.

Aktuell können Krankenkassen die Zulassung von DMP für folgende Krankheitsbilder beantragen:

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2,
- Brustkrebs,
- Koronare Herzkrankheit (KHK),
- Asthma bronchiale,
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD).

Bis Ende des Jahres 2008 wurden insgesamt 22.415 Erst- und Wiedenzulassungen erteilt. Die Gesamtzahl der im Jahre 2008 erteilten Zulassungen beläuft sich auf 832 (2007: 7.492; 2006: 7.881). Der starke Rückgang der Zulassungen gegenüber den Vorjahren ist dadurch bedingt, dass sich der Zulassungszeitraum für eine Vielzahl bereits laufender DMP infolge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ab dem 1. April 2007 um bis zu zwei weitere Jahre auf höchstens fünf Jahre verlängert hat. Das Bundesversicherungsamt hat sich im Jahr 2008 aufgrund der Änderung von DMP-Rechtsvorschriften in erheblichem Maße mit der Prüfung von Änderungen in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern befasst. Näheres zu den Zulassungszahlen sowie zur Zahl der in ein DMP eingeschriebenen Versicherten ist den nachfolgenden Übersichten zu entnehmen:

Indikation	erteilte Zulassungen in		
	2006	2007	2008
DM Typ 2	2.295	645	29
DM Typ 1	1.145	1.200	345
Brustkrebs	1.334	933	35
KHK	1.681	641	45
Asthma	639	2.102	188

COPD	787	1.971	190
insgesamt	7.881	7.492	832

Im Hinblick auf eingetretene Fusionen zwischen Krankenkassen und dem dadurch bedingten Zusammenlegen von DMP sind derzeit insgesamt 14.810 Programme mit mehr als 5,5 Millionen eingeschriebenen Versicherten zugelassen:

Indikation	Laufende Programme	Eingeschriebene Versicherte
	im März 2009	im März 2009
DM Typ 2	2.353	2.923.348
DM Typ 1	2.425	115.247
Brustkrebs	2.352	117.541
KHK	2.504	1.403.526
Asthma	2.584	542.614
COPD	2.591	413.201
insgesamt	14.810	5.515.477

Auch im Jahre 2008 wurden die Verfahrensvereinfachungen fortgeführt: Zum 1. Juli 2008 erfolgte für alle Indikationen mit Ausnahme Brustkrebs die Umstellung auf eine ausschließlich elektronische Erfassung und Weiterleitung der DMP-Dokumentationen. Die entsprechende Umstellung der DMP Brustkrebs wird bis zum 1. Juli 2009 erfolgen.

Ansprechpartner des Bundesversicherungsamtes für die Klärung grundsätzlicher Rechtsfragen des Zulassungsverfahrens ist ab dem Jahr 2009 der neu gegründete GKV-Spitzenverband.

Das Jahr 2008 stand auch im Zeichen der Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme. Die Ergebnisse der Evaluation sind ausschlaggebend für die Wiedenzulassung von Behandlungsprogram-

men. Das Bundesversicherungsamt hat zu diesem Zweck gemäß § 28g Abs. 2 RSAV unter Beteiligung eines wissenschaftlichen Beirates durch Vorgaben methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die Evaluationen der DMP der einzelnen Krankenkassen diagnosebezogen vergleichbar sind. Die Vergleichbarkeit der Berichte ist erreicht worden, indem die Daten im Hinblick auf eine Reihe von Patientenmerkmalen risikoadjustiert wurden.

Mittlerweile liegen die risikoadjustierten Abschlussberichte zu den DMP Diabetes mellitus Typ 2 für die Zulassungsjahre 2003 bis 2006 vor, die einen Vergleich der jeweiligen Programme untereinander erlauben. Die Auswertung der Ergebnisse hat ergeben, dass kein Anlass besteht, die weitere Zulassung der DMP in Frage zu stellen. Bei vielen DMP lässt sich in den Einzelanalysen im Zeitablauf tendenziell insbesondere eine Verbesserung der Blutdruckkontrolle und des Raucherstatus (Aufgabe des Rauchens) beobachten. Außerdem konnte die Blutzucker-Einstellung bei einer Vielzahl von DMP gehalten oder verbessert werden. Der Vergleich der risikoadjustierten Mittelwerte bei den einzelnen medizinischen Zielgrößen mit den bisherigen Ergebnissen aus Studien zeigt, dass bei allen an DMP teilnehmenden Patientinnen und Patienten die erhobenen Werte bzw. Mittelwerte bei einer Reihe von Zielwerten deutlich positiver ausfallen als die Studienergebnisse. Aus den vorliegenden medizinischen Daten kann die Hypothese abgeleitet werden, dass die an DMP teilnehmenden Versicherten von der Teilnahme deutlich profitieren.

Im Vergleich der jeweiligen Programme untereinander gab es bei den Leistungsausgaben sowie den Verwaltungs- und Qualitätssicherungskosten sichtbare Un-

terschiede. Demgegenüber waren bei den medizinischen Parametern die Unterschiede überwiegend geringer. Dennoch lassen sich auch hier eine Reihe von statistischen Trends und Mustern erkennen, die Hypothesen zu Unterschieden zwischen den einzelnen DMP ermöglichen:

- Die besseren medizinischen Ergebnisse in den DMP beruhen zunächst auf der Anwendung der evidenzbasierten Medizin und auf einer koordinierteren Behandlung in den einzelnen Versorgungsebenen.
- Das unterschiedliche Engagement der Krankenkassen bei der patientenorientierten Qualitätssicherung, das auch in den aufgewendeten Kosten für die Qualitätssicherung zum Ausdruck kommt, beeinflusst ebenfalls die medizinischen Ergebnisse. Auch sozioökonomische Unterschiede bei den Patienten haben auf die Wirksamkeit der Qualitätssicherungsmaßnahmen Einfluss.
- Die Dauer der für die Behandlung der Diabetiker bestehenden besonderen Strukturen in einer Region kann auch Auswirkungen auf die medizinischen Ergebnisse haben.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 entfiel der bisherige Ausgleich der erhöhten standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen für DMP-Versicherte im Risikostrukturausgleich. Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen stattdessen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen (sog. Programmkostenpauschale). Die Höhe der Programmkostenpauschale für

das Jahr 2009 für einen eingeschriebenen Versicherten beträgt infolge einer Festlegung des GKV-Spitzenverbandes 180 Euro.

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung

2.2 Eingabenstatistik

2.3 Aufsicht bei Pflegekassen

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung

Im Jahr 2008 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Überschuss in Höhe von rd. 629 Mio. € während im Vorjahr noch ein Defizit in Höhe von rd. 337 Mio. € angefallen ist. Dieser Überschuss wurde durch die Erhöhung des Beitragssatzes von 1,7 v.H. auf 1,95 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 01. Juli 2008 ermöglicht. Der sogenannte Kinderlosenzuschlag in Höhe von 0,25 v.H. blieb unverändert.

Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben, Verwaltungskosten, Kosten des Medizinischen Dienstes und sonstige Ausgaben) der sozialen Pflegeversicherung betragen rd. 19,134 Mrd. Euro. Es entspricht einem Anstieg in Höhe von + 3,78 vom Hundert gegenüber dem Vorjahr. Hiervon entfallen auf die Leistungsausgaben rd. 18,187 Mrd. Euro; dies bedeutet eine Veränderung von + 3,71 vom Hundert gegenüber dem Vorjahr.

Den Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von rd. 19,763 Mrd. Euro gegenüber, die infolge der Beitragserhöhung zum 01. Juli 2008 um rd. 9,06 vom Hundert gegenüber dem Vorjahr gestiegen sind. Die Gesamteinnahmen umfassen neben den Beitragseinnahmen der Pflegekassen auch die Beiträge, die unmittelbar an den Ausgleichsfonds gezahlt werden (z.B. pauschale Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistende nach § 20 Abs. 1 und 3 SGB XI i.V.m. § 193 SGB V), sowie Zinseinnahmen und sonstige Einnahmen. Die Gesamtbeitragseinnahmen haben sich gegenüber dem Vorjahr um rd. 9,71 vom Hundert auf rd. 19,605 Mrd. Euro erhöht. Die

Beitragseinnahmen der Pflegekassen stiegen um rd. 9,39 Prozent, die des Ausgleichsfonds um rd. 8,24 vom Hundert.

Die folgenden Tabellen 1 und 2 zeigen die Gesamteinnahmen und die Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung für das Jahr 2008 und die Veränderung gegenüber den jeweiligen Vorjahreswerten:

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2008	
EINNAHMEN	Beträge in Mio. €
Beitragseinnahmen	rd. 19.606
Summe der sonstigen Einnahmen	rd. 157
Einnahmen insgesamt	rd. 19.763
AUSGABEN	Beträge in Mio. €
Leistungsausgaben	rd. 18.187
Verwaltungskosten	rd. 658
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	rd. 284
Sonstigen Ausgaben	rd. 5
Ausgaben insgesamt	rd. 19.134
Jahresüberschuss	rd. 629
Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung Vergleich 2008 zu 2007	
EINNAHMEN	Veränderungen in v.H.
Beitragseinnahmen	+ 9,17
Summe der sonstigen Einnahmen	- 3,61
Einnahmen insgesamt	+ 9,06
AUSGABEN	Veränderungen in v.H.
Leistungsausgaben	+ 3,71
Verwaltungskosten	+ 5,42
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	+ 5,33
Sonstigen Ausgaben	+ 5,14
Ausgaben insgesamt	+ 3,78

Quelle: Statistiken PVM und PS

Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung

Der Zweck des Finanzausgleiches nach den §§ 66 ff. SGB XI besteht darin, bei den Pflegekassen, deren monatliche Leistungsausgaben und sonstige Ausgaben die Beitragseinnahmen und sonstige Einnahmen übersteigen, die Betriebsmittel und gegebenenfalls die Rücklage aufzufüllen. Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand insgesamt rd. 8,214 Mrd. Euro an solche Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 0,685 Mrd. Euro.

Die jährlichen Werte des Transfervolumens seit 1996 können der nachstehenden Tabelle entnommen werden:

Tabelle 3: Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung Jährliche Transfersumme an die Pflegekassen in Mio. €	
1996	4.720 €
1997	5.834 €
1998	6.692 €
1999	6.813 €
2000	7.153 €
2001	7.242 €
2002	7.574 €
2003	7.866 €
2004	8.091 €
2005	7.859 €
2006	7.474 €
2007	8.171 €
2008	8.214 €

Im Jahr 2008 wurde wieder für das vorangegangene Kalenderjahr 2007 ein erweiterter Jahresausgleich in der sozialen Pflegeversicherung nach § 68 SGB XI durchgeführt. Mit Hilfe dieses Verfahrens wurden sachliche und rechnerische Fehler, welche

unterjährig im monatlichen Ausgleichsverfahren nach § 67 SGB XI nicht berücksichtigt wurden, korrigiert.

Entwicklung des Mittelbestandes

Die Liquiditätsreserve – oder auch Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung -, die sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen zusammensetzt, betrug zum Jahresbeginn rd. 3,077 Mrd. Euro. Innerhalb des Jahres 2008 erhöhte sich die Liquiditätsreserve bis zum Jahresende auf rd. 3,703 Mrd. Euro

Tabelle 4: Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung in Mio. €	
1996	4.017 €
1997	4.804 €
1998	4.928 €
1999	4.889 €
2000	4.769 €
2001	4.702 €
2002	4.864 €
2003	4.171 €
2004	3.311 €
2005	2.945 €
2006	3.396 €
2007	3.077 €
2008	3.703 €

Stichtag: jeweils 31.12. des Jahres

2.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
PV	166

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

2.3 Aufsicht bei Pflegekassen

Abgrenzung der Leistungspflicht für Hilfsmittel zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung

Nach wie vor stellt das Bundesversicherungsamt im Rahmen seiner Aufsichtsführung fest, dass die Leistungsbewilligung bzw. die Abgrenzungsprüfung zwischen den Trägern der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung für Hilfsmittel als problematisch anzusehen ist. Weiterhin ist dieser Bereich als Kernpunkt der Aufsichtstätigkeit anzusehen. Sowohl im Rahmen der Bearbeitung von Einzeleingaben der Versicherten als auch bei den vorgenommenen Aufsichtsprüfungen nach § 88 SGB IV i.V.m. § 46 Abs. 6 SGB XI musste festgestellt werden, dass das Verwaltungshandeln der Versicherungsträger auch im Jahre 2008 aufsichtsrechtlichen Bedenken begegnete.

Mit Rundschreiben vom 1. September 2008 (siehe unter www.bva.de) hat das Bundesversicherungsamt erneut seine aufsichtsrechtliche Haltung zur Anwendung des im § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI verankerten Subsidiaritätsprinzips konkretisiert. Anlass hierzu gab ein am 15. November 2007 ergangenes Urteil des Bundessozialgerichtes (Az.: B 3 A 1/07 R), dessen Urteilsgründe im März 2008 vorlagen. Hiernach hat zunächst die Krankenkasse die jeweils vorgreifliche Entscheidung nach § 33 SGB V zu treffen. Erst nach Abschluss dieser Prüfung ist der Weg für eine Anspruchsprüfung nach § 40 Abs. 1 SGB XI eröffnet. Von der Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung ist auszugehen, wenn die Gewährung eines Gegenstandes als Hilfsmittel im **Einzelfall ausschließlich** den Tatbestandsmerkmalen des § 40 Abs. 1 SGB XI dient oder diesen Tatbestandsmerkmalen **ganz überwiegend** dient

und nur **marginal bzw. in äußerst geringem Maß**, also nur im Reflex, ein Tatbestandsmerkmal des § 33 SGB V (z. B. Behinderungsausgleich) erfüllt wird.

Weiter betonte das Gericht, dass das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Abs. 1 SGB V sowie das als Anlage zu diesem Verzeichnis nach § 78 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu erstellende Pflegehilfsmittelverzeichnis als reine Auslegungs- und Orientierungshilfen für die medizinische und pflegerische Praxis zu verstehen sind. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes verkörpern das Hilfsmittelverzeichnis bzw. das Pflegehilfsmittelverzeichnis keine abschließende, die Leistungspflicht des einen oder anderen Versicherungszweiges im Sinne einer „Positivliste“ beschränkende Regelung.

Zudem ist auf die jüngste Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes vom 12. Juni 2008 (Az.: B 3 P 6/07 R) hinzuweisen, wonach die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auch bei Vorliegen eines mittelbaren Behinderungsausgleichs gegeben ist.

Eine Überprüfung der Arbeitsanweisungen zur Hilfsmittelgewährung nach § 40 SGB XI aller der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Pflegekassen führte zu dem Ergebnis, dass der überwiegende Anteil der praktischen Handreichungen als fehlerbehaftet anzusehen ist und deren Anwendung in der Praxis somit eine rechtsfehlerhafte Abgrenzungsentcheidung nach sich zieht.

Das Bundesversicherungsamt wird diesem Themenbereich bei seinen Aufsichtsprüfungen auch künftig ein besonderes Augenmerk zukommen lassen. Hierzu hat sich der Präsident des Bundesversicherungsamtes bereits im Schreiben vom 11. November 2008 an die Vorstände aller bundes-

unmittelbaren Pflegekassen gewandt und dabei unterstrichen, einem rechtswidrigen Verwaltungshandeln mit allen dem Bundesversicherungsamt zur Verfügung stehenden aufsichtsrechtlichen Mitteln entgegenzutreten.

3. UNFALLVERSICHERUNG

- 3.1 Finanzen der Gesetzlichen Unfallversicherung
- 3.2 Eingabenstatistik
- 3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten
- 3.4 Aufsichtsprüfungen

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Finanzen der Gesetzlichen Unfallversicherung

Im Berichtszeitraum haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften ihre Anzahl in eigener Verantwortung durch Fusionen weiter verringert.

Zum 1. Januar 2008 wurden die Vereinigungen der Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik (BGFE) mit der Textil- und Bekleidungs-Berufsgenossenschaft (TBBG) zur Berufsgenossenschaft Elektro Textil Feinmechanik (BGETF) sowie der Großhandels- und Lagererei-Berufsgenossenschaft (GroLa-BG) mit der Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel (BGE) zur Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW) wirksam.

Die Genehmigungsverfahren für die Fusionen der Berufsgenossenschaft Elektro Textil Feinmechanik (BGETF) mit der Berufsgenossenschaft der Gas-, Fernwärme- und Wasserwirtschaft (BGFW) zum 1. April 2009 sowie der Rohstoffe-Berufsgenossenschaften Bergbau, Chemie, Lederindustrie, Papiermacher, Steinbruch und Zucker zur Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BGRCI) zum 1. Januar 2010 wurden im Jahr 2008 eingeleitet. Die Vorprüfung der getroffenen Vereinbarungen ist weitgehend abgeschlossen.

Ebenfalls im Berichtszeitraum wurden die erforderlichen Genehmigungen für die Fusion der zum 1. Januar 2009 aus der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) und der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie (BGGK) entstandenen neuen Verwaltungs-Berufsgenossenschaft mit der Berufsgenossenschaft der

Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen (BG Bahnen) zum 1. Januar 2010 erteilt. In diesem Zusammenhang bestand die Besonderheit, dass die Genehmigungen zu einem Zeitpunkt zu erteilen waren, als der aus VBG und BGGK durch Fusion zum 1. Januar 2009 hervorgegangene Unfallversicherungsträger noch nicht in die Rechte und Pflichten der bisherigen Berufsgenossenschaften eingetreten war. VBG und BGGK hatten also schon vor Entstehung des neuen Trägers zum 1. Januar 2009 dessen Auflösung zum 1. Januar 2010 durch die weitere Fusion mit der BG Bahnen beschlossen. Es war daher erforderlich, dass die Selbstverwaltung der zum 1. Januar 2009 neu entstandenen Verwaltungs-Berufsgenossenschaft alle Beschlüsse nochmals bestätigt, bevor das Bundesversicherungsamt gemäß § 118 Abs. 1 Satz 6 SGB VII den Zeitpunkt bestimmt, an dem die Vereinigung wirksam wird.

Regelung der internen Lastenverteilung nach § 118 Abs. 4 SGB VII i.d.F. des UVMG

Infolge des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz - UVMG) ergab sich bei den Berufsgenossenschaften, bei denen eine Fusion bevorstand oder die kürzlich fusioniert hatten, vielfach Beratungs- bzw. Harmonisierungsbedarf. Insbesondere traten die Berufsgenossenschaften mit dem Anliegen an uns heran, vor dem Hintergrund des neuen Lastenverteilungsrechts einen internen Ausgleich der Lasten vereinbaren und ausgestalten zu wollen. Ziel des internen Lastenausgleichs ist grundsätzlich, die Be- und Entlastungen, die sich ohne die Fusion für die früheren Fusionspartner unter Zugrundelegung des neuen Lastenverteilungs-

rechts ergeben würden, zur Grundlage einer Verteilung zwischen den früheren Zuständigkeitsbereichen der neuen Berufsgenossenschaft zu machen. Unter Bezugnahme auf § 118 Abs. 4 SGB VII i.d.F. des UVMG sollen hierbei für einen Übergangszeitraum die von der neuen Berufsgenossenschaft zu tragenden Lasten auf die bisherigen Zuständigkeitsbereiche der fusionierten Partner in dem Verhältnis der Lasten verteilt werden, als ob eine Fusion nicht stattgefunden hätte. Die Vorgehensweise macht neben der vom Bundesversicherungsamt durchzuführenden Berechnung des Überaltlastausgleichs eine „Zweitberechnung“ für den fiktiven Fall der nicht erfolgten Fusion erforderlich, die die Berufsgenossenschaften in Zusammenarbeit mit der DGUV selbst vornehmen.

Aufsichtsrechtlich ergeben sich keine grundsätzlichen Bedenken gegen eine derartige interne Verteilung von Lasten. Im Hinblick auf die Beitragswirksamkeit der Regelungen wird von den Fusionspartnern jedoch eine eindeutige Festlegung sowie eine konkrete, nachvollziehbare Darstellung verlangt, wie die Verteilung der Lasten „als ob eine Vereinigung nicht stattgefunden hätte“ erfolgen soll. Darüber hinaus ist die jeweils beabsichtigte Vorgehensweise in abstrakter Formulierung in der Satzung festzuschreiben. Aus Gründen der Transparenz der Beitragsgestaltung ist schließlich erforderlich, die Berechnungsgrundlagen und den Rechenweg zur internen Lastenverteilung den versicherten Unternehmen in geeigneter Weise bekannt zu geben, z.B. als ergänzende Erläuterung im Beitragsbescheid oder im Rahmen des Internetauftritts des Trägers.

Berücksichtigung von Beiträgen zur gemeinsamen Tragung der Rentenlasten nach § 178 Abs. 2 und 3 SGB VII i.d.F. des UVMG

Infolge des Inkrafttretens des UVMG stellte sich bei den Berufsgenossenschaften auch die Frage, ob die Beiträge zur gemeinsamen Tragung der Rentenlasten nach dem neuen Lastenverteilungsrecht, insbesondere zum Lastenausgleich nach Neurenten (§ 178 Abs. 2 Nr. 1 und Abs. 3 Nr. 1 SGB VII i.d.F. des UVMG) rechtlich zulässig in das Beitragsausgleichsverfahren (§ 162 SGB VII) einbezogen werden können.

Nach bisheriger Rechtslage beeinflusste § 162 SGB VII aufgrund seines Wortlauts und der Einordnung im Gesetz nur den Eigenumlagebeitrag, jedoch nicht die Beiträge für den Lastenausgleich nach § 176 SGB VII.

Die Verteilung der Überaltlast nach Entgelten nach neuem Recht orientiert sich an dem Verteilungsverfahren des bisherigen Lastenausgleichsrechts, weist also die gleichen Merkmale wie die klassische Fremduumlage auf. Das Bundesversicherungsamt hat deshalb keine Bedenken gegen die Auffassung, wonach die Beiträge zur Lastenverteilung nach Entgelten beim Beitragsausgleichsverfahren nicht zu berücksichtigen sind.

Demgegenüber stellt die Verteilung der Überaltlast nach Neurenten quasi eine Verteilung nach einem neuen berufsgenossenschaftsübergreifenden Neurenten-Lasttarif dar, so dass dieser Beitrag zur Lastenverteilung systematisch wie die „klassische“ Eigenumlage behandelt werden kann.

Trotz der systematischen Zulässigkeit ist eine entsprechende Berechnung des Beitragsausgleiches jedoch nicht zwingend. Wegen des weiten Gestaltungsspielraums der Träger im Rahmen des - durch das UVMG unveränderten - § 162 SGB VII obliegt es ihren Selbstverwaltungen, eine derartige Verfahrensweise für ihren Träger zu prüfen und ggf. einzuführen.

Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (UVMG) wurde dem Bundesversicherungsamt die Durchführung der jährlichen Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften übertragen. Die neu gestaltete Lastenverteilung wird schrittweise eingeführt und ersetzt den bisherigen Lastenausgleich in der gewerblichen Unfallversicherung, der von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) durchgeführt wird. Für das Ausgleichsjahr 2008 wird der Lastenausgleich noch zu 85 Prozent und die Lastenverteilung erstmals zu 15 Prozent berechnet. Im Jahr 2014 wird die Lastenverteilung dann den Lastenausgleich vollständig abgelöst haben. Jede Berufsgenossenschaft trägt im Rahmen der neuen Lastenverteilung - unter Beibehaltung des Branchenprinzips und der primären Verantwortlichkeit der einzelnen Gewerbezweige für die von Ihnen verursachten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten - eigene Rentenlasten entsprechend ihrer aktuellen Wirtschaftsstruktur. Alte Lasten (sog. Überaltlast), die hierzu nicht mehr in einem angemessenem Verhältnis stehen, werden von allen Berufsgenossenschaften gemeinsam getragen. Zur Vorbereitung der Lastenverteilung hat das Bundesversicherungsamt am 18. November 2008 eine Arbeitstagung mit den gewerblichen Berufsgenossenschaften unter Beteiligung der DGUV und des BMAS veranstaltet. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurden das geplante Verwaltungsverfahren, die maßgeblichen Meldeformulare und das Berechnungsmodell vorgestellt und diskutiert. Im März 2009 hat das Bundesversicherungsamt die Lastenverteilung für das Ausgleichsjahr 2008 erstmals berechnet. Insgesamt wurden im Rahmen der Lastenverteilung 2008 135,5 Mio. Euro von den

elf ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften auf die zwölf empfangsberechtigten Berufsgenossenschaften umverteilt. Die Ergebnisse sind im Einzelnen in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Lastenverteilung 2008	
Berufsgenossenschaft	Ausgleichsbeträge*)
Bergbau	55.576.514,15 €
Steinbruch	5.060.680,36 €
Glas und Keramik	2.591.587,13 €
Gas, Fernwärme und Wasser	- 3.086.426,63 €
Hütten- und Walzwerk	5.467.475,77 €
Maschinenbau und Metall	5.338.269,80 €
Metall Nord Süd	-17.491.465,13 €
Elektro Textil Feinmechanik	-19.342.234,89 €
Chemie	-3.997.372,71 €
Holz	6.384.343,04 €
Papiermacher	696.254,34 €
Druck und Papier	-2.611.890,45 €
Lederindustrie	246.682,13 €
Nahrungsmittel und Gastst.	-415.113,60 €
Fleischerei	633.266,28 €
Zucker	78.637,23 €
Handel und Warendistribution	-24.328.905,26 €
Verwaltung	-43.807.961,63 €
Straßen-, U- u. Eisenbahnen	-1.108.493,73 €
Fahrzeughaltungen	-8.793.374,82 €
See	1.615.501,51 €
Gesundheitsdienst u. Wohlf.	-10.510.986,66 €
Bauwirtschaft	51.805.013,77 €

*) Ausgleichsberechtigung (positiver Wert) bzw. Ausgleichsverpflichtung (negativer Wert).

3.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
UV	330

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten

Gefahrtarifangelegenheiten

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr erneut verschiedene Berufsgenossenschaften bei der Aufstellung ihrer Gefahrtarife beraten und zur Genehmigung vorgelegte Gefahrtarife geprüft. Zudem hat das Bundesversicherungsamt Berufsgenossenschaften im Hinblick auf die weiteren, noch bevorstehenden Fusionen zu gefahrtariflichen Fragen beraten.

In einem Fall war einer Berufsgenossenschaft im Hinblick auf die Erleichterung einer bevorstehenden Fusion und die Aufstellung eines für einen späteren Zeitpunkt geplanten gemeinsamen Gefahrtarifs mit einheitlicher Berechnungsmethode daran gelegen, die Berechnungsweise schon bei der Aufstellung ihres neuen, bis zur Aufstellung des gemeinsamen Gefahrtarifs geltenden Gefahrtarifs zu ändern. So sollte die Länge des Beobachtungszeitraums auf fünf Jahre verkürzt, zukünftig ein reiner Neulastgefahrтарif ohne Umrechnung der Belastungsziffern im Verhältnis Altlast zu Neulast aufgestellt und das Eckgewerbszweigverfahren abgeschafft werden. Da die Länge des Beobachtungszeitraums gesetzlich nicht festgeschrieben ist, hat das Bundesversicherungsamt gegen die vorgeschlagene Änderung – zumal der Fünfjah-

reszeitraum die Regel ist - keine Bedenken. Hinsichtlich der Berechnung der Belastungsziffer legen die Unfallversicherungsträger überwiegend die Neulast zugrunde, so dass auch gegen die Umstellung auf einen reinen Neulastgefahrтарif keine Bedenken bestanden. Das Eckgewerbszweigverfahren ist eine Möglichkeit der Umrechnung der Belastungsziffer. Umrechnungen haben keine beitragsmäßigen Auswirkungen (vgl. hierzu auch Ausführungen im Tätigkeitsbericht 2001, S. 69). Eine solche Umrechnung ist möglich, aber nicht zwingend, weshalb es grundsätzlich im Ermessen des Versicherungsträgers steht, ob er ein solches Umrechnungsverfahren abschafft.

Die Änderungen insgesamt bewirkten ein Absinken der Gefahrklassen der einzelnen Tarifstellen des neuen Gefahrtarifs gegenüber dem derzeitigen Gefahrtarif, bei gleichzeitigem Anstieg des Beitragsfußes. Die Berufsgenossenschaft wurde darauf hingewiesen, dass für die Mitgliedsunternehmen die Veränderungen transparent gemacht werden müssen.

In verschiedenen anderen Fällen stellte sich die Frage, wie aufgrund der stetigen Verringerung von Lohnsummen auf seit Jahren immer kleiner werdende Tarifstellen bzw. Gewerbebezüge reagiert werden kann.

In Betracht kamen die Auflösung oder Verschmelzung von Tarifstellen, die Zuordnung von Gewerbebezügen zu einer anderen Tarifstelle oder die abweichende Festsetzung der Gefahrklasse.

Hinsichtlich der Frage, ob einzelne Gewerbebezüge aus dem Gefahrtarif bei der Aufstellung eines neuen Gefahrtarifs herausgenommen, bzw. zu einem anderen Gewerbebezug der selben Tarifstelle umgruppiert werden können, ist das Bundes-

versicherungsamt der Auffassung, dass dies grundsätzlich möglich ist. Die Zuordnung der Unternehmen muss bei der Gefahrklassenberechnung und der Veranlagung übereinstimmen. Die Berechnungsmasse muss regelmäßig der Veranlagungsmasse entsprechen. Die Unternehmen sind nach der Gefahrklasse derjenigen Tarifstelle zu veranlagern, bei deren Berechnung das Zahlenmaterial dieser Unternehmen berücksichtigt wurde. Außerdem hat die Zusammenfassung von Gewerbszweigen zu Tarifstellen nach den Belastungsverhältnissen unter Beachtung technologischer und wirtschaftlicher Zusammenhänge zwischen den zusammenzufassenden Gewerbszweigen zu erfolgen.

Hinsichtlich der Tarifstellengröße hat das Bundesversicherungsamt in der Vergangenheit bei der Frage der Einrichtung einer neuen Gefahr tariffstelle einen Richtwert von 1.000 Vollzeitbeschäftigten, beziehungsweise die Höhe der für sie gezahlten Entgelte genannt. Dies dient der Gewährleistung des gemäß § 157 Abs. 2 SGB VII notwendigen versicherungsmäßigen Risikoausgleichs. Allerdings handelt es sich hierbei nur um eine Empfehlung, die eine Einzelfallbetrachtung nicht ersetzt. Im Ergebnis kann ein abweichendes Vorgehen geboten sein. Zudem muss zwischen der Einrichtung einer neuen Tarifstelle (vgl. Tätigkeitsbericht 2001, S. 69 ff.) und der Auflösung einer bestehenden Tarifstelle, die hier in Frage stand, differenziert werden, da die rechtlichen Anforderungen hieran nicht vollkommen gleich sind.

Bei der vorliegend allein interessierenden Frage der Auflösung einer bestehenden Gefahr tariffstelle hat der Unfallversicherungsträger einen weiten Ermessensspielraum, da hier in das oftmals jahrelang bestehende Gefüge eines Gefahr tariffs eingegriffen wird. Es handelt sich bei Gefahr tar-

rifen um autonomes Recht, bei dessen Schaffung der Vertreterversammlung des jeweiligen Unfallversicherungsträgers stets ein weiter Beurteilungsspielraum zusteht. Auch das Bundessozialgericht hat bereits festgestellt, dass Änderungen einer Tarifstelle erst nach Ablauf einer ausreichenden und angemessenen Zeit herbeizuführen sind.

Hinzuweisen war im Berichtsjahr auch darauf, dass es sich bei der Vereinbarung über die Gefahr tariff- und Beitragsgestaltung nach § 118 Abs. 1 SGB VII – anders als beim Gefahr tariff selbst – nicht um autonomes Recht handelt. Autonomes Recht – also Satzungen und sonstiges autonomes Recht – sind Vorschriften, die der Versicherungsträger im Rahmen der Gesetze mit Wirkung auch für Dritte erlässt. Die Vereinbarung Gefahr tariff- und Beitragsgestaltung ist jedoch eine Vereinbarung zwischen den Fusionspartnern, der keine unmittelbare Drittwirkung zukommt. Somit ist sie nicht als sonstiges autonomes Recht anzusehen.

Die fusionierenden Berufsgenossenschaften, die die in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen der Fusionspartner derzeit geltenden Gefahr tarife zunächst beibehalten und erst in Zukunft einen gemeinsamen Gefahr tariff aufstellen möchten, wurden darauf hingewiesen, dass die in § 157 Abs. 5 SGB VII geregelte Höchstlaufzeit der geltenden Gefahr tarife von sechs Jahren beachtet werden muss und dies in der Vereinbarung über die Gefahr tariffgestaltung aus Klarstellungsgründen in geeigneter Weise kenntlich gemacht werden sollte. Sollte bis zu dem Zeitpunkt, in dem einer der noch geltenden Gefahr tarife eines Fusionspartners ausläuft, noch kein gemeinsamer Gefahr tariff beschlossen worden sein, muss in dem bisherigen Zuständig-

keitsbereich dieses Fusionspartners ein neuer Gefahrarif beschlossen werden.

Im Hinblick auf ein Fusionsvorhaben wurde die Frage an die Aufsicht herangetragen, ob der gemäß § 158 Abs. 1 SGB VII vom Bundesversicherungsamt zu genehmigende Gefahrarif auch rückwirkend in Kraft gesetzt werden könne. Wir haben die Fusionspartner darauf hingewiesen, dass eine rückwirkende Inkraftsetzung des Gefahrarifs im Sinne einer unechten Rückwirkung grundsätzlich genehmigungsfähig ist. Wird der Gefahrarif erst im Jahr seiner Gültigkeit beschlossen, liegt ein Fall der unechten Rückwirkung vor. Diese rückwirkende Inkraftsetzung des Gefahrarifs im bereits laufenden Erstanwendungsjahr ist grundsätzlich zulässig. Jedoch ist eine Gefahrklasse unwirksam, die eine rückwirkende Beitragserhöhung um mehr als das Dreifache zur Folge hat. Dies wird mit dem Ausmaß der Belastung begründet. Da es sich bei den Unfallversicherungsbeiträgen um Lohnnebenkosten handelt und diese in die unternehmerische Kalkulation einfließen, ist eine Begrenzung aus Vertrauensschutzgründen für die Unternehmer erforderlich.

Genehmigungsfähigkeit von Satzungsbestimmungen mit dem Inhalt eines Kündigungs-/Ablehnungsrechts bzgl. der Zusatzversicherung durch den Versicherungsträger

Bei Prüfung der Genehmigungsfähigkeit eines Satzungsantrages eines Unfallversicherungsträgers ergaben sich rechtliche Bedenken bezüglich der Einführung eines Kündigungsrechts für die Zusatzversicherung für selbstständig Tätige und kraft Satzung versicherte Unternehmer und Ehegatten. Vergleichend mit den satzungsrechtlichen Bestimmungen anderer Berufsgenossenschaften war insoweit festzustellen,

dass in den Satzungen mehrerer Träger bereits eine entsprechende Regelung enthalten war, die diese zur Kündigung der Zusatzversicherung berechtigte, sofern Umstände einträten bzw. bekannt würden, die das Versicherungsrisiko wesentlich erhöhten.

Die zur Erlangung einer einheitlichen Rechtsauffassung durchgeführte grundsätzliche Prüfung hatte zum Ergebnis, dass im Gegensatz zur Zeit vor Inkrafttreten des SGB VII im Jahre 1997, als Einrichtung und Ausgestaltung einer Zusatzversicherung im Ermessen des jeweiligen Unfallversicherungsträgers standen, heute sowohl durch § 83 Satz 2 SGB VII als auch durch § 93 Abs. 5 SGB VII (Sonderregelung für landwirtschaftliche Unternehmer) vorgeschrieben ist, dass die Zusatzversicherung durch Satzungsbestimmung eröffnet werden muss.

Unter Zugrundelegung einer im Schrifttum überwiegend vertretenen Meinung ist das Bundesversicherungsamt der Auffassung, dass aus der zwingenden Einführung einer Zusatzversicherung durch das SGB VII im Umkehrschluss folgt, dass eine Satzungsbestimmung mit dem Inhalt eines Kündigungsrechts durch den Unfallversicherungsträger unzulässig ist.

Dem Unfallversicherungsträger kommt zwar ein Gestaltungsspielraum hinsichtlich der Voraussetzungen der Zusatzversicherung zu, wozu beispielsweise die Antragsform oder die Höchstgrenzen der Zusatzversicherung zählen, nicht aber der Aspekt eines (gesteigerten) Gefahrenrisikos. Auch der ihm als Satzungsgeber bei der Festlegung der Voraussetzungen grundsätzlich eingeräumte weite Spielraum hat nicht zwangsläufig zur Folge, dass er sich eine Satzungsregelung mit einseitiger Kündigungsmöglichkeit schaffen darf.

Gleiches gilt für die Ablehnung eines Antrages auf Zusatzversicherung. Eine Satzungsbestimmung, die mithin dem Versicherungsträger ein Recht auf Ablehnung eines Antrages auf Zusatzversicherung bzw. ein Kündigungsrecht bezüglich dieser einräumt, ist daher nicht genehmigungsfähig.

Dies gilt sowohl für die gewerblichen als auch für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften.

Satzungsänderung bei fusionierten Trägern

Einmal mehr war das Bundesversicherungsamt ab der zweiten Hälfte des Berichtszeitraumes mit einer im Zuge der gesetzlichen Neuerungen durch das Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz (UVMG) beabsichtigten weitreichenden Satzungsänderung eines bereits seit längerem fusionierten Trägers befasst.

Diese Satzungsregelung hatte neben der Anpassung einiger Bestimmungen an die gesetzliche Neuregelung schwerpunktmäßig die Aufhebung der bei dem Zusammenschluss der ehemaligen Fusionspartner vereinbarten und in der Satzung geregelten Umlagetrennung zum Inhalt. Darüber hinaus beabsichtigte die Berufsgenossenschaft, die auf der Grundlage des Fusionsvertrages abgegebenen Erklärungen/Testate der ehemaligen Fusionspartner über die Verwendung der Sondervermögen im Wege der Auslegung, die dem Gewollten am nächsten käme, fortzuentwickeln.

Nachdem im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens zum UVMG die unterschiedlichsten Bemühungen erfolglos geblieben waren, eine gesetzliche Regelung des Inhalts herbeizuführen, den fusionierten Trägern ein Abweichen von ursprünglich gefassten Fusionsbeschlüssen aufgrund von

mit qualifizierter Mehrheit getragenen Selbstverwaltungsbeschlüssen zu ermöglichen, wurde diese Thematik im Zusammenhang mit der beabsichtigten Satzungsänderung auch für die Aufsicht rasch aktuell.

Das Bundesversicherungsamt hat in dieser Frage die Auffassung vertreten, dass es einer besonderen gesetzlichen Regelung hierzu nicht bedarf, weil sich zum einen nämlich die Zulässigkeit einer nachträglichen Abweichung von den im Rahmen der Fusionsvereinbarungen geschlossenen Regelungen bereits aus diesen selbst ergeben könne.

Des weiteren könne die Änderung oder Aufhebung einer Vorschrift in Betracht kommen, wenn diese zur Verwirklichung des mit ihr erstrebten Zieles nicht mehr erforderlich ist, weil dieses bereits erreicht ist oder auf anderem Weg erreicht werden kann.

Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung in § 118 SGB VII sowie dem mit der Vereinbarung verfolgten Ziel entspreche es allerdings, dass eine nachträgliche Abweichung von den Übergangsregelungen nur bei massiven Veränderungen der tatsächlichen oder rechtlichen Grundlagen, die bei der Vereinigung noch nicht absehbar waren, in Betracht kommen könne.

Hinsichtlich der Beurteilung dieser Frage im Rahmen einer satzungsrechtlichen Regelung hat das Bundesversicherungsamt die allgemeinen Grundsätze vom Wegfall der Geschäftsgrundlage für anwendbar erachtet und zugleich hervorgehoben, dass diese Grundsätze für die Aufsicht bei der Wahrnehmung der Aufsichts- und Mitwirkungsbefugnis maßgeblich sind, eine aufsichtsrechtliche Genehmigung jedoch immer entscheidend vom Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen im Einzelfall abhängen wird.

Vor diesem rechtlichen Hintergrund ist der von der Vertreterversammlung der fusionierten Berufsgenossenschaft einstimmig beschlossene Nachtrag zur Satzung, mit dem die seinerzeit vereinbarte und satzungsmäßig geregelte Umlagetrennung aufgehoben und eine gemeinsame Umlage eingeführt wurde, genehmigt worden.

Darüber hinaus ergaben sich aufsichtsrechtlich auch gegen den von der Vertreterversammlung des Trägers gefassten Beschluss über die künftige Anwendung der Erklärungen der früheren Fusionspartner zur Verwendung ihrer Sondervermögen keine Einwände.

Das Bundesversicherungsamt sieht sich mit seinen Entscheidungen gegenüber der fusionierten Berufsgenossenschaft auch weiterhin in seiner Rolle des Hüters der Fusionsvereinbarungen, anerkennt aber auch die berechtigten Bestrebungen des Trägers, auf die durch das UVMG geschaffene neue Rechtslage im Wege der Satzungsänderung unter Nutzung möglicher Effizienzansätze und Zweckmäßigkeitserwägungen einerseits sowie unter Beibehaltung der Ziele des Fusionsvertrages andererseits effektiv und nachhaltig reagieren zu wollen.

Wegfall der Lohnnachweise nach dem UVMG

Nach der bisher noch gültigen Fassung des § 165 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben die Unternehmer zur Berechnung der Umlage innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf eines Kalenderjahres die Arbeitsentgelte der Versicherten und die geleisteten Arbeitsstunden in der vom Unfallversicherungsträger geforderten Aufteilung zu melden.

Die Neufassung des § 165 Abs. 1 Satz 1 SGB VII durch das UVMG, die zum 1. Ja-

nuar 2012 in Kraft tritt, sieht dagegen vor, dass die Unternehmer nach Ablauf eines Kalenderjahres die Arbeitsentgelte der Versicherten und die geleisteten Arbeitsstunden in der Jahresmeldung nach § 28 a Abs. 3 SGB IV der Einzugsstelle zu melden haben. Auf Anregung des Normenkontrollrates hat der Gesetzgeber damit beschlossen, die bisherigen Meldungen der Arbeitgeber an die Unfallversicherungsträger, die sogenannten Lohn-/Entgeltnachweise, nach einer Übergangszeit von drei Jahren wegfällen zu lassen.

Hintergrund dieser Regelungen ist die im Zweiten Gesetz zum Abbau bürokratischer Hemmnisse insbesondere in der mittelständischen Wirtschaft vom 7. September 2007 (MEG II, BGBl. 2007, 2246 ff.) getroffene grundsätzliche Festlegung, dass die Betriebsprüfungen für die Unfallversicherungsträger von der Rentenversicherung ab dem 1. Januar 2010 übernommen werden. Dadurch sollen Doppelprüfungen vermieden und eine flächendeckende, einheitliche Prüfung im Bereich der Unfallversicherung gewährleistet werden.

Um die Durchführung der Betriebsprüfungen durch die Rentenversicherung zu ermöglichen, sind u.a. im UVMG Folgeänderungen der Übertragung, insbesondere Regelungen im Zusammenhang mit der Jahresmeldung der Arbeitgeber für die Sozialversicherung vorgesehen. Dementsprechend wurde § 28 a Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB IV dahingehend geändert, dass bei der Jahresmeldung u.a. das in der Unfallversicherung beitragspflichtige Arbeitsentgelt in Euro, der Zeitraum, in dem das angegebene Arbeitsentgelt erzielt wurde, und die anzuwendende Gefahrtarifstelle anzugeben sind. Die Möglichkeit, über die Satzung des Unfallversicherungsträgers weitere zur Berechnung der Umlage not-

wendige Angaben von den Unternehmern einzufordern, blieb dabei nach der Neufassung durch das UVMG erhalten (§ 165 Abs. 1 Satz 2 SGB II). Nach den Prüfungen im Gesetzgebungsverfahren wurde davon ausgegangen, dass ein Teil der jetzt nach Satzungsrecht erforderlichen Angaben der Unternehmer für die Aufgaben der Unfallversicherungsträger auch in Zukunft nötig sein würden.

In das Gesetzgebungsverfahren zum UVMG war das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr u.a. auch an diesem Punkt intensiv beratend eingebunden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat das Bundesversicherungsamt anlässlich der Diskussion über die „Konsequenzen des Wegfalls der Lohnnachweise“ gebeten, durch eine Abfrage bei den bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträgern die Meldetatbestände zu ermitteln, die von diesen in ihren Lohn-/Entgeltnachweisen (§ 165 SGB VII) erbeten werden. Ferner sollte dabei u.a. geklärt werden, ob die Träger diese Angaben für ihre Beitrags- bzw. Umlageberechnung benötigen.

Mit Rundschreiben vom 22. April 2008 hat das Bundesversicherungsamt die einzelnen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen daraufhin aufgefordert, die entsprechenden Fragen zu beantworten. Die Ergebnisse wurden ausgewertet und dem BMAS im Mai 2008 mitgeteilt.

Zusammenfassend konnte danach festgestellt werden, dass die von den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen geforderten Meldetatbestände bis auf einige Übereinstimmungen sehr unterschiedlich und branchenspezifisch sind und bei allen gewerblichen Berufsgenossenschaften Meldetatbestände in den Lohn-/Entgeltnachweisen abgefragt werden, die über die

Meldung der Arbeitsstunden und Arbeitsentgelte hinausgehen.

Im September 2008 bat das BMAS, in Fortführung der bereits begonnenen Arbeit des Bundesversicherungsamts die bestehenden Satzungsvorschriften zu den Meldetatbeständen auf ihre Zulässigkeit und Erforderlichkeit hinsichtlich der Notwendigkeit für die Umlageberechnung zu überprüfen, da zum Zwecke des Bürokratieabbaus über die im Meldeverfahren geregelten Angaben hinaus möglichst keine weiteren Sachverhalte bei den Unternehmen abgefragt werden sollten.

Aus dem nach der Umfrage vorliegenden Material wurden insofern die Meldetatbestände, die die bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger in ihren Satzungen festgeschrieben haben, im Hinblick auf ihre nach der jeweiligen Begründung des Trägers unmittelbare Erforderlichkeit für die Umlageberechnung gesondert zusammengestellt.

Gewährung von Verletztengeld in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung aufgrund der Änderungen durch das LSMVG

Im Zusammenhang mit der Genehmigung von Satzungsänderungen bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften hatte sich das Bundesversicherungsamt u.a. mit der Thematik der Gewährung von Betriebs- und Haushaltshilfe sowie Verletztengeld für landwirtschaftliche Unternehmer zu befassen.

Vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG) bestand nach § 55 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII auch dann Anspruch auf pauschaliertes Verletztengeld, wenn das landwirtschaftliche Un-

ternehmen nicht die Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte erfüllt (auf Bodenbewirtschaftung beruhendes landwirtschaftliches Unternehmen, das eine Mindestgröße erfüllen muss).

Mit dem LSVMG wurden die Vorschriften über die Betriebs- und Haushaltshilfe präzisiert, so dass nach § 55a SGB VII die Leistung von pauschalitem Verletzengeld nur noch dann in Betracht kommt, wenn alle Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung von Betriebs- und Haushaltshilfe nach § 54 SGB VII erfüllt sind, d.h., es muss sich u.a. um ein landwirtschaftliches Unternehmen mit Bodenbewirtschaftung handeln.

Nach einer Abstimmung mit dem zuständigen Bundesressort konnte klargestellt werden, dass für Unternehmer landwirtschaftlicher Unternehmen ohne Bodenbewirtschaftung ein Anspruch auf Verletzengeld nach den allgemeinen Vorschriften der §§ 45 ff. SGB VII entstehen kann.

3.4 Aufsichtsprüfungen

Kraftfahrzeughilfe

Ein Versicherter erlitt bei einem Arbeitsunfall im Jahre 1962 eine Querschnittslähmung. Auf Grund dieses Arbeitsunfalls erhielt er 2001 von der Berufsgenossenschaft einen Zuschuss zum Erwerb eines Kraftfahrzeuges. Ein erneuter Antrag nur 5 ½ Jahre nach dem vergangenen Zuschuss wurde zunächst mit der Begründung abgelehnt, der Einkaufspreis des Autohauses für den Altwagen betrage noch knapp über 30 % des Neupreises. Nachdem ein Kratzer den Wert des Altwagens verringerte, fiel

der Einkaufspreis unter 30 Prozent des Neupreises. Dem Versicherten wurde daraufhin ein erneuter Zuschuss gewährt. Das Bundesversicherungsamt hat die von der Berufsgenossenschaft angewandte Restwertgrenze von 30 Prozent des Einkaufspreises beanstandet. Nach der gemeinsamen Kraftfahrzeughilfe-Richtlinie der Verbände der Unfallversicherungsträger ist eine erneuter Zuschuss zum Erwerb eines Kraftfahrzeuges nur zu gewähren, wenn die weitere Nutzung des zuletzt geförderten Fahrzeugs unter technischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht zumutbar ist. Eine Restwertgrenze gibt keinen Aufschluss über den technischen Zustand, die Wirtschaftlichkeit und die Betriebstüchtigkeit eines Fahrzeuges und kann daher zur Entscheidung über die Zumutbarkeit der Weiternutzung des Altwagens nicht herangezogen werden. Die Arbeitsanweisung der Berufsgenossenschaft wurde zwischenzeitlich außer Kraft gesetzt. Es erfolgt nun entsprechend der gemeinsamen Kraftfahrzeughilfe-Richtlinie der Verbände der Unfallversicherungsträger eine einzel-fallbezogene Entscheidung. Dabei wird die Berufsgenossenschaft auch die durchschnittlich wesentlich höhere Nutzungsdauer eines Kraftfahrzeuges berücksichtigen.

Rentenanpassungen bei Gesamtvergütungen (§ 75 SGB VII)

Die Gesamtvergütung ist eine Abfindung für eine Rente in Form einer vorläufigen Entschädigung (§ 75 SGB VII). Die Gesamtvergütung tritt dann an die Stelle der Rente. Sie betrifft maximal einen Zeitraum von 3 Jahren und ihre Höhe richtet sich nach dem voraussichtlichen Rentenaufwand. Bei den aktuellen Prüfungen stellte sich die Frage, ob und ggf. welche Renten-

anpassungen, die den Abfindungszeitraum betreffen, zu berücksichtigen sind. Aus dem Wortlaut der Vorschrift „voraussichtlicher Rentenaufwand“ wird allgemein gefolgert, dass (zumindest) die Rentenanpassungen zu berücksichtigen sind, die vor Erlass des Bescheides durch das entsprechende Rentenanpassungsgesetz feststehen. Auch künftige Rentenanpassungen sind - nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes - abschließend in § 75 SGB VII geregelt und können nur berücksichtigt werden, wenn sie voraussehbar sind. Unvorhersehbare Rentenanpassungen sind nicht abzufinden und können daher auch nicht nachträglich ausgezahlt werden.

Eine andere Auslegung würde dem Gesetzesziel einer Verwaltungsvereinfachung entgegenstehen. Für die Auffassung des Bundesversicherungsamtes spricht auch der hohe Verwaltungsaufwand des Unfallversicherungsträgers, der in keinem Verhältnis zur Nachzahlungssumme steht. Das Bundesversicherungsamt hat daher mit Rundschreiben vom 18. Juni 2008 die seiner Aufsicht unterstehenden Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und deren Spitzenverbände darauf hingewiesen, dass Rentenanpassungen, die nach Erlass eines Bescheides über eine Gesamtvergütung bekannt werden, nicht zu berücksichtigen sind und zu keiner Nachzahlung führen.

Abfindung

Versicherte, die Anspruch auf eine Rente wegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 vom Hundert oder mehr haben, können auf ihren Antrag durch einen Geldbetrag abgefunden werden (§ 78 SGB VII). Der Betreuer eines Versicherten, dessen Jahresarbeitsverdienst im Jahre 2006 21.610,08 Euro betrug, erkundigte sich im Jahre 2006 bei dem Unfallversicherungsträger nach einer Abfindung. Der Unfall-

versicherungsträger beriet den Versicherten schriftlich über die Abfindung. Daraufhin stellte der Betreuer im Juli 2006 einen entsprechenden Antrag. Mit Bescheid vom August 2006 wurde die Rente zur Hälfte für 10 Jahre mit einem Betrag von 64.830,24 Euro abgefunden. Im September 2007 stellte der Unfallversicherungsträger für die verbliebene Rente eine Erhöhung des Jahresarbeitsverdienstes auf 40.386,60 Euro wegen voraussichtlicher Beendigung der Berufsausbildung nach § 90 SGB VII fest.

Das Bundesversicherungsamt hat beanstandet, dass der Betreuer im Jahre 2006 nicht über die absehbare spätere Erhöhung des Jahresarbeitsverdienstes und die Folgen für die Höhe der Abfindung beraten wurde. Der Versicherte hätte eine fast doppelt so hohe Abfindung erhalten, wenn er den Antrag auf Abfindung erst im September 2007 nach der Erhöhung seines Jahresarbeitsverdienstes gestellt hätte. Auf diese klar zutage liegende Gestaltungsmöglichkeit, deren Wahrnehmung offen so zweckmäßig ist, dass jeder verständige Versicherte sie mutmaßlich nutzen würde (Urteil des Bundessozialgerichts vom 26. April 2004, Az: B 5 RJ 6/04 R) hätte der Versicherungsträger im Rahmen seiner Beratungspflichten nach § 14 SGB I hinweisen müssen. Der Versicherungsträger hat auf die Beanstandung durch das Bundesversicherungsamt hin einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch bejaht und dem Versicherten nach Verrechnung mit der bereits gezahlten Abfindung und ersparten Zinszahlungen einen zusätzlichen Betrag von 60.625,28 Euro zuzüglich Zinsen ausgezahlt.

Pflegegeld

Für Versicherte, die infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit hilflos

sind, wird unter bestimmten Voraussetzungen Pflegegeld (§ 44 SGB VII) gewährt. Das Verwaltungsverfahren der Unfallversicherungsträger gab wiederholt Anlass zu Kritik. Einige Verfahren wurden nach dem Tode des Versicherten nicht abgeschlossen, so dass Hinterbliebene keine Leistungen erhielten. In einem Fall wurde nach Hinweis des Bundesversicherungsamtes an die Witwe als Sonderrechtsnachfolgerin ein Pflegegeld von 8.029,40 Euro nachgezahlt. In anderen Fällen wurde der Zeitraum, für den Pflegegeld zu gewähren war, falsch berechnet. Bei einer rückwirkenden Zahlung des Pflegegeldes ist mehrfach nicht beachtet worden, dass der Pflegegeldanspruch am Tag der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung endet und erst am Tag der stationären Entlassung wieder beginnt. Stirbt der Versicherte im laufenden Bewilligungsverfahren, endet die Pflegegeldzahlung mit dem Todestag und nicht wie bei einer bereits bewilligten laufenden Pflegegeldzahlung am Ende des Todesmonats. Denn § 73 Abs. 1 SGB VII, in dem das Monatsprinzip geregelt ist, gilt nur für laufende Zahlungen.

Ein Unfallversicherungsträger vertrat unter Berufung auf ein Urteil des Sozialgerichts Hamburg die Auffassung, er könne bei fehlender Bekanntgabe eines Pflegebewilligungsbescheides zu Lebzeiten des Versicherten das Pflegegeld im Ermessenswege auf den Mindestsatz kürzen. Diese Auffassung verkennt, dass Pflegegeld keine Ermessensleistung ist und dass es unbillig wäre, bereits zu Lebzeiten entstandene Pflegekosten nur deshalb nicht zu zahlen, weil das Verwaltungsverfahren nicht rechtzeitig vor dem Tod beendet werden konnte. Die Träger wurden aufgefordert, ihre Auffassungen aufzugeben und das Pflegegeld neu zu berechnen.

Eintritt des Versicherungsfalls bei Berufskrankheiten

Strittig war der Zeitpunkt, ab dem bei einem Versicherten eine Berufskrankheit nach der Nr. 4104 der Berufskrankheitenliste vorlag. Hierbei handelt es sich um Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs - in Verbindung mit Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose), - in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder - bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren. Der Versicherungsfall Berufskrankheit tritt ein, wenn sämtliche Tatbestandsmerkmale in Verbindung mit den in der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung genannten Listennummern vorliegen. Ein Tatbestandsmerkmal ist dabei die Erkrankung. Diese wird in der Unfallversicherung als regelwidriger Körper- oder Geisteszustand verstanden, welcher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss (Vollbeweis). Allerdings kann der Anspruch des Vollbeweises nicht dazu führen, dass grundsätzlich erst zum Zeitpunkt des tatsächlichen Nachweises (z.B. mit histologischer Sicherung malignen Gewebes) ein Versicherungsfall angenommen wird. Vielmehr ist auch zu prüfen, ob nicht schon vor diesem Zeitpunkt kein vernünftiger Zweifel am Vorliegen des Tatbestandsmerkmals Erkrankung bestanden hat. Würde dies nicht erfolgen, wäre die Anerkennung einer Berufskrankheit von der Zufälligkeit einer Bearbeitung des Nachweises abhängig. Eine solche Einschätzung entspricht im Übrigen auch § 9 Abs. 5 SGB VII, wonach, soweit Leistungen auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalls abstellen, bei Berufskrankheiten auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Behandlungsbedürftigkeit oder, wenn dies für den Versicherten

günstiger ist, auf den Beginn der rentenberechtigenden Minderung der Erwerbsfähigkeit abzustellen ist.

Die Berufsgenossenschaft hat in einem Fall den Tag des Versicherungsfalls auf die histologische Sicherung der Erkrankung festgelegt (10. Februar 2006), obwohl auch bereits bei der früheren Röntgenaufnahme vom 31. August 2005 vom Vorliegen der Erkrankung ausgegangen werden musste. In der Regel wird man nach Nachweis einer relevanten Erkrankung nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen können, dass sich die Erkrankung schon Monate vorher manifestiert hat.

Im vorliegenden Fall war jedoch aus der früheren Röntgenaufnahme eine deutliche Größenzunahme des seit 1999 bekannten Rundherdes im rechten Oberfeld der Lunge im Vergleich zu den Voraufnahmen ersichtlich. Außerdem sprachen das deutliche Wachstum und die Form des Rundherdes für einen Krebsherd, so dass in diesem Fall mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden musste, dass der Krebsherd bereits zum Zeitpunkt der Röntgenaufnahme am 31. August 2005 vorhanden gewesen sein musste. Die Berufsgenossenschaft hat sich nach Beratung mit ihrem beratenden Arzt der Auffassung des Bundesversicherungsamtes angeschlossen. Die Vorverlegung des Versicherungsfalls führte zu einer Erhöhung des Jahresarbeitsverdienstes, die verbunden mit dem früheren Rentenbeginn zu einer Rentennachzahlung von 17.621,72 Euro führte. Nach Befriedigung der Erstattungsansprüche der Krankenkasse wird die Nachzahlung an die Witwe ausgezahlt.

4. RENTENVERSICHERUNG

- 4.1 Finanzentwicklung in der Rentenversicherung
- 4.2 Eingabenstatistik
- 4.3 Einzelfälle
- 4.4 Grundsatzfragen
- 4.5 Aufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Bund, soweit sie Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung wahrnimmt
- 4.6 Aufsichtsprüfungen
- 4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht

4. RENTENVERSICHERUNG

4.1 Finanzentwicklung in der Rentenversicherung

Der Bund trägt mit seinen Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge, Erstattungen) in erheblichem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Im Jahr 2008 beliefen sich diese Bundeszahlungen, die durch das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet werden, auf insgesamt rund 78,8 Mrd. Euro (2007: rund 78,7 Mrd. Euro; 2006: rund 77,7 Mrd. Euro).

Die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung betragen im Jahr 2008 mehr als 56 Milliarden €, das sind 400 Mio. Euro mehr als im Jahr 2007. Die Bundeszuschüsse machen damit 23,9 Prozent der Gesamteinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung aus (2007: 24,4 Prozent; 2006: 23,3 Prozent). Darüber hinaus zahlt der Bund für Zeiten der Kindererziehung Beiträge an die allgemeine Rentenversicherung, die 2008 rund 11,5 Mrd. Euro ausmachten (2007: 11,5 Mrd. Euro; 2006: 11,4 Mrd. Euro). Der Bund hat mit seinen Zuschüssen und mit seiner Beitragszahlung für Kindererziehungszeiten 29,2 Prozent der Gesamtausgaben der allgemeinen Rentenversicherung finanziert (2007: 29,6 Prozent; 2006: 29,0 Prozent). Bezogen auf die Ausgaben für Rentenleistungen lag der Anteil dieser Bundeszahlungen bei rund 33,4 Prozent (2007: 33,6 Prozent; 2006: 33,3 Prozent). Die Zahlungen des Bundes für sog. einigungsbedingte Leistungen (§ 291 c SGB VI) sowie für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) sind grundsätzlich rückläufig; 2008 betru-

gen sie rund 4,8 Mrd. Euro (2007 und 2006: jeweils 4,9 Mrd. Euro). Ein Teil der Zahlungen nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2008: 2,4 Mrd. Euro).

Auf die Bundeszahlungen hat das Bundesversicherungsamt im Kalenderjahr 2008 Vorschüsse an die allgemeine Rentenversicherung in Höhe von insgesamt 72,7 Mrd. Euro oder monatlich rund 6 Mrd. Euro festgelegt und ausgezahlt (2007: 72,4 Mrd. Euro; 2006: 71,2 Mrd. Euro).

In der knappschaftlichen Rentenversicherung zahlt der Bund keinen festen Zuschuss zu den Ausgaben. Der Bund übernimmt nach § 215 SGB VI vielmehr eine Defizitdeckung, indem er den Unterschiedsbetrag zwischen den Einnahmen und den Ausgaben eines Kalenderjahres trägt. Diese Bundesbeteiligung in der knappschaftlichen Rentenversicherung belief sich im Jahr 2008 auf rund 6,1 Mrd. Euro (2007: 6,3 Mrd. Euro; 2006: 6,5 Mrd. Euro).

Das Bundesversicherungsamt führt nach der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung insbesondere die Abrechnung der diversen Bundeszahlungen an die Rentenversicherung durch. Im Jahr 2008 erfolgte die Abrechnung für das Jahr 2007. Die Summe aller Bundeszahlungen an die allgemeine Rentenversicherung für das Jahr 2007 betrug rund 72,3 Mrd. Euro (2006: 71,2 Mrd. Euro; 2005: 71,4 Mrd. Euro).

Allgemeine Rentenversicherung		
(in Millionen €)	2008 (vorläufig)	2007
Einnahmen;	238.584	231.331
hiervon:		
Beitragseinnahmen	179.084	173.772
Bundeszuschüsse	56.431	55.943
Zahlungen von der KnRV	283	301
Sonstige Einnahmen	2.786	1.315
Ausgaben;	234.825	230.148
hiervon:		
Rentenleistungen	203.180	200.658
KV der Rentner	13.968	13.629
Zahlungen an die KnRV	7.531	7.328
Leistungen zur Teilhabe	4.850	4.573
Verwaltungskosten	3.470	3.452
Sonstige Ausgaben	1.826	508
Rechnungsergebnis	3.759	1.183
Nachhaltigkeitsrücklage	16.300 (= 1,01 MA*)	11.499 (= 0,70 MA*)
nachrichtlich:		
Erstattungen des Bundes	4.826	4.904

*) MA = Monatsausgaben

Knappschaftliche Rentenversicherung		
(in Millionen EUR)	2008 (vorläufig)	2007
Einnahmen;	14.618	14.600
hiervon:		
Beitragseinnahmen	939	953
Zahlungen von der allg. RV	7.531	7.328
Defizitdeckung Bund	6.101	6.273
Sonstige Einnahmen	47	46
Ausgaben;	14.618	14.600
hiervon:		
Rentenleistungen	13.438	13.422
KV der Rentner	863	892
Leistungen zur Teilhabe	126	121
Verwaltungskosten	114	121
Sonstige Ausgaben	77	44

4.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
RV	1040

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

4.3 Einzelfälle

Rente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit

Ein Schwerpunkt bei den Eingaben betraf im Berichtsjahr die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit gemäß § 237 SGB VI. Beschwerdegrund war häufig die Rentenablehnung wegen Nichtanerkennung einer Arbeitslosigkeit von 52 Wochen nach Vollendung eines Lebensalters von 58 Jahren und 6 Monaten. In der Regel erfolgte die Rentenablehnung zu Recht. Zwar setzt Arbeitslosigkeit im Sinne des § 237 Abs. 1 SGB VI nicht zwingend die Meldung bei einer Agentur für Arbeit voraus. Ohne eine solche Meldung ist aber ein überzeugender, lückenloser Nachweis ernsthafter und fortlaufender Bemühungen um einen den Kenntnissen entsprechenden Arbeitsplatz durch geeignete Unterlagen erforderlich. Hieran mangelte es fast immer. In einem Einzelfall lagen gemäß § 237 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Rente keine acht Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vor. Eine Rentengewährung im Wege eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs aufgrund von Falschberatung hatte der Träger zunächst abgelehnt, dann aber letztlich auf Hinwirken des Bundesversicherungsamtes anerkannt. Obgleich der Versicherte be-

kanntermaßen eine selbständige Tätigkeit ausübte, fast 57 Jahre alt war, in den letzten 1 ½ Jahren vorher arbeitslos war und die Wartezeit von 15 Jahren erfüllte, hatte der Träger ihn nicht auf die Möglichkeit der Zahlung von Pflichtbeiträgen aufgrund einer Antragspflichtversicherung, sondern nur auf die Möglichkeit freiwilliger Beitragszahlungen hingewiesen.

Keine Irreführenden Informationen

Zwei Einzelfälle waren Anlass darauf hinzuwirken, dass irreführende Informationen an Versicherte zukünftig unterbleiben.

Zum einen erhalten Versicherte, deren Rente wegen Erwerbsminderung aufgrund Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze nicht geleistet wird, nach Erteilung des Rentenbescheides keine Informationspost mehr, die den irreführenden Passus enthält „Sie erhalten jetzt Ihre Rente“. Die Textpassage wurde durch den Passus „Ihnen wurde ein Rentenbescheid erteilt“ ersetzt.

Ferner erhalten zukünftig nur noch Bezieher einer befristeten Rente wegen Erwerbsminderung, bei denen keine Ausschlussgründe bestehen, ein sog. „Vorwarnschreiben“, mit dem auf das bevorstehende Ende der Befristung hingewiesen und ein frühzeitiger Weiterzahlungsantrag empfohlen wird. Der Rentenversicherungsträger hat inzwischen durch eine Programmweiterung die technischen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Ausschlussgründe erfasst werden können. Damit ist unter anderem sichergestellt, dass Versicherte, bei denen der Zeitpunkt der Befristung der Rente wegen Erwerbsminderung mit dem Beginn der Regelaltersrente zusammenfällt, nicht mehr irreführend auf die Möglichkeit eines Weiter

gewährungsantrags hingewiesen werden. Denn Erwerbsminderungsrenten können kraft Gesetzes nicht über die Regelaltersgrenze hinaus gewährt werden.

Rente wegen Erwerbsminderung: Vorzeitige Erfüllung der Wartezeit

Grundsätzlich setzt ein Anspruch auf Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung voraus, dass in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorliegen.

Eine solche Pflichtbeitragszeit ist nicht erforderlich, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Tatebestandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit vorzeitig erfüllt ist. Die Wartezeit ist unter anderem vorzeitig erfüllt, wenn Versicherte vor Ablauf von sechs Jahre nach Beendigung einer Ausbildung voll erwerbsgemindert geworden oder gestorben sind und in den letzten zwei Jahren vorher mindestens ein Jahr Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben.

Der Rentenversicherungsträger lehnte bei einem Versicherten zunächst die vorzeitige Wartezeiterfüllung ab, da Zeiten des Bezuges von Arbeitslosengeld II nicht als Pflichtbeitragszeiten für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit berücksichtigt wurden. Auf Veranlassung des Bundesversicherungsamtes überprüfte der Rentenversicherungsträger seine Entscheidung und konnte dem Versicherten schließlich - unter Anrechnung der Zeiten des Bezuges von Arbeitslosengeld II - die begehrte Rente wegen Erwerbsminderung gewähren.

Rente wegen Erwerbsminderung: Sozialrechtlicher Herstellungsanspruch

Im Rahmen eines Petitionsverfahrens hatte das Bundesversicherungsamt zu prüfen, ob durch die Möglichkeit der Nachgewährung von Pflichtbeiträgen im Wege des Sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs die Voraussetzungen für die Zahlung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung nachträglich gegeben war. Das Leistungsbegehren scheiterte zuvor an der Erfüllung der besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 43 Absatz 2 Nummer 2 SGB VI. Hierfür war allein ausschlaggebend, dass der Petent während einer mehrjährigen selbstständigen Tätigkeit seit Januar 1999 keinen Gebrauch von einer Antragspflichtversicherung nach § 4 Absatz 2 SGB VI gemacht hatte. An den anspruchserheblichen Leistungseinschränkungen des krebserkrankten Petenten bestand sozialmedizinisch kein Zweifel, vielmehr wurde von einer herabgesetzten Lebenserwartung ausgegangen.

Das Bundesversicherungsamt konnte beim Rentenversicherungsträger erwirken, dass die Antragspflichtversicherung für Selbstständige im Wege des Sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs nachträglich zugelassen wurde. Dadurch konnte der Petent die begehrte Rentenleistung durch Nachentrichtung von Pflichtbeiträgen in Höhe von 3525,54 Euro erwirken. Die im vorliegenden Fall für Sozialleistungen bereits zuständige Stadtverwaltung erklärte sich auf Hinweis des Bundesversicherungsamtes bereit, angesichts der wirtschaftlichen Situation des Petenten diese nachträgliche Beitragszahlung zu übernehmen. Im Ergebnis konnte dem Petenten daher rückwirkend ab November 2003 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bewilligt

werden, die auch ausreichend war, um die bisher erhaltenen Sozialleistungen der Stadtverwaltung abzulösen.

Nachversicherung und die Einrede der Verjährung

Beamte, die ohne Versorgung aus dem Beamtenverhältnis ausscheiden, sind durch Zahlung entsprechender Beiträge vom Arbeitgeber in der gesetzlichen Rentenversicherung nachzuversichern. Auf die vierjährige Verjährung nach § 25 Abs. 1 Satz 1 SGB IV beriefen sich Arbeitgeber im Falle von ausgeschiedenen Beamten, für die zunächst keine Nachversicherung erfolgt war. Dies hatte im Hinblick auf die Altersversorgung gravierende Konsequenzen für die betroffenen Personen. Die Rechtsprechung in den für derartige Fälle entscheidenden Fragen erwies sich bei näherer Betrachtung als nicht einheitlich.

So hatte beispielsweise das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen im Jahr 2005 entschieden, dass eine tatsächliche Beitragszahlung die Grundvoraussetzung für die Nachversicherung bildet. Unterbleibe diese und sei der Anspruch hierauf auch verjährt, könne die Beitragszeit nicht mehr anerkannt werden. Demgegenüber stand das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen auf dem Standpunkt, die Berufung auf die Einrede der Verjährung verstoße gegen den Grundsatz von Treu und Glauben, so dass es zu einer Verjährung gar nicht kommen könne. Außerdem sei eine tatsächliche Beitragsabführung für die rentenrechtliche Anerkennung einer Beitragszeit überhaupt nicht erforderlich. Überdies sei zweifelhaft, ob der mit dem RV-Nachhaltigkeitsgesetz zum 1. August 2004 in Kraft getretene § 281 Abs. 2 SGB VI, auf den sich etwa das LSG Niedersachsen-Bremen stütze, für die Zeit bis

zum 31. Juli 2004 verfassungsmäßig sei; es spreche viel dafür, dass es sich bei dieser Regelung um eine echte Rückwirkung und nicht um eine Klarstellung durch den Gesetzgeber handele.

Recherchen bei den der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Rentenversicherungsträgern führten zu dem Ergebnis, dass die Nachversicherungs-Problematik keine große Anzahl von Fällen betraf. Es wurde zugesagt, in laufenden Verfahren vor den Gerichten auf Klärung der Frage zu dringen, ob von Seiten der Arbeitgeber die Einrede der Verjährung unter Berücksichtigung des Grundsatzes von Treu und Glauben überhaupt erhoben werden dürfe. Zugleich wurde zugesagt, die vierjährige Verjährungsfrist gemäß § 25 Abs. 1 Satz 1 SGB IV nicht zu akzeptieren, sondern entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung von einer dreißigjährigen Verjährung gemäß § 25 Abs. 1 Satz 2 SGB IV auszugehen.

Klärung in manch einer Frage brachte allerdings die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 31. Januar 2008 (Az.: B 13 R 27/07 R), nach welcher entgegen der Rechtsauffassung des LSG Nordrhein-Westfalen eine Anerkennung von Beitragszeiten nicht ohne die Zahlung von Beiträgen erfolgen kann. Auch nach dem bis zum 31. Dezember 1991 geltenden Recht habe eine Anerkennung von Beitragszeiten im Rahmen einer Nachversicherung nur dann erfolgen können, wenn tatsächlich Beiträge geflossen seien. Die Ergänzung des § 281 SGB VI habe die damals bestehende Rechtslage bestätigt und sei daher nicht als verfassungsrechtlich zweifelhafte echte Rückwirkung zu qualifizieren.

4.4 Grundsatzfragen

Abschläge bei der Erwerbsminderungsrente

Für beträchtliches Aufsehen sorgte die Entscheidung des 4. Senats des Bundessozialgerichts vom 16. Mai 2006 (Az.: B 4 RA 22/05 R). Die im August 1960 geborene Klägerin, die eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung bezog, hatte sich gegen eine Absenkung des Zugangsfaktors nach § 77 SGB VI durch den Rentenversicherungsträger gewandt. In seinem Urteil bestätigte der 4. Senat die Auffassung der Klägerin. Das Gesetz ermächtige die Rentenversicherungsträger nicht zu einer Absenkung des Zugangsfaktors, wenn eine Erwerbsminderungsrente bereits vor dem 60. Lebensjahr des Versicherten gewährt werde.

Diese Auslegung widersprach der ständigen Praxis der Rentenversicherungsträger. Die vom 4. Senat vertretene Rechtsauffassung hätte Schätzungen zufolge zu einer (Mehr)Belastung der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von etwa 500 Millionen Euro im Jahr geführt. Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht ihrer bisherigen gegenteiligen Verfahrensweise folgten die Rentenversicherungsträger dem Urteil nicht. Sie strengten weitere Verfahren an, um die Rechtsprechung zu einer Änderung der Rechtsmeinung zu veranlassen.

In dieser Situation wandten sich zahlreiche Rentner an das Bundesversicherungsamt, in der Erwartung die Aufsichtsbehörde werde die Anwendung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts beim Rentenversicherungsträger durchsetzen. Die Prüfung ergab allerdings, dass dem Verhalten der Rentenversicherungsträger kein Rechtsverstoß zugrunde lag. Die

Auffassung der Rentenversicherungsträger war auch für das Bundesversicherungsamt aus vielerlei Gründen rechtlich überzeugender als diejenige des 4. Senates. Zu diesem Fazit gelangte im Übrigen auch der inzwischen zuständige 5. Senat des Bundessozialgerichts. Am 14. August 2008 schloss er sich in mehreren Revisionsverfahren (u.a. Az.: B 5 R 32/07) im Ergebnis der von den Rentenversicherungsträgern angewandten Rentenberechnung - Absenkung des Zugangsfaktors auch bei einem vor dem 60. Lebensjahr des Versicherten liegenden Rentenbeginn - an. Für den 5. Senat waren im Wesentlichen systematische Erwägungen entscheidend. Damit wurde die vom Bundesversicherungsamt gestützte Rechtsauffassung der Rentenversicherungsträger bestätigt.

Zwar verneinte der 5. Senat letztlich die Verfassungswidrigkeit der Rentenabschlagsregelung, sein Urteil ist aber Gegenstand einer Verfassungsbeschwerde. Der Ausgang bleibt abzuwarten.

Überschreitung von Hinzuverdienstgrenzen

Probleme beim Zusammentreffen von Rente und Hinzuverdienst waren im Berichtsjahr wiederum Anlass für eine Vielzahl von Eingaben. Für die betroffenen Rentner ist es insbesondere schwer zu verstehen, dass bereits eine geringfügige Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze dazu führt, dass nur noch Anspruch auf die nächstniedrigere Teilrente besteht. So kann es dazu kommen, dass die Rente um ein Vielfaches des Betrags gemindert wird, um den die Hinzuverdienstgrenze überschritten wurde.

In einigen Einzelfällen ist es uns gelungen, diesen Effekt für die Betroffenen abzumildern. Ein Ansatzpunkt hierfür war

das Verfahrensrecht. Von der Aufhebung des Rentenbescheides für die Vergangenheit und damit von der Rückforderung bereits überzahlter Beträge im Ermessenwege kann abgesehen werden, wenn es sich um einen atypischen Fall handelt (§ 48 Abs. 1 S. 2 SGB X). Die Geringfügigkeit der Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze selbst begründet zwar keinen solchen atypischen Fall. Es traten jedoch Fälle auf, in denen der Rentenversicherungsträger zum Entstehen einer höheren Überzahlung beigetragen hatte (etwa durch eine lange Bearbeitungsdauer nach Bekanntwerden der

Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze). In derartigen Fällen hat er auf die Veranlassung des Bundesversicherungsamtes ganz oder teilweise im Ermessenwege auf die Rückforderung verzichtet.

Nur in besonders gelagerten Fällen kann die Rückforderung auf den Überschreibungsbetrag beschränkt werden. Der Rentenversicherungsträger konnte in einem Fall, in dem es um die Anrechnung von Arbeitslosengeld als Hinzuverdienst ging, davon überzeugt werden, dass der Versicherte seine Pflicht zur Mitteilung des Hinzuverdienstes nicht schuldhaft verletzt hatte. Zudem hatte er keine Kenntnis bzw. grob fahrlässige Unkenntnis vom Entfallen des Rentenanspruchs.

Dem Versicherten war das Arbeitslosengeld rückwirkend bewilligt worden, so dass er zunächst nicht wusste, ob die Hinzuverdienstgrenze überschritten wird. In solchen Fällen ist die rückwirkende Aufhebung des Rentenbescheides und damit die Rückforderung der Überzahlung lediglich insoweit zulässig als Einkommen erzielt wurde, das zur Minderung des Rentenanspruchs führte (§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X). Nach der Rechtsprechung führt nur der Betrag zur Minderung des Renten-

anspruchs, um den die Hinzuverdienstgrenze überschritten wurde. Darauf wurde der Rentenversicherungsträger hingewiesen, der sich der Sichtweise des Bundesversicherungsamtes anschloss und in diesem besonders gelagerten Fall die Rückforderung auf den Überschreibungsbetrag beschränkte.

In weiteren Einzelfällen konnte Beschwerden ganz oder teilweise abgeholfen werden, weil die Hinzuverdienstregelung vom Rentenversicherungsträger nicht zutreffend angewandt worden war. Genannt sei etwa ein Fall, in dem die Hinzuverdienstgrenze überschritten wurde, weil das Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung den jeweiligen Monaten nicht korrekt zugeordnet worden war.

Festzustellen war auch im Jahr 2008 wieder einmal, dass die geltende Hinzuverdienstregelung viele Probleme aufwirft, einen hohen Vollzugsaufwand erfordert und bei den betroffenen Rentnern auf teils nachvollziehbares Unverständnis stößt. Dies gilt insbesondere für die im Gesetz vorgesehene Möglichkeit, die Hinzuverdienstgrenze im Lauf eines Kalenderjahres in zwei Monaten zu überschreiten, ohne dass die Rente gemindert wird.

Das Bundesversicherungsamt hat deshalb eine gesetzliche Neuregelung angeregt. Vorstellbar ist zum Beispiel eine Jahreshinzuverdienstgrenze, durch die es auf die Zuordnung des Hinzuverdienstes zu einzelnen Monaten nicht mehr ankäme. Als eine weitere Alternative ist der Übergang zu einer Einkommensanrechnung anzusehen. Dadurch würde die Rente nur noch um den Betrag gemindert, um den der Hinzuverdienst die entsprechende Grenze überschreitet, so dass erheblich höhere Rückforderungen entfallen würden.

Bewertung von Ausbildungszeiten

Für eine Berufsausbildung kann bei der Rentenberechnung ein höheres als das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt berücksichtigt werden. Das meist geringe Ausbildungsentgelt kann für 36 Kalendermonate (nach Auslaufen der Übergangsvorschriften) bis auf maximal 75 Prozent des Durchschnittsentgelts aller Versicherten angehoben werden und somit den monatlichen Rentenbetrag um bis zu 50 Euro erhöhen. Allerdings werden seit dem 1. Januar 2005 Fachschulzeiten vorrangig berücksichtigt. Das hat zur Folge, dass Berufsausbildungszeiten keinen Zuschlag mehr erhalten, wenn Fachschulzeiten im Umfang von 36 Kalendermonaten vorrangig zu berücksichtigen sind. Vielfach liegen diese Fachschulzeiten neben einem Sozialleistungsbezug, weil Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit (Fortbildung- oder Umschulung) als Fachschulzeiten zu berücksichtigen sind. Da die Entgelte aus dem Sozialleistungsbezug meist höher sind als der ermittelte Durchschnittswert, werden keine Zuschläge ermittelt. Versicherte, die eine Fachschule im Rahmen einer Fördermaßnahme der Arbeitsverwaltung absolvieren, werden dadurch regelmäßig rentenrechtlich benachteiligt. Versicherte, die „nur“ arbeitslos sind, erhalten weiterhin eine bessere Bewertung ihrer Berufsausbildungszeiten. Das Bundesversicherungsamt hat die Problematik an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales herangetragen und eine Gesetzesänderung angeregt.

Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze

Erneut musste das Bundesversicherungsamt feststellen, dass Entgeltpunkte aus Beiträgen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze

sungsgrenze für Leistungsfeststellungen berücksichtigt worden sind. Konkret waren dies Entgelte für Beiträge, die oberhalb der monatlichen Bemessungsgrenze im Beitragsgebiet von 600 Mark lagen. Meist wurden zu viele Arbeitsausfalltage berücksichtigt.

Bis zum 30. Juni 1990 waren diese Arbeitsausfalltage (meist Krankheitszeiten) in den Sozialversicherungsausweis einzutragen. Sie gelten als Anrechnungszeitbestand. Da diese Arbeitsausfalltage in der Regel arbeitstäglich bescheinigt wurden, werden sie mit 7 multipliziert und durch 5 dividiert und ersetzt nach dieser Umrechnung kalendertäglich die Beitragszeit. Die gesetzlich geregelte Umrechnung funktioniert dann nicht, wenn die Arbeitsausfalltage bereits kalendertäglich (z. B. bei LPG-Mitgliedern) bescheinigt wurden. Durch die 7/5 Anhebung werden dann zu viele Arbeitsausfalltage berücksichtigt und durch die Verdichtung der Beitragszeiten die anteilige Beitragsbemessungsgrenze überschritten. Darüber hinaus ist problematisch, dass die Rentenversicherungsträger bei Monaten, die nur zum Teil mit Beiträgen belegt sind, die volle Monatsbemessungsgrenze zugrunde legen.

Die Tatsache, dass die Beitragsbemessungsgrenzen nicht konsequent beachtet werden, führt vielfach zu ungerechtfertigten Rentenleistungen, zumal Arbeitsausfalltage ohnehin besser bewertet werden als beitragsfreie Krankheitszeiten in den alten Bundesländern. Da sich die Rentenversicherungsträger auf den Wortlaut des Gesetzes berufen, hat das Bundesversicherungsamt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über die Problematik unterrichtet und Lösungen vorgeschlagen.

Anhörung vor Erlass eines Aussparungsbescheides

Im Jahr 2008 gingen im Bundesversicherungsamt vermehrt Eingaben ein, welche die Aussparung von Renten nach § 48 Abs. 3 Satz 2 SGB X zum Gegenstand hatten. Betroffen waren Fälle, in denen zu Unrecht Pflichtbeitragszeiten nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz festgestellt worden sind, der Feststellungsbescheid vom Zusatzversorgungsträger jedoch (z.B. wegen Fristablaufs) nicht mehr zurückgenommen werden kann. Bei Durchsicht der Akten des betroffenen Rentenversicherungsträgers fiel uns wiederholt auf, dass dieser vor Erteilung des Aussparungsbescheides keine Anhörung des Rentenberechtigten gemäß § 24 SGB X vornahm.

Der Rentenversicherungsträger verzichtete, wie man seiner Verfahrensbeschreibung entnehmen konnte, in den vorstehend genannten Fallkonstellationen regelmäßig auf eine Anhörung. Er ließ sich hierbei von der Überlegung leiten, dass Einwände oder die Darstellung noch nicht aktenkundiger Umstände durch die Betroffenen nicht zu einer anderen Entscheidung führen können, weil die Anwendung des § 48 Abs. 3 Satz 2 SGB X nicht im Ermessen des Rentenversicherungsträgers liegt.

Darüber hinaus ging der Rentenversicherungsträger davon aus, dass die Berechtigten aufgrund des vom Zusatzversorgungsträger erteilten Bescheides von der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht überrascht würden. Dieser Auffassung vermochte sich das Bundesversicherungsamt - auch vor dem Hintergrund der eingegangenen Beschwerden - nicht anzuschließen.

Zwar wird der Berechtigte vom Zusatzversorgungsträger im Bescheid darauf hingewiesen, dass dieser den Rentenversicherungsträger über seine Entscheidung informieren wird. Welche Entscheidung der Rentenversicherungsträger treffen wird, kann der Rentenberechtigte hieraus jedoch nicht ableiten. Erfahrungsgemäß gehen die Betroffenen davon aus, dass Bestandsschutz besteht und sich an ihrer Rente überhaupt nichts ändert. Sie glauben, der Zusatzversorgungsträger könne den ursprünglich erteilten Bescheid über die Anerkennung von Pflichtbeitragszeiten nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz nicht mehr zurücknehmen, so dass die zu Unrecht anerkannten Pflichtbeitragszeiten nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz weiterhin vom Rentenversicherungsträger zu berücksichtigen seien. Umso überraschter sind die Betroffenen regelmäßig, wenn sie entgegen ihrer Erwartungen plötzlich den Aussparungsbescheid des Rentenversicherungsträgers erhalten. Das Bundesversicherungsamt konnte den Rentenversicherungsträger von der Notwendigkeit einer Anhörung vor Erteilung des Aussparungsbescheides überzeugen. Der Rentenversicherungsträger sagte eine Änderung seiner Verfahrensweise zu.

Berücksichtigung von Jahresendprämien

In der ehemaligen DDR aufgrund tarifvertraglicher Regelungen aus den Betriebsprämienfonds gezahlte Jahresendprämien sind nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 23. August 2007 (Az.: B 4 RS 4/06 R) als tatsächlich erzielte Arbeitsentgelte im Sinne des § 6 Abs. 1 Satz 1 Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz festzustellen. Das Urteil bezieht sich ausschließlich auf die Bewer-

tung der Jahresendprämie bei der Feststellung von Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatzversorgungssystem nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz.

Dennoch wandten sich auch zahlreiche Petenten und Beschwerdeführer, die nicht dem AAÜG unterliegen, mit dem Wunsch nach Berücksichtigung der Jahresendprämien an das Bundesversicherungsamt. Die Rentenversicherungsträger lehnen nämlich eine Übertragung des Urteils auf Versicherte ohne Berührung zu einem Versorgungssystem im Sinne des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes ab. Zur Begründung verweisen sie auf § 256a SGB VI. Als Verdienst zählt danach der tatsächlich erzielte Arbeitsverdienst und die tatsächlich erzielten Einkünfte, für die jeweils Pflichtbeiträge gezahlt worden sind, sowie der Verdienst, für den Beiträge zur Freiwilligen Zusatzrentenversicherung gezahlt worden sind. Beitragspflichtig waren nach der Verordnung zur Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten ausschließlich die der Lohnsteuer unterliegenden Bruttoverdienste der Werk tätigen. Zahlungen aus dem Betriebsprämienfonds waren laut der Verordnung über die Besteuerung des Arbeitseinkommens steuerfrei. Da aus dem Betriebsprämienfonds u.a. die Jahresendprämien geleistet wurden, ist - so die Rentenversicherungsträger - die Jahresendprämie kein Verdienst gemäß § 256a Abs. 2 SGB VI und finde folglich bei der Berechnung der Rente keine Berücksichtigung.

Das Bundesversicherungsamt sieht keinen Grund, diese Rechtsauffassung zu beanstanden.

Das Bundessozialgericht hat zwar in seinem oben genannten Urteil keine Entscheidung dazu getroffen, ob die Jah-

resendprämie nach § 256a Abs. 2 SGB VI auch für die ausschließlich im Rahmen der Sozialpflichtversicherung und der Freiwilligen Zusatzrentenversicherung erworbenen Rechtspositionen zu berücksichtigen ist. Terminbericht und Urteilsgründe lassen jedoch vermuten, dass das Bundessozialgericht diese Frage verneinen würde. Das Landessozialgericht Mecklenburg-Vorpommern hat die Frage mit Urteil vom 8. Juni 1995 (Az.: L 1 Kr 3/93) ebenso verneint wie das Sächsische Landessozialgericht mit Urteil vom 6. März 2001 (Az.: L 4 RA 263/99).

Nachträgliche Einbeziehung in ein Zusatzversorgungssystem aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

Die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (zuletzt Urteil vom 24. April 2008, Az.: B 4 RS 31/07 R) zur nachträglichen Einbeziehung in ein Zusatzversorgungssystem nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz führte wie in den Vorjahren zu zahlreichen Eingaben beim Bundesversicherungsamt. Betroffen war meistens die zusätzliche Altersversorgung der technischen Intelligenz und hier in vielen Fällen die Frage, ob ein Versicherter am Stichtag 30. Juni 1990 auch dann noch bei einem volkseigenen Produktionsbetrieb beschäftigt war und damit die vom Bundessozialgericht verlangte betriebliche Voraussetzung erfüllte, wenn dieser Betrieb bereits vor dem 30. Juni 1990 in eine privatrechtliche Kapitalgesellschaft umgewandelt wurde, die entsprechende Registereintragung aber erst nach diesem Stichtag erfolgte.

Das Bundessozialgericht hat diese Frage bisher nicht entschieden. Verschiedene Landessozialgerichte lehnen eine nach-

trägliche Einbeziehung in diesen Fällen ab (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, zuletzt Urteil vom 12. September 2008, Az.: L 4 RA 346/05; Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 26. Februar 2008, Az.: L 4 RA 603/04 sowie Thüringisches Landessozialgericht, zuletzt Urteil vom 29. Mai 2007, Az.: L 6 R 906/05). Mit der notariell beurkundeten Umwandlungserklärung seien nach Auffassung der Gerichte die gesamten Vermögensbestandteile des Betriebes und damit die Betriebs- und Produktionsmittel auf die privatrechtliche Vorgesellschaft übergegangen und diese übernehme auch die bestehenden Arbeitsverhältnisse. Zwar habe der volkseigene Produktionsbetrieb bis zur Registereintragung noch neben der Vorgesellschaft bestanden, er habe jedoch keine Produktionsaufgaben mehr wahrnehmen können, da die wirtschaftliche Tätigkeit allein zugunsten und für Rechnung der privaten Vorgesellschaft erfolgt sei. Der volkseigene Produktionsbetrieb habe gleichsam nur noch aus einer „leeren Hülle“ bestanden.

Der für die Erteilung der Feststellungsbescheide zuständige Zusatzversorgungsträger hat sich der Auffassung der Landessozialgerichte angeschlossen, während sich die Betroffenen auf die Publizität der Registereintragung berufen und sich mit entsprechenden Eingaben auch an das Bundesversicherungsamt wenden.

Es wird kein Grund zur Beanstandung der ablehnenden Bescheide gesehen. Die Begründungen des Zusatzversorgungsträgers und der Landessozialgerichte überzeugen. Das Bundessozialgericht hat zum einen das gleichzeitige Bestehen des volkseigenen Produktionsbetriebes und der teilrechtsfähigen und nach außen unbeschränkt handlungsfähigen Vorgesellschaft ausdrücklich bestätigt und zum an-

deren in ständiger Rechtsprechung festgestellt, dass auf die tatsächlichen Verhältnisse am Stichtag 30. Juni 1990 abzustellen ist.

Bestimmtheit von Rehabilitationsbescheiden

In Bewilligungsbescheiden bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verwendeten die Rentenversicherungsträger in ihren Textbausteinen die Formulierung „die Leistung dauert voraussichtlich drei Wochen“. Damit war die Dauer der Rehabilitation für einen Zeitraum von zunächst drei Wochen vorgegeben und dem Rehabilitationsträger im Ergebnis die Option überlassen worden, über die Dauer der Rehabilitation gegen deren Ende hin neu zu entscheiden.

Nach Ansicht des Bundesversicherungsamtes lag bei diesen Bescheidtexten ein Verstoß gegen das Bestimmtheitsgebot des § 33 Abs. 1 SGB X vor. Die Dauer der Rehabilitation war nicht bestimmt genug geregelt und der Adressat des Bewilligungsbescheides konnte nicht eindeutig erkennen, für welchen Zeitraum er tatsächlich Anspruch auf eine rehabilitative Versorgung hatte.

Das Bundesversicherungsamt hat daher über die Arbeitsgruppe „Durchführung der Rehabilitation“ – AGDR - der Deutschen Rentenversicherung Bund auf eine bundeseinheitlich abgestimmte Verfahrensweise hingewirkt. Alle Rentenversicherungsträger haben daraufhin das Wort „voraussichtlich“ in ihren Rehabilitationsbescheiden gestrichen.

4.5 Aufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Bund, soweit sie Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung wahrnimmt

Rücknahme von rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsakten im Bereich der Rentenversicherung; hier: § 100 Abs. 4 SGB VI

Der am 1. Mai 2007 in Kraft getretene § 100 Abs. 4 SGB VI schränkt die Rücknahmeregelung nach § 44 SGB X ein, falls Rentenbescheide auf einer Rechtsnorm beruhen, die in ständiger Rechtsprechung anders als durch den Rentenversicherungsträger ausgelegt wird. Die Rücknahme und damit die Nachzahlung erfolgen dann erst mit Wirkung für die Zeit ab Beginn des Kalendermonats nach dem Bestehen der ständigen Rechtsprechung.

Das Bundesversicherungsamt konnte sich dem Beschluss der Deutschen Rentenversicherung Bund, den § 100 Abs. 4 SGB VI auch dann anzuwenden, wenn nach bindender Bewilligung einer Rente während des anhängigen Verfahrens vor dem Bundessozialgericht ein Überprüfungsantrag gestellt wird, nicht anschließen und hat die Deutsche Rentenversicherung Bund mit folgenden Argumenten zu einer versichertenfreundlichen Änderung ihrer Sichtweise veranlasst:

§ 100 Abs. 4 SGB VI hätte nach dem Beschluss auch Überprüfungsverfahren gemäß § 44 SGB X erfasst, die vor Bestehen der ständigen Rechtsprechung vom Versicherten eingeleitet, aber erst danach abgeschlossen werden. Vor diesem Hintergrund stellte sich die Frage, ob die Rentenversicherungsträger ihre Versicherten

ausreichend beraten. Denn häufig bieten die Versicherten oder die Rentenversicherungsträger im Rahmen von Überprüfungs- oder anschließenden Klageverfahren mit Blick auf laufende, weiter fortgeschrittene Musterverfahren das Ruhen des Verfahrens an. Mit dem Beschluss der Deutschen Rentenversicherung Bund war bei einem Ruhen des Verfahrens für die Versicherten die Gefahr verbunden, bei für sie günstigem Ausgang des Musterverfahrens nur eine gemäß § 100 Abs. 4 SGB VI beschränkte Nachzahlung zu erhalten, weil mit der Musterentscheidung eine ständige Rechtsprechung eintritt. Auf diese Gefahr hätten die Rentenversicherungsträger im Rahmen ihrer Beratungspflicht hinweisen müssen.

Das Bundesversicherungsamt hat die Deutsche Rentenversicherung Bund auf eine Entscheidung des Bundessozialgerichts zu § 330 Abs. 1 SGB III aufmerksam gemacht. Die Regelung, die dem § 100 Abs. 4 SGB VI entspricht, gilt danach nicht, wenn der Antrag im Zugunstenverfahren (§ 44 SGB X) vor Entstehen der ständigen Rechtsprechung gestellt wurde. Die Bundesagentur für Arbeit folgt dieser Entscheidung.

Zudem hat das Bundesversicherungsamt auf ein Gleichbehandlungsproblem hingewiesen. Eine Entscheidung, die die ständige Rechtsprechung herbeiführt, kann auch im Rahmen eines Rechtsstreites erstritten werden, der die Ablehnung eines Überprüfungsantrags gemäß § 44 Abs. 1 SGB X zum Gegenstand hat. In diesem Fall unterliegt der Versicherte, der die ständige Rechtsprechung selbst erstreitet, nicht den Beschränkungen des § 100 Abs. 4 SGB VI. Für die übrigen Versicherten, die zuvor einen Überprüfungsantrag gemäß § 44 SGB X gestellt hatten, sollte da-

gegen aus Sicht der DRV Bund die Beschränkung der Rücknahme und der Nachzahlung gemäß § 100 Abs. 4 SGB X greifen. Ein sachlicher Grund für diese unterschiedliche Behandlung ist nicht erkennbar. Es hängt stark von für die Versicherten zufälligen Umständen (etwa Verfahrensführung sowie Belastung des jeweiligen Rentenversicherungsträgers und der Instanzgerichte) ab, welcher von ihnen die ständige Rechtsprechung erstreitet.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat daraufhin das Thema erneut behandelt. Sie hat sich dabei der Sichtweise des Bundesversicherungsamtes angeschlossen, dass die Begünstigung des Versicherten, der die ständige Rechtsprechung erstreitet, sachlich nicht zu rechtfertigen ist und ihre Rechtsauffassung geändert. Sie hat dazu eine verbindliche Entscheidung (§ 138 Abs. 2 S. 1 SGB VI) getroffen. Danach wird § 100 Abs. 4 SGB VI nicht angewandt, wenn der Überprüfungsantrag vor dem Bestehen der ständigen Rechtsprechung gestellt wurde. Die Ungleichbehandlung der Versicherten auf Basis der zunächst gefassten Beschlüsse ist damit beseitigt. Eine Beratung der Versicherten wegen der Gefahr des Verlustes der Nachzahlung bei einem Ruhen von Verfahren ist nicht mehr erforderlich.

Zahlbetrag der Rente; Änderung eines Rundschreibens der Spitzenverbände

Bei der Prüfung einer verbindlichen Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung Bund fiel eine Widersprüchlichkeit zu einem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung auf. Sie betraf den Zeitpunkt der Bescheidkorrektur bei einem Zusammentreffen einer

Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung mit einer nachträglich anzurechnenden Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Es hieß dort, dass der „Zahlbetrag“ der Rente der zur Auszahlung gelangende Betrag sei. Dieser Zahlbetrag ist deswegen von Bedeutung, weil er bei versicherungspflichtigen Rentnern die Grundlage der Beitragsbemessung bildet. Im Rundschreiben selbst wurde der Begriff des Zahlbetrages einer Rente als der zur Auszahlung gelangende Betrag ohne Kinderzuschüsse definiert.

Das Bundesversicherungsamt hatte Bedenken gegen diese Definition und konnte sich auf die höchstrichterliche Rechtsprechung stützen. Wie das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 22. Mai 2003 (Az.: B 12 Kr 13/02 R) festgelegt hat, bildet der Bruttobetrag den Zahlbetrag. So hatte auch die verbindliche Entscheidung selbst den Begriff des Zahlbetrages verstanden. Im Hinblick auf den Widerspruch zwischen verbindlicher Entscheidung und Rundschreiben wurde die Deutsche Rentenversicherung Bund gebeten, auf eine Korrektur des Rundschreibens der Spitzenverbände hinzuwirken. Die gewünschte Klarstellung hinsichtlich des Zahlbetrages der Rente wurde inzwischen vorgenommen.

Gründungszuschuss nach § 33 Absatz 3 Nr. 5 SGB IX

Nach § 33 Abs. 3 Nr. 5 SGB IX ist auch die gesetzliche Rentenversicherung für die Bewilligung von Gründungszuschüssen als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig.

Da es hinsichtlich der Bewilligung dieser Leistungen für die gesetzliche Rentenversicherung keine speziellen Vorschriften gibt, orientierten sich die Rentenversicherungsträger bisher bei der Prüfung der nä-

heren Voraussetzungen an den für die Bundesagentur für Arbeit geltenden Vorschriften des SGB III.

Durch das Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitssuchende erfolgte hier jedoch eine einschneidende Rechtsänderung. Es fasste die bisherigen Instrumente zur Förderung der Selbständigkeit (das Überbrückungsgeld nach § 57 SGB III alter Fassung und den Existenzgründerzuschuss nach § 421 SGB III alter Fassung) als Gründungszuschuss in der am 1. August 2006 in Kraft getretenen neuen Vorschrift des § 57 SGB III zusammen. Hierdurch änderten sich die Anspruchsvoraussetzungen für den Gründungszuschuss im Vergleich zum vorherigen Überbrückungsgeld. So kommt die Bewilligung eines Gründungszuschusses nur noch dann in Betracht, wenn ein Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach den Vorschriften des SGB III besteht. Zusätzlich muss bei Aufnahme der geförderten selbständigen Tätigkeit noch ein Restanspruch auf Arbeitslosengeld I von mindestens 90 Tagen gegeben sein.

Eine enge Auslegung des Wortlautes des § 57 SGB III verfehlt im Bereich der Leistungsgewährung zum Teil das Leistungsziel der gesetzlichen Rentenversicherung. Diese ist daran interessiert, eine erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit durch den Gründungszuschuss als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beseitigen. § 57 SGB III regelt dagegen in erster Linie die Beseitigung von Arbeitslosigkeit auch für gesunde Arbeitslose und koppelt dabei den Leistungsanspruch an die Anspruchsdauer des Arbeitslosengeldes I, die wiederum vom Lebensalter des Arbeitslosen abhängt. Die Anwendung dieser Voraussetzungen des § 57 SGB III im Bereich der gesetzlichen Rentenversi-

cherung führt dazu, dass nur wenige gesundheitlich eingeschränkte Versicherte durch den Gründungszuschuss in das Erwerbsleben zurückgeführt werden können, da dieser Personenkreis nach Teilnahme an einer vorangegangenen Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben selten die Anspruchsvoraussetzung von einem Restanspruch auf Arbeitslosengeld I von 90 Tagen erfüllt.

Daher hat das Bundesversicherungsamt eine vom Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund verabschiedete verbindliche Entscheidung unterstützt, wonach der Gründungszuschuss nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auch dann bewilligt werden kann, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld I besteht. Die getroffene verbindliche Entscheidung führt nach der Auffassung des Bundesversicherungsamtes auch nicht zu einer Ungleichbehandlung zwischen den Versicherten der Rentenversicherung und der Arbeitsverwaltung. Beide Versicherungsträgergruppen können nicht ohne weiteres miteinander verglichen werden. Denn zum einen werden sie durch die nicht miteinander vergleichbaren – und daher in verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung – versicherten Risiken und zum anderen durch die jeweils unterschiedlich geregelte Beitragspflicht geprägt. Daher sind die Rentenversicherungsträger nicht verpflichtet, den Gründungszuschuss unter den gleichen Voraussetzungen wie die Bundesagentur für Arbeit zu leisten.

4.6 Aufsichtsprüfungen

Prüfung von Altersrenten

Im Jahr 2007 hat das Bundesversicherungsamt die Aktenprüfung von Altersrenten

bei den beiden seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträgern abgeschlossen. Insgesamt wurden 450 Aktenvollprüfungen durchgeführt. Jeweils 75 Akten entfielen auf die Leistungsarten Regelaltersrente im Anschluss an eine Erwerbsminderungsrente, Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit und Altersrente für langjährig Versicherte.

In sehr vielen Fällen müssen auf Veranlassung des Bundesversicherungsamtes hin Renten neufestgestellt werden. Dies belegt, dass es trotz zunehmender technischer Unterstützung nach wie vor schwierig ist, das komplexe Rentenrecht fehlerfrei in die Praxis umzusetzen.

Eine wesentliche Prüferkenntnis war, dass die Rentenversicherungsträger im Rahmen der Antragsbearbeitung unzureichend beraten. Grundsätzlich erhalten die Antragsteller, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen, die Rente, die sie beantragen. Da die Rentenhöhe allerdings nicht nur von Beitragsmonaten, sondern auch von der Leistungsart abhängen kann, entstehen Probleme, wenn auf dem Antragsvordruck nicht die vorteilhafteste Rentenart angekreuzt wird. So ist es für Frauen, die vor Dezember 1944 geboren wurden, günstiger eine Altersrente für Frauen zu beziehen als eine andere Altersrentenart (z. B. wegen Arbeitslosigkeit). Aufgrund von Vertrauensschutztatbeständen und Übergangsvorschriften fällt der Rentenabschlag (Stichwort: Zugangsfaktor) bei dieser Rentenart geringer aus. Beantragt demnach eine Frau, die vor Dezember 1944 geboren ist, anstelle einer Rente für Frauen eine ungünstigere andere Altersrente, ist der Rentenversicherungsträger verpflichtet, die Antragstellerin entsprechend zu beraten.

Wie die vom Bundesversicherungsamt bei beiden Rentenversicherungsträgern veran-

lassten Suchläufe ergaben, haben insgesamt 8.000 Rentnerinnen zu geringe Altersrenten erhalten. Die Rentenneufeststellungen wurden zwischenzeitlich durchgeführt und die Berechtigten können sich im Regelfall über die Erhöhung ihrer monatlichen Rente im zweistelligen Eurobereich und Nachzahlungen, die im drei- bis fünfstelligen Eurobereich liegen, freuen. Die Gesamthöhe der Nachzahlungen dürfte sich - ohne die höheren laufenden Zahlungen zu berücksichtigen - im zweistelligen Millionenbereich bewegen.

Im Rahmen der Beratung stellt sich weiterhin stets die Frage, wann Bezieher einer Erwerbsminderungsrente eine vorgezogene Altersrente beantragen sollen. Eine Erwerbsminderungsrente wird derzeit maximal bis zum 65. Lebensjahr gezahlt. Unternimmt der Rentenberechtigte nichts, wird die Erwerbsminderungsrente regelmäßig in eine Regelaltersrente umgewandelt.

Wenn weitere Zeiten nach dem Leistungsfall hinzugekommen sind, kann es vorteilhaft sein, bereits eine flexible Altersrente zu beantragen. Allerdings wird sich aufgrund von Rechtsänderungen und Rentenabschlägen in den wenigsten Fällen eine Zahlbetragserhöhung ergeben. Bei der Prüfung eines der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Rentenversicherungsträgers war nur in 12 von 75 Fällen (16 Prozent) der Zahlbetrag der Altersrente höher. Der geprüfte Träger unterstellt eine Beratungspflicht im Rahmen des § 115 Abs. 6 SGB VI nur dann, wenn die Altersrente höher ist. Das kann aber regelmäßig nur durch eine individuelle Proberechnung ermittelt werden.

Diese Prüferkenntnisse wurden zum Anlass genommen, dem betroffenen Rentenversicherungsträger eine Bestandsbereinigung aufzugeben und in geeigneten Fällen

die Berechtigten auf die Antragstellung einer flexiblen Altersrente hinzuweisen. Vorenthaltene Leistungen sind ggf. im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches nachzuzahlen. Da mehrere zehntausend Fälle zu überprüfen sind und der Rentenversicherungsträger durch diverse Neufeststellungsverfahren ohnehin derzeit stark belastet ist, wird das Bereinigungsverfahren noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

Eine spezielle Fallgruppe wird jedoch in Kürze in den Genuss von hohen Rentennachzahlungen kommen. Zwei Fälle waren in der Stichprobe, bei denen die Gewährung der Regelaltersrente zu monatlichen Rentensteigerungen von jeweils über 270 Euro führte. Diese extremen Rentensteigerungen waren darauf zurückzuführen, dass die Berechtigten Beiträge, die anlässlich einer Heirat erstattet wurden, nachgezahlt hatten. Da die Beiträge erst nach dem Leistungsfall der Erwerbsminderung entrichtet worden waren, lagen sie der Erwerbsminderungsrente noch nicht zugrunde. Diese bis zum 31. Dezember 1995 befristete Nachzahlungsmöglichkeit ist extrem renditestark, weil für die Bewertung das „Für-Prinzip“ gilt. Bei der Rentenberechnung werden die Beiträge behandelt, als wären sie im Bestimmungsjahr (z. B. 1958) gezahlt worden. In den vorliegenden Fällen hatten die Rentnerinnen aus Unkenntnis auf ca. 16.000 Euro Rente verzichtet. Der Rentenversicherungsträger hat auf Veranlassung des Bundesversicherungsamtes hin den Bestand überprüft und wird Anfang 2009 in mehreren hundert Fällen ein Neufeststellungsverfahren durchführen.

Darüber hinaus wurde beanstandet, dass bei Altersrenten, die im Anschluss an die Erwerbsminderungsrenten folgten, vielfach Beitragszeiten nicht berücksichtigt wurden. Der Bezug einer Erwerbsminderungsrente

rungsrente führt grundsätzlich nicht zur Versicherungsfreiheit. Auch eine rückwirkend bewilligte Erwerbsminderungsrente führt nicht nachträglich zum Wegfall der Versicherungspflicht für bereits entrichtete Beiträge. In sehr vielen Fällen mussten wir feststellen, dass nach dem Leistungsfall entrichtete Arbeitsentgelte oder Entgelte wegen Sozialleistungsbezugs bei der späteren Altersrente nicht berücksichtigt worden sind, obwohl vielfach sogar Nachweise (z. B. Abrechnung eines Erstattungsanspruchs) vorlagen, die Rückschlüsse auf eine Beitragsentrichtung zuließen. Hierzu wurde bzw. wird eine Bestandsbereinigung bei den Trägern veranlasst.

Einen weiteren Fehlerschwerpunkt bildete die Kennzeichnung, Ermittlung und Entgeltaufteilung von Berufsausbildungszeiten. Während nach früherem Recht die ersten vier oder fünf Berufsjahre pauschal höher bewertet wurden, werden jetzt nur noch tatsächliche Berufsausbildungszeiten bis maximal drei Jahre besser bewertet. Eine Kennzeichnung der Berufsausbildungszeiten und eine korrekte Entgeltzuordnung ist daher unbedingt erforderlich, damit der Zuschlag für beitragsgeminderte Zeiten in zutreffender Höhe festgestellt werden kann. Aufgrund der hohen Beanstandungsquote sind die Rentenversicherungsträger gefordert, ihren Qualitätsstandard deutlich zu erhöhen.

Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Rentenversicherungsträger Renten zu früh auszahlen. Renten, die erstmals ab dem 1. April 2004 beginnen, werden gemäß § 118 Abs. 1 Satz 1 SGB VI am Ende des Monats fällig, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind; sie werden am letzten Bankarbeitstag dieses Monats ausbezahlt.

Durch diese „nachschießigen“ Rentenzahlungen sollen die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Rentenversicherung verbessert werden.

Im Rahmen unserer Prüfung mussten wir jedoch feststellen, dass unsere Träger sogenannte Nachzahlungsbeträge sogar mehrere Wochen vor ihrer Fälligkeit auszahlen und damit nicht unerhebliche Zinsverluste in Kauf nehmen. Wird eine Altersrente z. B. mit Bescheid vom 14. Mai 2007 mit einem Rentenbeginn 1. Juni 2007 festgestellt, hätte die Rente für Juni folglich erst Ende Juni ausbezahlt werden dürfen. Stattdessen wurde die Rente für Juni bereits am 14. Mai 2007 zur sofortigen Auszahlung angewiesen, weil es sich um eine nicht einzubehaltende Nachzahlung gehandelt hat. Damit wurde die Leistung fünf bis sechs Wochen zu früh ausbezahlt.

Obwohl das Problem bei den Rentenversicherungsträgern schon bekannt gewesen ist, wurde die Anpassung des Rentenzahlverfahrens an die neuen rechtlichen Regelungen verschoben. Bei zeitnaher Realisierung hätten sich die Programmierungskosten bereits amortisiert, weil die Zinsgewinne mindestens ca. 55.000 bis 60.000 Euro pro Jahr betragen würden. Die Rentenversicherungsträger vertreten jedoch weiterhin die Auffassung, dass die Umsetzung der Änderungen erst mit der Entwicklung eines neuen Programmsystems erfolgen soll. Problematisch ist hierbei, dass derzeit nicht absehbar ist, wann es ein einheitliches Programmsystem für alle Rentenversicherungsträger geben wird.

Die Planungen sind derzeit noch im Projektstadium. Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes sind die Rentenversicherungsträger gut beraten, gesetzliche Regelungen zeitnah umzusetzen. Vor diesem Hintergrund ist es unbefriedigend, wenn die programmtechnische Umsetzung auf unbestimmte Zeit verschoben wird.

Prüfung von Rentenleistungen bei ausgesetztem Versorgungsausgleich im Beitrittsgebiet

Versicherte und Rentenbezieher, deren Versorgungsausgleichsverfahren nach § 2 des Gesetzes zur Überleitung des Versorgungsausgleichs auf das Beitrittsgebiet ausgesetzt sind, wurden in der Vergangenheit durch die Rentenversicherungsträger unzureichend beraten. Erst 2005 haben die Rentenversicherungsträger sich entschlossen, ein Beratungsverfahren zu entwickeln.

Das Bundesversicherungsamt hat insgesamt 76 Akten geprüft, bei denen ein Versorgungsausgleichsverfahren nicht durchgeführt worden ist. Aufgrund mangelnder Kennzeichnung war es nicht möglich, gezielt Fälle mit ausgesetztem Verfahren zu ermitteln. Die Stichprobe enthielt daher nur 7 Fälle, bei denen das Versorgungsausgleichsverfahren ausgesetzt war. In den ermittelten Fällen wurde die Beratung durch den Rentenversicherungsträger nachgeholt.

Die Rentenversicherungsträger kommen ihren gesetzlichen Aufklärungspflichten inzwischen nach, indem sie ein Informationsblatt versenden, wenn das Gericht dem Rentenversicherungsträger die Aussetzung des Versorgungsausgleichsverfahrens mitteilt und nochmals wenn die versicherte Person zu einem späteren Zeitpunkt einen Rentenantrag stellt. Darüber hinaus wurden die Rentenantragsvordrucke und die Statistik (Kennzeichnung) überarbeitet. Nach wie vor sind Nachteile in Bestandsfällen allerdings nicht ausgeschlossen. Da die Berücksichtigung des Bonus von der Rechtskraft und Wirksamkeit der Entscheidung des Familiengerichts abhängt, sollte der Wiederaufnahmeantrag vor dem Rentenantrag gestellt werden, damit die Wertseinheiten rechtzeitig berücksichtigt

werden können. Der Träger wurde daher aufgefordert, auch anlassbezogen (z. B. im Rahmen eines Kontenklärungsverfahrens) zu informieren.

Widerspruchsverfahren

Das Bundesversicherungsamt hat bei einem Rentenversicherungsträger über 150 Akten geprüft, in denen ein Widerspruchsverfahren durchgeführt und abgeschlossen wurde. Hierbei gab es etliche Beanstandungen hinsichtlich der Sachverhaltsermittlung, der Rechtsanwendung, der Ursachen von Widerspruchsverfahren, deren Durchführung und Bearbeitungsdauer.

Bei der Dauer der Widerspruchsverfahren wurden Verzögerungen bei der erstmaligen Bearbeitung, der Weiterbearbeitung nach Eingang von Stellungnahmen, der Abgabe der vorbereiteten Entscheidung an die Zentrale Widerspruchsstelle sowie der Bescheiderteilung nach Abhilfe bemängelt. Die Abhilfeentscheidungen wurden insoweit beanstandet, als dass in mehreren Fällen der Wille des Widerspruchsführers unzureichend ermittelt und Teilabhilfen als volle Abhilfen deklariert worden sind. Darüber hinaus wurden Fehler bei der statistischen Erfassung festgestellt. So wurde beispielsweise in mehreren Fällen unzureichend zwischen Abgabe und Abhilfe differenziert oder Vorgänge wurden falsch verschlüsselt.

Vordringliches Ziel muss es sein, durch eine zügige und vollständige Sachverhaltsermittlung und -würdigung Verwaltungsmehraufwand zu vermeiden und damit Kosten zu sparen. Der Rentenversicherungsträger hat sich in einem Rundschreiben an seine für die Bearbeitung der Widerspruchsverfahren zuständigen Sonderteams gewandt und auf die Einhaltung seiner entsprechenden Geschäftsprozessbeschreibungen und Rechtshandbücher

hingewiesen, damit die festgestellten Mängel künftig verhindert werden.

Einen Schwerpunkt unserer Prüfung bildeten die vom Rentenversicherungsträger getroffenen Kostengrundentscheidungen. Zu bemängeln ist insbesondere, dass in Einzelfällen - bei identischen Fallkonstellationen - unterschiedliche Kostenübernahmen zugesagt worden sind. Auf Anregung des Bundesversicherungsamtes hin hat der Träger sein Rechtshandbuch um vielfältige Beispiele für Abhilfeentscheidungen im Bereich der Erwerbsminderungsrenten ergänzt. Diese Beispiele sind eine wichtige Orientierungshilfe, um Kostenübernahmen nach einheitlichen Maßstäben quotieren zu können, wenn dem Widerspruch nicht vollständig abgeholfen wird.

Dem Hinweis des Bundesversicherungsamtes folgend hat der Rentenversicherungsträger seine Verfahrensweise darüber hinaus in den Fällen geändert, in denen der Leistungsfall erst während des Widerspruchsverfahrens eintritt. Das Bundesversicherungsamt hatte die Auffassung vertreten, dass eine Kostenerstattung nicht in Betracht kommt, wenn der Leistungsfall erst im Rahmen des Widerspruchsverfahrens eintritt. Der Rentenversicherungsträger hat sich dieser Auffassung, die von dem anderen der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Träger geteilt wird, inzwischen angeschlossen.

Im Rahmen dieses Prüfverfahrens wurden nicht nur allgemein das Widerspruchsverfahren, sondern auch generell die Rechtsanwendung durch den Träger geprüft. Vielfältige Beanstandungen haben sich hinsichtlich der Feststellung der Versicherungszeiten und der Entgelte ergeben, so dass es in mehreren Fällen zu Rentenneu-feststellungen bzw. zur Korrektur von Vormerkungsbescheiden gekommen ist.

Zum wiederholten Male wurden zudem Probleme bei der Anwendung der Regelung der vorzeitigen Wartezeiterfüllung festgestellt. Der Rentenversicherungsträger wird auf Anregung des Bundesversicherungsamtes eine Plausibilitätsprüfung einführen und für die Sachbearbeitung einen Hinweistext erzeugen.

Feststellung der Versicherungspflicht

Das Bundesversicherungsamt hatte im Jahre 2006 eine Prüfung bei der Künstlersozialkasse durchgeführt. In ca. 30 Prozent der Fälle in denen die Künstlersozialkasse eine Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz abgelehnt hatte, weil keine künstlerische oder publizistische Tätigkeit vorlag, ergaben sich Anhaltspunkte für eine sonstige Versicherungspflicht nach § 2 SGB VI. Die Künstlersozialkasse wurde daher aufgefordert, die Daten dieser Antragsteller an einen der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Rentenversicherungsträger zu melden.

Eine stichprobenartige Prüfung der von der Künstlersozialkasse gemeldeten Fälle bei dem Rentenversicherungsträger hat ergeben, dass in 25 Prozent der Vorgänge die Versicherungspflicht allein aufgrund dieser Meldungen festgestellt werden konnte. Hierbei handelte es sich um Lehrer und Erzieher sowie selbständig Tätige mit einem Auftraggeber ohne Beschäftigte.

Im Prüfverfahren wurden sowohl der Künstlersozialkasse als auch dem Rentenversicherungsträger Vorschläge zur Optimierung des Melde- bzw. Auswertungsverfahrens unterbreitet.

Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

Altersvollrentenbezieher sind in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungsfrei. Bei einer früheren Aufsichtsprüfung hatte das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass der Wegfall der Versicherungspflicht von Pflegepersonen beim Bezug von vorzeitigen Altersrenten durch die Pflegekassen unzureichend überwacht wurde und somit zu Unrecht Pflegeentgelte im Versicherungskonto gespeichert und bei Folgerenten berücksichtigt wurden.

Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen einer Nachschau geprüft, ob die im Prüfverfahren geforderten Verfahrensverbesserungen dazu geführt haben, dass die betroffenen Fälle angezeigt und korrekt bearbeitet werden. Dabei stellte sich heraus, dass in 68 im Voraus selektierten Akten weiterhin zu Unrecht Pflegeentgelte im Versicherungskonto gespeichert waren. Der Träger wurde zur umgehenden Bereinigung der betroffenen Versicherungskonten aufgefordert.

Mit Hilfe einer Mitarbeiterinformation, der Überarbeitung von Hinweistexten und der Überprüfung des Plausibilitätsprogramms (Behebung eines Programmfehlers) sollen nunmehr Fälle mit Pflegebeiträgen trotz Altersvollrentenbezugs umgehend aufgezeigt und bereinigt werden. Eine trägerübergreifende Arbeitsgruppe wird den Vorschlag des Bundesversicherungsamtes, den entsprechenden Vordruck zu modifizieren, damit fehlerhafte Meldungen der Pflegekassen über den Rentenbeginn hinaus vermieden werden, im Frühjahr 2009 beraten.

Statusfeststellungsverfahren

An das Bundesversicherungsamt wenden sich immer wieder Bürger, die mit der Bearbeitung ihres Antrags auf Statusfeststellung gemäß § 7a SGB IV durch die Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund nicht zufrieden sind. Diese Eingaben wurden zum Anlass genommen, das Statusfeststellungsverfahren zum Thema einer Aufsichtsprüfung zu machen. Insgesamt hat das Bundesversicherungsamt 140 Anträge auf Statusfeststellung überprüft und dabei zahlreiche Feststellungen sowohl grundsätzlicher Art als auch in Einzelfällen getroffen. Zudem wurde eine ganze Reihe von Veränderungen vorgeschlagen. Derzeit wird mit dem Träger vor allem über die verschiedensten Gesichtspunkte seiner Verfahrensweise und die von ihm verwandten Vordrucke und Bescheidtexte diskutiert.

Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtszeitraum eine Aufsichtsprüfung bei der für Krebsnachsorge im Bereich der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständigen Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung eingeleitet und örtliche Erhebungen durchgeführt. Anlass hierfür waren verschiedene Eingaben von Bürgern, die u.a. Verstöße gegen das Wunsch- und Wahlrecht sowie Verfahrensverzögerungen bei Rechtsbehelfen beanstandet hatten. Das Prüfvorhaben, welches voraussichtlich im Jahr 2009 abgeschlossen werden kann, führt das Bundesversicherungsamt in enger Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen durch.

4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht

Internationale Kontakte / Konferenzen

Im Berichtsjahr wurde das Bundesversicherungsamt vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu den Sachverständigengesprächen zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Russischen Föderation, der Ukraine, der Föderativen Republik Brasilien und zur Revision der Vereinbarung mit Québec ebenso hinzugezogen wie zu den Expertengesprächen mit Indien zum Abschluss eines die Sozialversicherungspflicht von vorübergehend im Gebiet des anderen Staates beschäftigten Personen regelndes Abkommen.

Das inzwischen unterzeichnete Abkommen mit Indien sieht vor, dass für Arbeitnehmer und ihre Arbeitgeber grundsätzlich die Vorschriften des Staates gelten, in dem die Beschäftigung tatsächlich ausgeübt wird. Für lediglich vorübergehend im anderen Staat eingesetzte Arbeitnehmer enthält das Abkommen besondere Bestimmungen, um einen Wechsel in das Sozialversicherungssystem des anderen Staates zu vermeiden.

Im Rahmen der Revision der Vereinbarung mit Québec wurden die seit 1987 in Kraft getretenen vielfältigen Änderungen im deutschen Recht der Rentenversicherung und die Folgen der Organisationsreform berücksichtigt. Darüber hinaus wurde die gesetzliche Unfallversicherung in den Anwendungsbereich der Vereinbarung einbezogen.

Hierdurch wird zukünftig unter anderem vermieden, dass die vorübergehend in dem Gebiet der anderen Vertragspartei

eingesetzten Arbeitnehmer in beiden Gebieten unfallversichert sind und das entsendende Unternehmen doppelt Beiträge entrichten muss. Ferner wurden Regelungen aufgenommen, die die im Gebiet der anderen Vertragspartei vorübergehend eingesetzten Arbeitnehmer berechtigen, alle auf Grund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erforderlichen medizinischen Leistungen zu den für den Unfallversicherungsträger von Québec geltenden Konditionen zu erhalten. Für die in Anspruch genommenen Leistungen werden demnächst die für den Unfallversicherungsträger von Québec geltenden Vertragsätze in Rechnung gestellt werden, die um 200 Prozent niedriger als die für Privatbehandlungen sind. Künftig dürfte also eine flächendeckende günstige Versorgung gewährleistet sein.

Im Mittelpunkt der deutsch-polnischen Verbindungsstellenbesprechung stand die Erörterung von Fragen im Zusammenhang mit der Anwendung der Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72. Es wurden Folgen der jeweiligen Organisationsreformen diskutiert und Verfahrensfragen gelöst, um im Interesse der Versicherten die langwierigen Verwaltungsverfahren insgesamt zu beschleunigen.

Neben der Klärung von materiellechtlichen Fragen, die sich aus den Rechtsänderungen in den jeweiligen Abkommensstaaten ergeben, ging es bei der deutsch-marokkanischen Verbindungsstellenbesprechung auch um die sich bei der Umsetzung des Sozialversicherungsabkommens ergebenden Verfahrensfragen.

5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

- 5.1 Gerichtsverfahren / Statistik
- 5.2 Selbstverwaltung
- 5.3 Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung
- 5.4 Organisation – Datenverarbeitung
- 5.5 Allgemeines Aufsichtsrecht
- 5.6 Vermögenswirtschaft

5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

5.1 Gerichtsverfahren / Statistik

Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und des Arbeitsgerichtsgesetzes

Erhebliche Auswirkungen für die Gerichtsverfahren unter Beteiligung des Bundesversicherungsamtes haben sich aus dem zum 1. April 2008 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und des Arbeitsgerichtsgesetzes ergeben. Dies betrifft insbesondere die Neuregelungen der sozialgerichtlichen Zuständigkeiten:

Nach § 29 Abs. 2 Nr. 2 SGG werden Rechtsstreite in Aufsichtsangelegenheiten des Bundesversicherungsamtes nicht mehr erstinstanzlich durch die Sozialgerichte, sondern grundsätzlich durch das örtlich zuständige Landessozialgericht entschieden.

Ferner besteht für bestimmte Aufgabenbereiche, in denen das Bundesversicherungsamt als Verwaltungsbehörde tätig wird, eine ausschließliche Zuständigkeit des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen. Die bislang bestehende Sonderzuständigkeit des Sozialgerichts Köln in Angelegenheiten des Risikostrukturausgleiches wurde aufgehoben. Nunmehr ist ausschließlich das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen für diese Materie erstinstanzlich zuständig (siehe § 29 Abs. 3 Nr. 1 SGG). Dieses Gericht ist ebenfalls erstinstanzlich allein zuständig für Rechtsstreite, welche die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme sowie die Verwaltung des Gesundheitsfonds betreffen. Gleiches gilt für Streitigkeiten hinsichtlich des

Finanzausgleiches der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Das Bundesversicherungsamt begrüßt die neuen Regelungen zur gerichtlichen Zuständigkeit. Es ist zu erwarten, dass insbesondere die neue Eingangszuständigkeit der Landessozialgerichte zu einer deutlichen Straffung und Beschleunigung der gerichtlichen Verfahren des Bundesversicherungsamtes als Aufsichts- und Verwaltungsbehörde führt. Zeitnahe rechtskräftige Entscheidungen der Landessozialgerichte bzw. des Bundessozialgerichts sind sowohl für das Bundesversicherungsamt als auch für die beteiligten Sozialversicherungsträger von erheblichem Interesse, da ein Großteil der Verfahren grundsätzliche Fragestellungen betrifft, deren Bedeutung über den jeweils entschiedenen Einzelfall hinausgeht.

Rechtsstreite 2008

Das Bundesversicherungsamt wurde während des Jahres 2008 an 44 neuen Gerichtsverfahren - 32 Klage- und 12 vorläufige Rechtsschutzverfahren - beteiligt. 20 Verfahren wurden – gemäß den o. g. Neuregelungen – erstinstanzlich unmittelbar bei den Landessozialgerichten anhängig.

In der Mehrzahl der Rechtsstreite (36) sind Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes beklagt worden. Außerdem erfolgte in acht Fällen die Einbeziehung in ein laufendes Verfahren im Wege der Beiladung.

Wie in den Vorjahren ging es bei den meisten neuen Rechtsstreiten (32) thematisch um die Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes als Aufsichtsbehörde über

die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger. Hinzu kamen 7 neue Klagen aus dem Bereich des Risikostrukturausgleiches sowie drei Rechtsstreite zum Mutterschutzrecht. Zwei Fälle betrafen interne Verwaltungsangelegenheiten.

Im Laufe des Jahres 2008 ergingen 41 gerichtliche Entscheidungen (Urteile und Beschlüsse) in Klage- und vorläufigen Rechtsschutzverfahren, an denen das Bundesversicherungsamt beteiligt war. In zwei Rechtsstreiten (eine Revision, eine Nichtzulassungsbeschwerde) hat das Bundessozialgericht letztinstanzlich entschieden. Zehn Urteile bzw. Beschlüsse ergingen durch die Landessozialgerichte. 29 Rechtsstreite wurden durch die Sozialgerichte entschieden. Die Gerichte haben in der überwiegenden Zahl der Fälle die Rechtsansicht des Bundesversicherungsamtes bestätigt. In 33 Rechtsstreiten ergingen die gerichtlichen Entscheidungen zugunsten des Bundesversicherungsamtes.

32 gerichtliche Verfahren wurden durch rechtskräftige gerichtliche Entscheidung abgeschlossen.

In 187 Gerichtsverfahren erfolgte die Beendigung auf nicht-streitigem Wege (Vergleich, Klagerücknahme, Erledigung), wobei ein großer Teil dieser Verfahren im engen sachlichen Zusammenhang standen (Beiladung des Bundesversicherungsamtes in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde zu einer Vielzahl von Rechtsstreiten zwischen Krankenkassen und Kieferorthopäden über einen „kollektiven Zulassungsverzicht“ zur kieferorthopädischen Versorgung).

Den 44 neuen Rechtsstreiten stehen somit im Ergebnis 219 erledigte Verfahren gegenüber. Die letztgenannte erhebliche Zahl wird allerdings dadurch relativiert, dass ein

Großteil der Abgänge auf die oben genannte Beendigung einer Vielzahl zusammenhängender Fälle aus dem Bereich des Zulassungsverzichts zurückzuführen ist.

Aufgrund der dargelegten Umstände hat sich Ende des Jahres 2008 der Bestand der Rechtsstreite, an denen das Bundesversicherungsamt beteiligt ist, von 324 Fällen am Anfang des Jahres 2008 auf 149 zum Ende des Jahres reduziert.

Strafanzeigen / Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaften

Der in den letzten Jahren festzustellende bedauernde Trend, dass das Bundesversicherungsamt mit verschiedenen Staatsanwaltschaften zur Aufklärung von Straftaten im Bereich des Gesundheitswesens zusammenarbeiten musste, hat sich auch im Jahre 2008 fortgesetzt. Das Bundesversicherungsamt sah sich in einigen Fällen veranlasst, selbst eine Strafanzeige zu stellen bzw. hat Staatsanwaltschaft sowie Polizei bei der Aufklärung von Straftaten im Bereich der Sozialversicherung unterstützt.

Beispielhaft wird in diesem Zusammenhang auf den Fall einer Krankenkasse verwiesen, bei der das Bundesversicherungsamt in seiner Zuständigkeit als Durchführungsbehörde für den Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen einer Prüfung durch den Prüfdienst der Krankenkassen Unregelmäßigkeiten bei den zum Risikostrukturausgleich gemeldeten Familienversicherungszeiten ermittelt hat. Die Prüfer des Bundesversicherungsamtes stellten bei der Überprüfung der Familienversicherungszeiten fest, dass Nachweisbelege mit dem Ziel manipuliert worden waren, die Zahlung eines Korrekturbetrages nach § 15

RSAV zu vermeiden. Das Bundesversicherungsamt sah sich insofern gezwungen, eine Strafanzeige zu stellen.

5.2 Selbstverwaltung

Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane nach Vereinigungen der Unfallversicherungsträger / Berufung der Mitglieder der Organe durch das Bundesversicherungsamt

Nach freiwilligen Vereinigungen sind die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane des durch Vereinigung entstehenden Trägers durch die Aufsichtsbehörde auf der Grundlage eines gemeinsamen durch die Vertreterversammlungen der bisherigen Sozialversicherungsträger beschlossenen Vorschlages zu berufen.

In der letzten Berichtsperiode (Tätigkeitsbericht 2007) wurde bei zwei Fusionen von Berufsgenossenschaften jeweils eine Liste, die bisher in einer der Vertreterversammlungen der fusionierenden Berufsgenossenschaften mit nur einem bzw. zwei Mitgliedern vertreten war, durch Mehrheitsbeschluss der jeweiligen Vertreterversammlung überstimmt. Der dem Bundesversicherungsamt zur Berufung der Mitglieder der Vertreter der fusionierten Berufsgenossenschaft gemäß § 118 Abs. 1 Satz 6 SGB VII vorgelegte Vorschlag berücksichtigte diese Liste bzw. deren Vertreter nicht.

In dem einen Fall hatte die nicht berücksichtigte Liste und deren Vertreter nach vollzogener Fusion den Berufungsbescheid des Bundesversicherungsamtes gerichtlich angegriffen. Das Verfahren ist vor dem SG Mainz anhängig. Eine Entscheidung des Gerichts liegt noch nicht vor.

In dem anderen Fall hatte die Liste und ihr Vertreter bereits vor dem Fusionszeitpunkt und vor der Berufung durch das Bundesversicherungsamt die Beschlüsse der Vertreterversammlungen im einstweiligen Rechtsschutzverfahren gerichtlich angegriffen, so dass es hier trotz vollzogener Vereinigung zum 1. Januar 2008 zunächst zu keiner Berufung der Mitglieder der Vertreterversammlung kommen konnte.

Erst nach dem das LSG Nordrhein-Westfalen durch Beschluss vom 17. März 2008 den Weg für eine Berufung freimachte, konnte das Bundesversicherungsamt die Vertreterversammlung mit Bescheid vom 15. April 2008 berufen. Gleichzeitig hat das Bundesversicherungsamt die sofortige Vollziehung des Berufungsbescheides angeordnet, weil die Berufsgenossenschaft seit ihrem Bestehen ab dem 1. Januar 2008 über keine Vertreterversammlung verfügt hatte und sie daher nicht in der Lage war, die ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben wahrzunehmen.

Die nicht berücksichtigte Liste und ihr Vertreter legten Widerspruch gegen den Berufungsbescheid ein. Ihren Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ihres Widerspruchs hat das LSG Nordrhein-Westfalen mit Beschluss vom 9. Juni 2008 abgelehnt.

Gegenstand beider gerichtlicher Verfahren ist die Frage, in wieweit das Bundesversicherungsamt bei der Berufung nach § 118 SGB VII berechtigt bzw. verpflichtet ist, den durch die Selbstverwaltung unterbreiteten Vorschlag zu prüfen.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes hat die Aufsichtsbehörde im Rahmen der Berufung nur eingeschränkte Kompetenzen. Die Auswahl der zukünftig in der Vertreterversammlung vertretenen

Mitglieder gehört zum Kernbereich der Selbstverwaltung, in den die Aufsicht nur sehr eingeschränkt eingreifen kann. Keinesfalls kann sie an die Stelle des Selbstverwaltungsorgans treten und dessen Auswahlentscheidung ersetzen.

Nach der im Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen vom 9. Juni 2008 vertretenen Auffassung, welche die Berufungsentscheidung des Bundesversicherungsamtes nach summarischer Prüfung für rechtskonform ansah, müsse die Prüfung der Rechtmäßigkeit des Berufungsvorschlags auch beinhalten, ob dieser gegen gesetzliche Regelungen verstoße, denn die Aufsichtsbehörde könne bei ihrer Entscheidung über die Berufung von Organmitgliedern an gesetzwidrige Vorstellungen der Vertreterversammlung nicht gebunden sein.

Der Berufungsbescheid verstoße nicht gegen Vereinbarungen der Friedenswahl 2005, denn es gebe keine gesetzliche Regelung, wonach entsprechende Vereinbarungen bei einer Vereinigung von Berufsgenossenschaften „fortwirken“ würden. Vielmehr eröffne § 118 Abs. 1 Satz 3 SGB VII den beteiligten Berufsgenossenschaften, indem sie hinsichtlich der Berufung der Mitglieder der Organe einen „Vorschlag“ unterbreiten können, begriffsimmanent die Möglichkeit, sich über die zu bildende Vertreterversammlung neu zu verständigen.

Dass einzelne Mitglieder der bisherigen Vertreterversammlungen nach einer Vereinigung nicht mehr als Mitglieder berufen werden, werde im Übrigen in § 48 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 SGB IV als selbstverständlich vorausgesetzt. Nach dieser Vorschrift entfalle das Erfordernis des Nachweises einer entsprechenden Anzahl von Unterstützerunterschriften unter einer Vorschlagsliste

bei den nächsten Sozialwahlen für diejenige Liste, deren Vertreter während der laufenden Amtsperiode nur deshalb der Vertreterversammlung nicht angehören, weil der oder die Vertreter nach der Vereinigung nicht als Mitglied berufen worden waren.

Nach Ansicht des LSG Nordrhein-Westfalen verstoße die Nicht-Berücksichtigung der Liste und ihres Vertreters auch nicht gegen das Demokratieprinzip. Die Entscheidung im Hauptsacheverfahren steht noch aus.

Zusammensetzung des Verwaltungsrates bei kassenartübergreifenden Fusionen nach § 171a SGB V

Das Bundesversicherungsamt hatte auch im Jahr 2008 in einem Fall die Berufung der Mitglieder des neuen Verwaltungsrates nach einer kassenartübergreifenden Vereinigung, an der eine Ersatzkasse und eine Innungskrankenkasse beteiligt waren, vorzunehmen.

Wie bereits im Tätigkeitsbericht 2007 erläutert, ergeben sich bei kassenartübergreifenden Fusionen, an denen Ersatzkassen beteiligt sind, Besonderheiten hinsichtlich der Berufung der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder in der Gruppe der Arbeitgeber.

Bei kassenartübergreifenden Fusionen findet die bisher für die Ersatzkassen geltende Ausnahme, wonach in dem Verwaltungsrat nur Versichertenvertreter vertreten sind, keine Anwendung. Daher ist nach kassenartübergreifenden Fusionen, auch wenn die zukünftige Kasse eine Ersatzkasse sein soll, die grundsätzlich für die Selbstverwaltungsorgane aller Sozialversicherungsträger geltende paritätische Besetzung ge-

mäß § 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV anzuwenden. Der Verwaltungsrat einer Ersatzkasse, die mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart fusioniert, ist danach auf Dauer paritätisch zu besetzen.

So waren auch in diesem Fall die Wählbarkeitsvoraussetzungen der Personen, die bisher als Versichertenvertreter Mitglieder im Verwaltungsrat der beteiligten Ersatzkasse waren und nunmehr in der Gruppe der Arbeitgebervertreter zur Berufung vorgeschlagen wurden, von den vorgeschlagenen Krankenkassen intensiv zu prüfen.

Nunmehr gibt es zwei Ersatzkassen, deren Verwaltungsräte dauerhaft paritätisch besetzt sind.

Berichte der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197 a SGB V hier: 2. Berichtszeitraum 2006-2007

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197 a SGB V sind inzwischen bei allen Kassen fest etabliert. Sowohl in ihren Printmedien als auch im Rahmen ihrer Internetauftritte weisen die Krankenkassen regelmäßig auf die Funktion der Stelle hin und machen die Kontaktdaten für Hinweise publik.

Das Bundesversicherungsamt hat festgestellt, dass je nach Kassengröße die organisatorische Umsetzung der Aufgaben der Stellen nach § 197 a SGB V unterschiedlich geregelt ist. So verfügen größere Kassen teils über eigene Ermittlungseinheiten, während bei kleineren Kassen die enge Zusammenarbeit mit den Landesverbänden und den kassenartenübergreifenden Arbeitsgemeinschaften stärker gesucht wird.

Auf dem Feld der Abrechnungsprüfung ist es für alle Krankenkassen gleichermaßen schwierig, eine Abgrenzung von Abrech-

nungsfehlern zu Abrechnungsbetrug vorzunehmen. Bei einem Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung wird regelmäßig die Staatsanwaltschaft eingeschaltet. Hierbei ist jedoch zu verzeichnen, dass sich die strafrechtlichen Verfahren zeitlich sehr in die Länge ziehen.

Mit Ablauf des Jahres 2007 hatten die Vorstände der Krankenkassen den 2. Bericht zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen für die Jahre 2006 und 2007 zu erstellen und ihrem Verwaltungsräten vorzulegen. Der Bericht war außerdem dem Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde zuzuleiten.

Bereits mit Rundschreiben vom 6. November 2007 waren die bundesunmittelbaren Kassen gebeten worden, die Berichte bis zum 15. Januar 2008 zu übersenden.

Der Verpflichtung zur zeitnahen Übersendung sind bis auf wenige Ausnahmen alle 136 Krankenkassen nachgekommen. Ein Grund für eine verzögerte Übersendung der Berichte war bei den Krankenkassen zu verzeichnen, die sich zur Unterstützung ihrer Arbeit zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen zu Arbeitsgemeinschaften zusammengeschlossen haben; dort kam es zu Problemen bei der Übermittlung berichtsrelevanter Daten. Nach erneuter Aufforderung gingen aber auch die letzten Berichte ein.

Bei der Auswertung der Berichte zeigte sich wiederum, dass diese sowohl nach Kassenarten als auch in Umfang und Ausführlichkeit wieder stark differierten. Eine bundesweite Standardisierung der Berichte kann jedoch aufgrund der gesetzlichen Regelung in § 197a Abs. 5 SGB V, der keine zwingenden Vorgaben für die inhaltliche Ausgestaltung gibt, nicht verlangt werden.

5.3 Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung

Aktuelle Genehmigungspraxis des BVA betreffend die Stellenpläne der gewerblichen Berufsgenossenschaften im Rahmen von Vereinigungen

Mit der Genehmigung der Vereinigung von Berufsgenossenschaften gemäß § 118 SGB VII entsteht zum Fusionszeitpunkt rechtlich ein neuer Sozialversicherungsträger, die bisherigen Berufsgenossenschaften gehen damit unter.

Nach § 69 Abs. 6 Satz 1 SGB IV dürfen die Sozialversicherungsträger Planstellen und Stellen nur ausbringen, soweit sie unter Anwendung angemessener und anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung begründet sind. Auch im Stellenplan der dienstordnungsmäßigen Angestellten (sog. DO-Angestellten) sind nur die Stellen aufzunehmen, die nach dem tatsächlichen Bedarf der Berufsgenossenschaft erforderlich sind. Dieser Bedarf ist auf der Grundlage einer Personalbedarfsermittlung gemäß § 69 Abs. 6 SGB IV zu ermitteln. Die Zuordnung der Aufgaben zu den Besoldungsgruppen ist anhand einer Stellenbewertung auf der Grundlage eines anerkannten Verfahrens, wie es z. B. das von der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt) in Köln entwickelte analytische Bewertungsverfahren für die Zuordnung zu den Besoldungsgruppen darstellt, vorzunehmen.

Aufgrund der Erkenntnisse des Bundesversicherungsamtes sind von den Berufsgenossenschaften die erforderlichen Organisationsuntersuchungen sowie die danach vorzunehmende Personalbedarfsermittlung

in aller Regel für die fusionierten Träger noch nicht vorgenommen worden. Damit liegen die Voraussetzungen des § 69 Abs. 6 SGB IV regelmäßig nicht vor.

Bei der Genehmigung der Stellenpläne war weiterhin regelmäßig die Vereinbarkeit mit der Verordnung zur Festlegung von Höchstgrenzen für die besoldungsrechtliche Einstufung der Dienstposten in der Geschäftsführung bundesunmittelbarer Körperschaften im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung und der landwirtschaftlichen Sozialversicherung sowie von Obergrenzen für die Zahl der Beförderungssämter (EinStufHöGrV) zu prüfen, die u.a. die Obergrenzen für Beförderungssämter festlegt.

Die Obergrenzen der EinStufHöGrV wurden vielfach - insbesondere in Bezug auf sog. Funktionsstellen - nicht eingehalten, so dass die Genehmigung des Stellenplanes fusionierter Berufsgenossenschaften an sich hätte versagt werden müssen.

Da die bisherigen Berufsgenossenschaften in der Vergangenheit aber über bereits genehmigte Stellenpläne verfügten, die zwar mit der Fusion in Folge des Untergangs der Sozialversicherungsträger ihre Rechtswirksamkeit verloren hatten, tatsächlich aber über mit DO-Angestellten entsprechend besetzte Stellen verfügten, war diesem Umstand Rechnung zu tragen. Um die Handlungsfähigkeit des neuen, vereinigten Trägers gewährleisten zu können, genehmigte das Bundesversicherungsamt diese Stellenpläne nunmehr nur noch befristet und räumte damit eine Übergangszeit zur Erfüllung der o.g. gesetzlichen Vorschriften ein.

Hinsichtlich des Fortbestandes von Funktionsstellen nach Fusionen gibt es im Übrigen

gen keinen Vertrauens- oder Bestandschutz. Um sicher zu stellen, dass der bisherige Zustand nicht durch Schaffung vollendeter Tatsachen fortgeschrieben wird, darf daher in der Zeit der befristeten Geltung des Stellenplanes für den Fall des Ausscheidens des Inhabers einer Funktionsstelle in der Regel keine Nachbesetzung dieser Stelle erfolgen. Die hiermit verbundene Besetzungssperre dient dem Ziel, künftig die Aufstellung eines genehmigungsfähigen Stellenplans zu ermöglichen. Insofern war die Genehmigung mit einer entsprechenden Auflage zu versehen.

Zur Sicherstellung der zeitnahen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben wurde die Genehmigung ferner mit der Auflage verbunden, dass von der Berufsgenossenschaft über den Stand der für die Personalbedarfsermittlung gemäß § 69 Abs. 6 SGB IV zunächst vorzunehmenden Organisationsuntersuchung und der daran anschließenden Personalbedarfsermittlung selbst berichtet wird. Das Bundesversicherungsamt wird hierdurch in die Lage versetzt, rechtzeitig zu beurteilen, ob das Ziel, nach Ablauf der Befristung eine unbefristete Genehmigung des Stellenplanes zu erteilen, erreicht werden kann.

Strukturreform der landwirtschaftlichen Sozialversicherung - Errichtung des Spitzenverbandes

Das Bundesversicherungsamt hat den zweiten Schritt der Strukturreform der landwirtschaftlichen Sozialversicherung aufsichtsrechtlich begleitet.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG) wurde die Reform der Verwaltung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die durch das Gesetz zur

Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV OrgG) vom 17. Juli 2001 begonnen wurde, fortgesetzt um dem Strukturwandel in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Rechnung zu tragen. Die wesentlichen Neuerungen bestehen in dem Zusammenschluss der bisherigen drei landwirtschaftlichen Verbänden zu einem Spitzenverband, der Erweiterung der Aufgaben des Spitzenverbands sowie der Budgetierung der Verwaltungskosten. Die Verbände der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen mussten bis zum 30. Juni 2008 einen Errichtungsausschuss bilden, der die Fusion zum 01. Januar 2009 zum neuen Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV SpV) vorbereitet. Mit der gesetzlichen Übertragung der verbindlichen Entscheidungen zu Grundsatz- und Querschnittsaufgaben kommt auf den neuen Spitzenverband eine bedeutsame Aufgabe zu. Ziel der Übertragung ist, eine effizientere Aufgabenerfüllung, so dass die Verwaltungskosten in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung bis zum Jahr 2014 weiter gesenkt werden und eine wirtschaftlichere Verwaltungsstruktur entsteht. Durch das LSVMG wird die Rechtsstellung der bisherigen landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger als autonome Selbstverwaltungskörperschaften nicht berührt, so dass die Betreuung der Versicherten, also das „operative Geschäft“ auch weiterhin den einzelnen landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträgern obliegt.

Das Bundesversicherungsamt hat sowohl in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie den Aufsichts-

behörden der Länder die in § 221 Abs. 3 SGB VII normierte Einführung einer Obergrenze zur Begrenzung der Verwaltungsausgaben und mögliche Ausnahmetatbestände des Spitzenverbandes konkretisiert. Aufsichtsrechtlich begleitet wurde außerdem die Einberufung des Errichtungsausschusses sowie dessen Vorbereitung des Entwurfs eines verbindlichen Rahmenkonzeptes zur Umsetzung der Maßnahmen zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Ein Entwurf der Dienstordnung des LSV SpV wurde im Berichtszeitraum ebenso vorgeprüft wie der Haushalt.

Vorstandsvergütung bei den gesetzlichen Krankenkassen - Prüfmittelung des Bundesrechnungshofes

Zu den Aufgaben des Bundesrechnungshofes (BRH) zählt auch die Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung der gesetzlichen Krankenkassen. Mit dem GKV-WSG wurde das Prüfrecht des Bundesrechnungshofes auch ausdrücklich in § 274 Abs. 4 SGB V klargestellt. Seine Aktivitäten in diesem Arbeitsfeld hat der BRH unter anderem mit der Prüfung der Vergütungen der Vorstandsmitglieder von Krankenkassen aufgenommen. Die Ergebnisse seiner Erhebungen hat der BRH in einer Prüfungsmittelung an das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesversicherungsamt zusammengefasst.

Er stellt fest, dass sich die Gehälter der Vorstände seit 1996 gegenüber den bis Ende 1995 gezahlten Beträgen erheblich erhöht haben. Er kritisiert darüber hinaus, dass es keine von allen Kassen in gleicher Weise angewandte Vergütungsmaßstäbe gebe. Vielmehr werde jetzt bei der Bemessung der Vorstandsvergütungen auf das

„Marktniveau“ abgestellt, das die Kassen durch ihr Handeln selbst bestimmen. Weiterhin wird die aus Sicht des BRH teilweise zu hohe variable (erfolgsabhängige) Vergütung, die neben der Grundvergütung gezahlt wird, kritisiert.

Hierzu hat das Bundesversicherungsamt gegenüber dem BRH Stellung bezogen, da die Erkenntnisse des BRH in seiner Prüfmittelung zu großen Teilen auf der umfassenden aufsichtsrechtlichen Tätigkeit des Bundesversicherungsamtes beruhen.

Bis Ende 1995 bestanden insbesondere bei den AOK'en und IKK'en Regelungen, die Dienstposten nach Besoldungsgruppen einstuften. Geschäftsführer (heute Vorstände) der einzelnen Kassen waren bei diesen Kassenarten grundsätzlich DO-Angestellte, für die weitgehende beamtenrechtliche Regelungen zur Anwendung kamen. Die Vergütungshöhe wurde entsprechend der Kassengröße vorgegeben. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 wurde die Organisationsreform bei den Krankenkassen und ihren Verbänden durchgeführt. An die Stelle der Geschäftsführer traten ab 1996 die Vorstände. Für ihre Vergütung wurden im Hinblick auf die geänderte Aufgabenstellung der Krankenkassen in dem sich verstärkenden Wettbewerb keine zusätzlichen gesetzgeberischen Vorgaben zur Vergütungshöhe gemacht.

Die zusammenfassende Feststellung des BRH, dass die Kassen den Spielraum bei der Gestaltung der Vergütung so genutzt haben, dass sich das Vergütungsniveau seit Anfang 1996 deutlich erhöht hat und von allen Kassen in gleicher Weise angewandte Kriterien für die Gestaltung der Vergütung nicht mehr erkennbar sind, ist zutreffend, aber zugleich Folge der oben beschriebenen Rechtslage.

Der einzige gesetzliche Maßstab für die Selbstverwaltung der Krankenkassen und damit zugleich Prüfungsmaßstab für die Aufsichtsbehörden sind, mangels anderer gesetzlicher Regelungen, ausschließlich die gesetzlich normierten Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Die Aufsichtsbehörden haben hierzu Prüfungsmaßstäbe unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelt. Nach einhelliger Auffassung aller Aufsichtsbehörden kann der Maßstab für die Wirtschaftlichkeit einer Vorstandsvergütung nur daran ausgerichtet werden, was Kassen vergleichbarer Größe für ihre Vorstände ausgeben, um geeignete Bewerber mit den notwendigen Kenntnissen und Fähigkeiten verpflichten zu können, also was „marktüblich“ ist.

Das Bundesversicherungsamt hält mit den anderen Aufsichtsbehörden auch weitere Vergütungsbestandteile, wie erfolgsabhängige Prämien, zusätzliche Altersversorgung, Übergangsregelungen für den Fall des (vorzeitigen) Ausscheidens, Regelungen über Aufwandsentschädigungen und die Überlassung eines Dienstwagens grundsätzlich für zulässig. Das Bundesversicherungsamt geht bislang davon aus, dass eine Vorstandsvergütung einschließlich aller Vergütungsbestandteile erst dann unwirtschaftlich ist, wenn sie die an der Trendlinie orientierte „marktübliche“ Grundvergütung zuzüglich einer Einschätzungsprärogative von rund 30 Prozent dieser Vergütung übersteigt.

Soweit der BRH in diesem Zusammenhang anregt, sowohl für die Beurteilung der einzelnen Vergütungsbestandteile als auch für deren Gesamtbetrachtung vom Marktniveau unabhängige Maßstäbe zu entwickeln und diese einheitlich und durchgehende anzuwenden, fehlt es allerdings an einem

Hinweis, welche Maßstäbe der BRH vor Augen hatte. Trotz intensiver Auseinandersetzung mit dem Thema über mehrere Jahre sind für die Aufsichtsbehörden keine Alternativen zu dem Maßstab der „marktüblichen Vergütung“ erkennbar.

Die Überlegung, beamtenrechtliche Regelungen der Prüfung als Maßstab zugrunde zu legen, scheidet bereits deshalb aus, weil der Gesetzgeber sich durch das Gesundheitsstrukturgesetz bewusst für eine Abkehr von den am Beamtenrecht orientierten Vergütungs- und Versorgungsregelungen entschieden hat.

Eine Verpflichtung der Verwaltungsräte der Krankenkassen, Dienstverträge vor deren Abschluss den Aufsichtsbehörden zu übersenden, würde die Prüfung der Vorstandsverträge durch die Aufsichtsbehörden deutlich erleichtern. Anregungen des Bundesversicherungsamtes beim Bundesministerium für Gesundheit, § 35 a Abs. 3 SGB IV um einen Satz zu ergänzen, wonach ein auf die Dauer der Amtszeit befristeter Vertrag vor dessen Abschluss den Aufsichtsbehörden zur aufsichtsrechtlichen Prüfung vorzulegen ist, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit allerdings abgelehnt.

Soweit der BRH neben der reinen Höhe und der Ausgestaltung der Vorstandsgehälter auch das Handeln der Aufsichtsbehörden geprüft und zum Teil bemängelt hat, steht dem entgegen, dass den selbstverwalteten Krankenkassen vom Bundessozialgericht bei der Anwendung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ein großer Einschätzungsspielraum eingeräumt worden ist, welchen die Aufsichtsbehörden zu respektieren haben; lediglich bei eindeutigen Grenzüberschreitungen dürfen danach die Aufsichtsbehörden gegenüber den Krankenkassen einschreiten. Unbe-

rücksichtigt bei seinen Ausführungen lässt der BRH außerdem den von der Aufsichtsbehörden zu beachtenden Opportunitätsgrundsatz. Akzeptable Ergebnisse lassen sich in der Regel nur im Dialog mit den Selbstverwaltungen der Krankenkasse erreichen.

Nach Auffassung des BRH entsprachen auch die zu den Vorstandsvergütungen im Bundesanzeiger und Mitgliederzeitschriften veröffentlichten Angaben nicht in dem gebotenen Maße der Realität, waren teilweise unvollständig, unrichtig oder in der veröffentlichten Form nicht vergleichbar. Er bezieht sich hierbei darauf, dass seit dem 1. März 2004 die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen in einer Übersicht alljährlich zum 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig begrenzt auf die jeweilige Krankenkasse und ihre Verbände, in der Mitgliederzeitschrift der betreffenden Krankenkasse zu veröffentlichen sind.

Das Bundesversicherungsamt stimmt in seiner Beurteilung mit dem BRH überein, dass der vom Gesetzgeber angestrebte Idealzustand noch nicht erreicht ist. Durch umfassende aufsichtsrechtliche Tätigkeiten konnte aber bereits eine massive Verbesserung bei den Veröffentlichungen zum 1. März 2008 im Vergleich zu den ersten Veröffentlichungen zum 1. März 2004 erreicht werden. Bereits ergriffene Maßnahmen werden zu einer weiteren Verbesserung führen.

5.4 Organisation – Datenverarbeitung

Übermittlung von Sozialdaten einer Krankenkasse im Rahmen einer Auf-

gabenübertragung auf einen externen Dienstleister ohne Einwilligung der Betroffenen

Eine Ersatzkasse hatte sich zum Ziel gesetzt, ihre Versicherten auf freiwilliger Basis beim Selbstmanagement bestimmter chronischer Erkrankungen durch Information und Beratung (u.a. mit dem Ziel einer Verminderung von Risikofaktoren, Krankenhausbehandlungen und Arzneimitelausgaben) zu unterstützen. Für diese Betreuung von DMP-Teilnehmern i.S.d. § 137 f Abs. 2 Nr. 4 SGB V bzw. Form der Patientenschulung i.S.d. § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wurde ein international tätiges Unternehmen mit der Rekrutierung, Durchführung sowie der Erfolgskontrolle des Programms beauftragt. Die Krankenkasse übermittelte dem Dienstleister ohne die hierfür erforderliche vorherige schriftliche Einwilligung der Betroffenen, Stamm- und Leistungsdaten ihrer Versicherten. Das Bundesversicherungsamt beanstandete die unter Verstoß gegen datenschutzrechtliche Vorschriften vorgenommene Übermittlung, Speicherung und Nutzung der Sozialdaten und erwirkte eine rechtmäßige Verfahrensweise.

Erhebung von Daten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich durch Krankenkassen bei Ärzten

Dem Bundesversicherungsamt wurde gegen Ende des Berichtsjahres bekannt, dass eine bundesunmittelbare Betriebskrankenkasse im Rahmen der Datenfeststellung für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich Ärzte angeschrieben hat, bei denen Versicherte während des vergangenen Jahres in Behandlung waren und für die der Kasse keine gesicherte Diagnose vorlag. Die Krankenkasse war hierbei der

Ansicht, unplausible und unvollständige Morbiditätsinformationen überprüfen bzw. aktualisieren zu dürfen.

Die Erhebung von Daten zur Konkretisierung von Diagnoseangaben bei den behandelnden Ärzten ist unzulässig, da es hierfür an der datenschutzrechtlich unabdingbaren Rechtsgrundlage fehlt. Nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 14 SGB V ist den Krankenkassen zwar eine Erhebung von Daten erlaubt, die zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs erforderlich sind. In § 30 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) sieht in diesem Zusammenhang aber lediglich vor, dass für die Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs die Krankenkassen jährlich die versichertenbezogenen Diagnosen aus den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen erheben. Zur Abrechnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist aber eine Übermittlung von Daten zwischen Ärzten und Krankenkassen gerade nicht vorgesehen.

Da solche Praktiken offenkundig eher der Erlösmaximierung aus dem Gesundheitsfond dienen als einer ordnungsgemäßen Durchführung des Risikostrukturausgleichs bzw. der Überprüfung der ärztlichen Abrechnungen, forderte das Bundesversicherungsamt die betreffende Krankenkasse umgehend auf, diese Vorgehensweise einzustellen.

5.5 Allgemeines Aufsichtsrecht

Outsourcing / Einzug Zusatzbeitrag

Der auch im vergangenen Jahr u.a. im Bereich des Beitragseinzugs festzustellende Trend zur Auslagerung von Aufgaben auf Dritte wird sich voraussichtlich beim Einzug des sog. kassenindividuellen Zusatz-

beitrages der Krankenkassen (§ 242 SGB V) fortsetzen.

Die der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Krankenkassen wurden mit einem Rundschreiben zur Darlegung der von ihnen bislang getroffenen organisatorischen Vorkehrungen für den Fall der Notwendigkeit der Erhebung des Zusatzbeitrags aufgefordert. Danach ist erkennbar, dass nicht wenige Krankenkassen beabsichtigen, auch in diesem Bereich unterstützende Dienstleistungen Dritter in Anspruch zu nehmen.

Der Zusatzbeitrag, den Krankenkassen zukünftig zu erheben haben, wenn sie ihren Finanzbedarf mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht decken können, stellt die Träger vor erhebliche organisatorische und wirtschaftliche Herausforderungen. Die im Vergleich zum regulären Krankenkassenbeitrag geringen Zusatzbeiträge, die direkt vom Mitglied einzuziehen sind, werden nach bisherigen Erkenntnissen einen erheblichen Verwaltungsaufwand verursachen. Schwer kalkulierbar ist vor allem das Zahlungsverhalten der Pflichtversicherten.

Verschiedene private Anbieter, die bislang im Bereich des Beitragseinzugs oder im ärztlichen Abrechnungswesen tätig sind, sowie Arbeitsgemeinschaften i.S.d. § 219 SGB V haben dem Bundesversicherungsamt Konzepte zur aufsichtsrechtlichen Bewertung vorgelegt, die sie den Krankenkassen im Bedarfsfall anbieten wollen. Die angebotenen Unterstützungsleistungen reichen von Lettershoptätigkeiten bis zur Führung der einzurichtenden Versichertenkonten, der Vorbereitung von Mahnungen und sonstigem Schriftwechsel mit den Mitgliedern.

Wie bereits beim Beitragseinzug können jedoch auch beim zukünftigen Einzug des

Zusatzbeitrags nur unterstützende Hilfstätigkeiten ausgelagert werden. Hoheitliche Tätigkeiten, z.B. die Entscheidung über die Höhe des Zusatzbeitrags, die Mahnung oder die Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen im Falle der Säumnis müssen von der Krankenkasse selbst getroffen werden und sind einer Auslagerung nicht zugänglich.

Zuständigkeit für Schornsteinfeger-versorgungsanstalt

Mit dem Gesetz zur Neuregelung des Schornsteinfegerwesens vom 26. November 2008 wurde mit sofortiger Wirkung die Aufsicht über die Versorgungsanstalt der deutschen Bezirksschornsteinfegermeister (VdBS) vom Bundesministerium der Finanzen auf das Bundesversicherungsamt übertragen.

Die VdBS ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts mit der Aufgabe, ihren Mitgliedern und deren Hinterbliebenen eine Zusatzversorgung zu gewähren. Die Mitgliedschaft bei der VdBS verbindet mit der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung die Versorgung der Bezirksschornsteinfegermeister zu einer Gesamtversorgung. Die Beiträge der aktiven Mitglieder finanzieren zusammen mit den Erträgen aus den Vermögensanlagen in einem Umlageverfahren die von jedem Mitglied erworbenen Versorgungsleistungen.

Die Organe der VdBS sind die Vertreterversammlung als satzunggebendes Organ und Vertretung der Mitglieder, der von der Vertreterversammlung aus ihrer Mitte gewählte Vorstand als operatives Kontrollorgan sowie die Bayerische Versorgungskammer als geschäftsführende Stelle.

Rechtsgrundlage für die VdBS ist das Schornsteinfegergesetz (SchfG).

Zu den Aufgaben des Bundesversicherungsamtes im Rahmen seiner Aufsichtsfunktion gehört insbesondere die Genehmigung der von der Vertreterversammlung der VdBS für das Folgejahr getroffenen Beschlüsse zur Höhe der Beiträge.

5.6 Vermögenswirtschaft

Genehmigungen und Anzeigen von Vermögensanlagen

Nach § 85 SGB IV bedürfen bestimmte Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Darunter fallen Darlehen für gemeinnützige Zwecke, Erwerb und Leasen von Grundstücken sowie Errichtung, Erweiterung und Umbau von Gebäuden. Für Maßnahmen einer Einrichtung, an der ein Sozialversicherungsträger beteiligt ist, insbesondere Gesellschaften des privaten Rechts, besteht eine Anzeigepflicht, d.h. über diese Vermögensanlagen haben die Träger die Aufsichtsbehörde in Kenntnis zu setzen.

Im Jahre 2008 wurde ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 112,6 Mio. Euro genehmigt bzw. angezeigt:

Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger			
Anlagegegenstand	Anlagevolumen in Millionen €		
	2006	2007	2008
Anzeigen:			
Beteiligungen	43,3	27,0	28,9
Baumaßnahmen	--	--	26,9
Genehmigungen:			
Darlehen	3,7	4,1	14,5
Erwerb von Grundstücken	0,8	3,3	--
Baumaßnahmen	92,7	24,5	42,3
Summe	140,5	58,9	112,6

Im Rahmen der baufachlichen und wirtschaftlichen Prüfungen von Bauvorhaben hat das Bundesversicherungsamt den Sozialversicherungsträgern durchschnittlich 5 Prozent der von ihnen veranschlagten Gesamtkosten als Einsparpotential aufgezeigt; hierdurch wurde ein wirtschaftlicher und sparsamer Mitteleinsatz gewährleistet. Die beratende Tätigkeit des Bundesversicherungsamtes im Vorfeld einer Baumaßnahme führte in mehreren Fällen auch dazu, dass Bauvorhaben seitens der Träger nicht mehr weiterverfolgt wurden, da die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen wurde.

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2008 insgesamt 286 Vorgänge bearbeitet (2007: 134 Vorgänge; 2006: 88 Vorgänge):

- Genehmigung von Darlehen: 226
- Genehmigung von Baumaßnahmen: 15
- Anzeige von Beteiligungen: 43
- Anzeige von Baumaßnahmen: 2

Sowohl das Anlagevolumen als auch die Anzahl der genehmigungsbedürftigen und anzeigepflichtigen Bearbeitungsvorgänge sind 2008 gegenüber dem Vorjahr um rund 100 Prozent gestiegen.

Im Jahr 2008 hat das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 40 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von 378 Mio. Euro geführt (2007: 41 Projekte mit 386 Mio. Euro Volumen; 2006: 51 Projekte mit 436 Mio. Euro Volumen). Bei dreizehn Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 89,3 Mio. Euro hat das Bundesversicherungsamt die Abschlussberichte geprüft (2007: dreizehn Projekte mit 53 Mio. Euro Volumen; 2006: 18 Projekte mit 57 Mio. Euro Volumen).

6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

6.1 Allgemeines/Verfahren

6.2 Jahresausgleich 2007

6.3 Monatliches Verfahren, Zwischenausgleich, pauschale Abgeltung gem. § 221 SGB V

6.4 Risikopool

6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

6.1 Allgemeines/Verfahren

Neben den Arbeiten zur Vorbereitung der Einführung des Gesundheitsfonds einschließlich der Umsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zum 1. Januar 2009 oblag dem Bundesversicherungsamt die weitere Durchführung des seit 1994 normierten (Alt) Risikostrukturausgleichs. Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das umfassendste Finanzausgleichsverfahren, das je unter den Sozialversicherungsträgern eingerichtet wurde. Mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen sind alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger am RSA beteiligt.

Grundgedanke des Risikostrukturausgleichs ist es, die Ungleichverteilung der Morbiditätsrisiken, der Familienlasten sowie der Beitragseinnahmen zwischen den Krankenkassen, die zuvor zu erheblichen Beitragsdifferenzen geführt hatten, aufzuheben. Zur Erfassung der Risikostruktur werden die Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht, die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, die Zahl der Erwerbsminderungsrentner, die Art des Krankengeldanspruchs sowie die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder herangezogen.

Im Übergang zur Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten ab 2009 direkt auf der Grundlage von Diagnosen und Verordnungen wird seit dem Jahr 2002 die Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch Kranke als zusätzliches Morbiditätsmerkmal herangezogen. Daneben wird der RSA durch ein weiteres Ausgleichsverfahren – den Risikopool – ergänzt (siehe Abschnitt Risikopool).

Da bis einschließlich 2008 Verwaltungskosten sowie Ermessens- und Erprobungsleistungen der Krankenkassen nicht in den Ausgleich einbezogen werden, werden analog Unterschiede in der Finanzkraft auch nur zu 91 Prozent ausgeglichen.

Verfahren bis einschließlich 2008

Das Bundesversicherungsamt berechnet auf der Grundlage der kassenindividuellen Versichertenstrukturen in Verbindung mit dem für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung West bzw. Ost gültigen Risikoprofil für die einzelnen Versichertengruppen (sog. „Verhältniswerte“) für jede Krankenkasse einen individuellen Beitragsbedarf. Diesem Beitragsbedarf wird die Finanzkraft der einzelnen Krankenkassen gegenübergestellt, die das Beitragsaufkommen aufgrund unterschiedlich hoher beitragspflichtiger Einnahmen der Mitglieder berücksichtigt. Die Finanzkraft errechnet sich für jede Krankenkasse als Produkt aus ihrer kassenindividuellen Grundlohnsomme und dem vom Bundesversicherungsamt ermittelten, GKV-weit gültigen Ausgleichsbedarfssatz. Dieser wird so bestimmt, dass die Finanzkraft aller Krankenkassen insgesamt ausreicht, um sämtliche im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung zu decken. Die Differenz von Beitragsbedarf und Finanzkraft ergibt die Höhe des Ausgleichsanspruchs bzw. der Zahlungsverpflichtung der einzelnen Krankenkasse.

Das Verfahren ist zweistufig. Die voraussichtlichen Werte für den Beitragsbedarf und die Finanzkraft werden monatlich angesetzt (siehe Abschnitt monatliches Verfahren). Nach Ablauf des Kalenderjahres werden dann Beitragsbedarf und Finanz-

kraft aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen sowie der detaillierten Datenmeldungen für den RSA endgültig ermittelt.

Der Unterstützung des Verfahrens diene der Schätzerkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Schätzerkreis). Er war eine gemeinsame Einrichtung des Bundesversicherungsamtes und der Spitzenverbände der am RSA beteiligten Krankenkassen. Seine Aufgabe - die vierteljährliche Schätzung der Eckdaten für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools - wurde im Herbst 2008 vom neu eingerichteten Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt mit übernommen.

6.2 Jahresausgleich 2007

Die Jahresausgleiche 2007 für den Risikostrukturausgleich sowie den Risikopool wurden im November 2008 durchgeführt. Insgesamt 227 Krankenkassen nahmen am Jahresausgleichsverfahren teil. Das Umverteilungsvolumen im Risikostrukturausgleich betrug rund 17,6 Mrd. Euro. Im Risikopool wurden rund 0,9 Mrd. Euro zwischen den Krankenkassen umverteilt. Insgesamt ergab sich ein Umverteilungsvolumen für das Jahr 2007 von rund 18,5 Mrd. Euro (vgl. Abbildung), das damit etwa 1,3 Mrd. Euro über dem Vorjahresergebnis lag. Das Transfervolumen bestimmt sich etwa zur Hälfte aus Unterschieden in der Finanzkraft und zur anderen Hälfte aus Unterschieden in der Risikostruktur.

Zur Deckung der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich in Höhe von 133 Mrd. Euro wurde ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz für das gesamte Bundesgebiet von 12,98 Prozent ermittelt. Im Risikopool wurden weitere 6 Mrd. Euro ausgeglichen.

Hierfür wurde ein weiterer Ausgleichsbedarfssatz von 0,62 Prozent erhoben. Die entsprechenden jährlichen durchschnittlich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für einen Versicherten im RSA betragen somit im Bundesdurchschnitt 1.908 Euro.

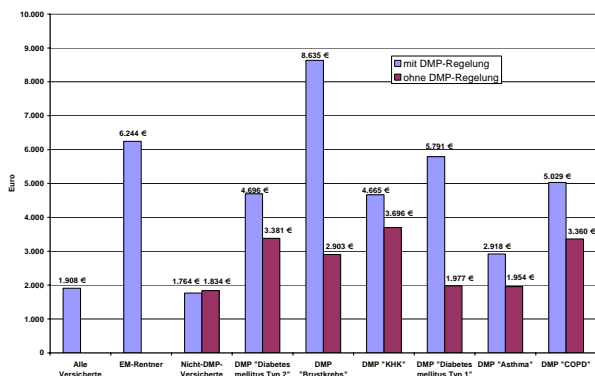
Die unterschiedliche Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherung in West und Ost, die durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in den beiden Rechtskreisen bestimmt wird, ist im Jahr 2007 mit rund 3 Mrd. Euro über den Risikostrukturausgleich und mit 187 Mio. Euro über den Risikopool zu Gunsten der neuen Länder ausgeglichen worden. Weitere 1,1 Mrd. Euro wurden nach Erreichen der endgültigen Rechtsangleichung auch für den Beitragsbedarf im Risikostrukturausgleich von den West-Krankenkassen zu den Ost-Krankenkassen transferiert.

DMP im Jahresausgleich 2007

Seit dem Jahresausgleich 2003 werden für in Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) eingeschriebene Versicherte eigene Versichertengruppen gebildet. Im Jahresausgleich 2007 betraf das rund 3,4 Millionen Versicherte. Allein in das Programm Diabetes mellitus Typ 2 hatten sich über 2,2 Millionen Versicherte RSA-wirksam eingeschrieben.

Während im Durchschnitt bei jeder Krankenkasse 1.908 Euro pro Versicherten als Beitragsbedarf berücksichtigt wurden, erhöhen sich diese Werte für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte. Im Durchschnitt erhielt jede Krankenkasse für jeden eingeschriebenen Altersdiabetiker 4.696 Euro. Hätte es keine gesonderte Berücksichtigung dieser Gruppen gegeben, so hätten die Krankenkassen für jeden Altersdiabetiker durchschnittlich

3.381 Euro aus dem Risikostrukturausgleich erhalten. Für die Gruppe der eingeschriebenen Brustkrebspatientinnen erhöht sich der zugewiesene Beitragsbedarf sogar von durchschnittlich 2.903 Euro auf 8.635 Euro. Die folgende Abbildung stellt die durchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben nach Versichertengruppen im Jahresausgleich 2007 dar.



Zusätzlich wurden Aufwendungen für die Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation für strukturierte Behandlungsprogramme in Form einer Programmkostenpauschale von 85,33 Euro je Versichertenjahr über den Ausgleichsbedarfssatz finanziert.

Weitergehende Informationen zum Risikostrukturausgleich sind dem „Kurzbericht über den Jahresausgleich 2007 im Risikostrukturausgleich“ zu entnehmen, der im Internet unter www.bva.de abgerufen werden kann.

6.3 Monatliches Verfahren, Zwischenausgleich, pauschale Abgeltung gem. § 221 SGB V

Im monatlichen Abschlagsverfahren für 2008 wurden zwischen den Kassen rund 18,9 Mrd. Euro im Risikostrukturausgleich umverteilt; hinzu kamen ca. 939 Mio. Euro im monatlichen Abschlagsverfahren für den Risikopool (Einzelheiten dazu in Ta-

bellen 1 und 2 im Anhang zum Tätigkeitsbericht).

Im monatlichen Abschlagsverfahren sind die Krankenkassen verpflichtet, die Höhe der monatlichen Ausgleichzahlungen auf Basis der vom Bundesversicherungsamt monatlich bekannt gegebenen Steuerungsgrößen selbst zu berechnen und die Ausgleichzahlungen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund abzurechnen (§ 17 RSAV).

Aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 wurde das monatliche Abschlagsverfahren RSA letztmalig im Dezember 2008 durchgeführt. Systembedingte Unschärfen durch die Schätzungen und das Saldo bei der Deutschen Rentenversicherung -Bund werden mit dem Zwischenausgleich II für das Jahr 2008 bereinigt.

Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV

Im monatlichen Verfahren werden die Steuerungsgrößen aufgrund von Prognosen und Schätzwerten ermittelt. Ein Ausgleich der dadurch auftretenden Verwerfungen findet bereits sehr frühzeitig durch die Zwischenausgleiche (ZwA I für das 1. Halbjahr im September des laufenden Jahres, ZwA II für das 1. und 2. Halbjahr im März des Folgejahres) statt. Im Gegensatz zum monatlichen Abschlagsverfahren beruhen die Zwischenausgleiche auf Daten, die von den Krankenkassen tatsächlich gebucht wurden und in der Vierteljahrsstatistik über Einnahmen, Ausgaben und Vermögen der gesetzlichen Krankenversicherung (KV 45) jeweils für ein Kalenderjahr bzw. Kalenderhalbjahr dokumentiert sind. Dies führt bereits unterjährig zu einer Erhöhung der Kalkulationssicherheit der Krankenkassen.

Der Zwischenausgleich für das Kalenderjahr 2007 wurde unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschlüsse Januar bis Dezember 2007 nach § 17 Abs. 3a RSAV auf der Grundlage der KV 45/ 4. Quartal 2007 am 04. April 2008 durchgeführt. Der Zwischenausgleich für das erste Halbjahr 2008 erfolgte unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschlüsse Januar bis Juni 2008 am 06. Oktober 2008.

Aufgrund des Systemwechsels wurde der Zwischenausgleich im April 2009 letztmalig durchgeführt und berücksichtigt dann die monatlichen Abschlüsse Januar bis Dezember 2008.

Abgeltung für die Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen

Seit dem Jahr 2004 leistet der Bund zu den Aufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung für versicherungsfremde Leistungen einen pauschalen Abgeltungsbetrag (§ 221 SGB V i.V.m. der Pauschalabgeltungsverordnung vom 26. April 2004). Die Pauschale betrug für das Jahr 2008 2,5 Mrd. Euro und wurde jeweils zur Hälfte am 01. Mai und 01. November 2008 an die Krankenkassen gezahlt. Die Berechnung der auf die einzelnen Krankenkassen entfallende Beträge obliegt dem Bundesversicherungsamt. Die Auszahlung an die Krankenkassen erfolgt über das Bundesversicherungsamt und AOK-Bundesverband als „Zentrale Stelle“.

Im Gegensatz zu den sonstigen RSA-Regelungen werden auch die Landwirtschaftlichen Krankenkassen in dieses Verfahren mit einbezogen. Während bei den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen der Abgeltungsbetrag jedoch über den „Vordruck Teil D“ in das monatliche Verfahren eingebracht wird

und zur Verringerung des Beitragsbedarfs führt, erhalten die Landwirtschaftlichen Krankenkassen den ihnen zustehenden Betrag direkt über die Zentrale Stelle. Im Risikostrukturausgleich vermindern die Gesamtabgeltungsbeträge im jeweiligen Auszahlungsmonat die Ausgleichsbedarfsätze und damit die von den Krankenkassen in den Risikostrukturausgleich einzubringende Finanzkraft für die gesetzliche Krankenversicherung.

6.4 Risikopool

Der Risikopool nach § 269 SGB V i.V.m. § 28a RSAV ergänzt seit dem 01. Januar 2002 als zusätzliches Ausgleichsverfahren den Risikostrukturausgleich. Ziel ist die solidarische Finanzierung besonderer Risikobelastungen von Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Morbiditäten ihrer Versicherten entstehen und durch die indirekte Morbiditätszuordnung des Risikostrukturausgleichs nicht hinreichend berücksichtigt werden konnten.

Im Risikopool werden die finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Ausgleichsfähig sind dabei 60 Prozent der Aufwendungen für einzelne Versicherte in den Leistungsbereichen Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel und nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, soweit diese den Schwellenwert in Höhe von 21.051,48 Euro im Ausgleichsjahr 2007 übersteigen. Der Schwellenwert unterliegt seit 2004 einer jährlichen Anpassung, die sich nach der entsprechenden prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB V richtet.

Kennzahlen sind der beigefügten Übersicht (Tabelle 3, Anhang zum Tätigkeitsbericht) zu entnehmen.

7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

- 7.1 Statistik des PDK / PDL
- 7.2 Neustrukturierung der Arbeit des Prüfdienstes Krankenversicherung
- 7.3 Aus dem Prüfgeschäft
- 7.4 Prüfung nach § 15a RSAV
- 7.5 RSA-Prüfungen Risikopool
- 7.6 Ausblick

7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

7.1 Statistik des PDK / PDL

Der Prüfdienst hat im Jahr 2008 insgesamt 269 Prüfungen durchgeführt.

Während noch im Vorjahr ein Großteil der Prüfkapazitäten für RSA-Prüfungen verwendet werden musste, konnte sich der Prüfdienst nun wieder intensiver seinem Kerngeschäft - Prüfungen nach § 274 SGB V über die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen - zuwenden. Der Grund hierfür liegt in einer Änderung des § 15a RSAV. Hiernach sind nunmehr jährlich im Wechsel die Bereiche Versicherungszeiten verbunden mit strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) und Aufwendungen für besonders kostenintensive Leistungsfälle (sog. Risikopool-Fälle) für eines der letzten beiden Ausgleichsjahre zu prüfen. Im Jahr 2008 war daher allein die Prüfung der Meldungen zum Risikopool durchzuführen. Der für RSA-Prüfungen benötigte Zeitanteil fiel somit im Vergleich zu den Vorjahren deutlich geringer aus.

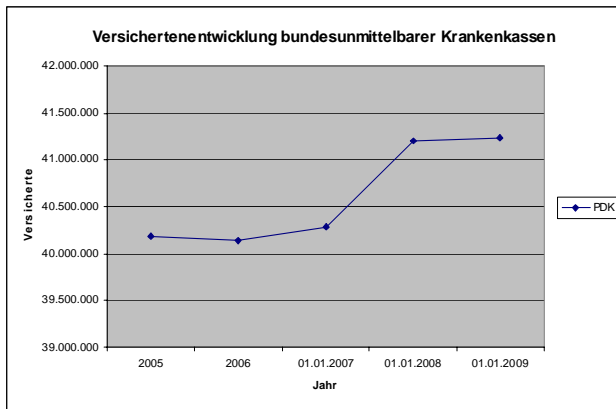
Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2008	Durchgeführte Prüfverfahren 2007
Prüfungen nach § 274 SGB V	127	38
Turnusprüfungen bei Kranken- und Pflegekassen	80	12
Nachprüfungen	7	6
Prüfung von Eigenbetrieben	7	-
Prüfungen EDV/Informationstechnik	9	1
Prüfungen Finanzstatus	14	12

Prüfungen DRG	3	3
Prüfungen Spitzenverbände	1	3
Prüfungen AAG	6	1
Prüfungen nach § 88 SGB IV i.V.m. § 274 SGB V	6	6
Prüfungen Landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger	6	6
RSA-Prüfungen	134	372
Prüfungen Risikopool	127	137
(Prüfungen Versicherungszeiten)	-	137
(Prüfungen DMP)	-	95
Nachprüfungen nach § 15a Abs. 3 Satz 9 RSAV	7	3
Sonderprüfungen	2	2
Insgesamt	269	418

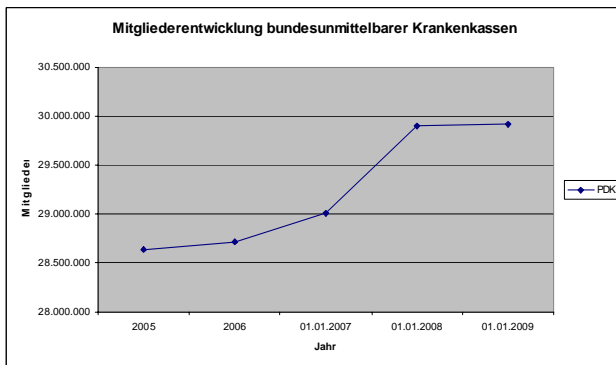
7.2 Neustrukturierung der Arbeit des Prüfdienstes Krankenversicherung

Die Kassenlandschaft befindet sich in einem Umbruch.

So sinkt auf der einen Seite die Zahl der zu prüfenden Träger. Andererseits hat sich jedoch die Gesamtzahl der Versicherten und der Mitglieder bei den durch den Prüfdienst zu prüfenden, größer werdenden Trägern in den letzten Jahren erhöht; Tendenz weiter steigend:



Quelle: KM1 des jeweiligen Jahres



Quelle: KM1 des jeweiligen Jahres

Insbesondere diese größeren Krankenkassen rücken in organisatorischer Hinsicht ab von ihren herkömmlichen Modellen, die Geschäftsstellen mit umfassender Zuständigkeit und umfassender Sachbearbeitung „vor Ort“ vorsahen, und verfolgen ein neues Modell durch Gründung von Servicezentren. In diesen Kompetenzzentren wird die Sachbearbeitung bundesweit oder für Regionen thematisch gebündelt. Diese Tendenz zu größeren organisatorischen Einheiten, die die Aufgaben erledigen, liegt weiterhin begründet in Fusionen sowie der Strategie der Auslagerung an ebenfalls hochspezialisierte Partner (sog. Outsourcing von Aufgaben, Beauftragung von Rechenzentren, Eigenbetrieben, Geschäftsstellen sowie Kompetenzzentren). Dabei erfolgt eine immer stärkere Spezialisierung der Mitarbeiter sowie der Dienstleister auf bestimmte Aufgaben und Fragestellungen.

Um diesen Entwicklungen in seiner Prüftätigkeit gerecht zu werden, leitete der PDK im Jahr 2008 die größte Neuordnung seiner Prüftätigkeit seit Bestehen des Prüfdienstes ein.

Um sich den geänderten Rahmenbedingungen anzupassen, werden die Prüfgruppen – abweichend vom bisherigen Prüfansatz des PDK in Form von Gesamtverwaltungsprüfungen - nunmehr PDK-weit nach Themenschwerpunkten strukturiert. Die Prüfungen nach § 274 SGB V bzw. § 46 SGB XI sollen künftig bei allen Kassen im Rahmen des Fünf-Jahres-Plans auf folgenden Gebieten durchgeführt werden:

- Mitgliedschaft/ Beiträge
- Leistungen Krankenversicherung (außer Krankenhaus)
- Allgemeine Verwaltung
- Finanzen
- Informationstechnologie
- Stationäre Versorgung / Krankenhäuser (DRG)
- Leistungen Pflegeversicherung
- Prüfungen von Eigenbetrieben der Träger.

Mit der Erarbeitung eines für alle Prüfgruppen verbindlichen Prüfhandbuches als Mindestinhalte der Prüfungen schafft der PDK weiterhin die Grundlage auch für ein inhaltlich neues Prüfkonzept, welches die Prüfungen nach § 274 SGB V systematisieren und die Ergebnisse elektronisch auswertbar und damit untereinander vergleichbar machen wird.

Das Prüfhandbuch erfasst die wesentlichen Themen der Prüffelder Verwaltung und Personal, Finanzen, Mitgliedschaft und Beiträge, Leistungen sowie der Pflegeversicherung. Sämtliche Prüft Themen werden mit entsprechenden Prüffragen hinterlegt, deren Ergebnisse in ein elektronisches Erfassungstool eingegeben wer-

den. Eine spätere Auswertung aller Prüfungsergebnisse aller Kassen soll es dem Prüfdienst ermöglichen, einen raschen und gezielten Überblick über die Arbeitsweisen der Kassen auf allen Prüfgebieten zu erhalten, themenspezifische Vergleiche unter den Kassen durchzuführen (Benchmarking), Fehlerschwerpunkte im Verwaltungshandeln der Kassen zu erkennen und Hinweise auf neue Prüfansätze zu gewinnen. Es besteht jedoch weiterhin Raum für über die Inhalte des Prüfhandbuches hinausgehende Prüfungen.

In zwei Pilotprüfungen bei mittelgroßen Betriebskrankenkassen haben mehrere bereichsspezifische Prüfgruppen das Prüfhandbuch sowie das Erfassungstool getestet. Die Ergebnisse werden in die Fortentwicklung der Prüfung – sowohl inhaltlich als auch technisch – einfließen. Die Prüfungsthemen und -fragen sollen erweitert bzw. vertieft werden. Dabei sind auch Gesetzesänderungen wie die Einführung des Gesundheitsfonds oder die Reform der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Die eingesetzten elektronischen Prüfwerkzeuge sollen verfeinert und noch benutzerfreundlicher ausgestaltet werden.

In das Umfeld der Neustrukturierung der Prüfungen gehört auch das Projekt „Maschinelle Datenanalyse“ (MASDAT). Es soll die Auswertung und Analyse operativer Daten der bundesunmittelbaren Krankenkassen zu Prüfungszwecken ermöglichen. Bisher wurden in diesem Zusammenhang im Jahr 2008 insgesamt 165 Auswertungs- und Importroutinen programmiert. Die fachlichen Kriterien der Auswertungsroutinen orientieren sich an den Prüffragen der neu erarbeiteten Prüfhandbücher. Sie waren von den jeweiligen Facharbeitsgruppen vorgegeben worden. Zusätzlich wurden entsprechende Doku-

mentationen, Handbücher, Arbeitshilfen sowie ein Schulungsprogramm erstellt, die den flächendeckenden, obligatorischen Einsatz der Auswertungen überhaupt erst möglich machen. Die Routinen wurden bereits im Rahmen zweier Pilotprüfungen sowie – zu Testzwecken – im Rahmen turnusmäßiger Prüfungen nach § 274 SGB V/§ 46 Abs.6 SGB XI angewendet.

Ein Ziel des Projektes ist die umfassende Unterstützung der Prüfungen aller bundesunmittelbaren Krankenkassen nach einheitlichen Maßstäben. Dies bedingt eine systemunabhängige einheitliche Datengrundlage. Die Projektgruppe ist im Jahr 2008 mit mehreren Krankenkassen, IT-Rechenzentren und dem Rechenzentrum der Deutschen Rentenversicherung in Würzburg in einen Dialog getreten und hat damit einen Grundstein für eine stärkere Kooperation zwischen Prüfdienst, Krankenkassen und IT-Systemhäusern gelegt.

7.3 Aus dem Prüfgeschäft

Finanzen

Finanzstatusprüfungen

Die Prüfdienste des Bundes und der Länder haben im Jahr 2008 bundesweit stichtagsbezogene Finanzstatuserhebungen auf der Grundlage gemeinsamer, einheitlicher Kriterien bei einer Vielzahl gesetzlicher Krankenkassen als Schwerpunktprüfung durchgeführt. Anlass war Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 und die Verpflichtung der Krankenkassen, bis zu diesem Zeitpunkt schuldenfrei zu sein. Damit rückten bundesweit vor allem jene Kassen in den Fokus, bei denen dieses Ziel bis zum 31.12.2008 gefährdet war.

Der PDK hat im Jahr 2008 insgesamt bei 14 Kassen den Finanzstatus erhoben. Mit

Ausnahme zweier Kassen war bei allen geprüften Kassen zum Zeitpunkt der jeweiligen örtlichen Erhebungen die Entschuldung zum 31.12.2008 absehbar.

Kassensicherheit

In jüngster Zeit wurde der PDK vermehrt mit Vermögensdelikten bzw. Manipulationen bei gesetzlichen Krankenkassen konfrontiert. Einige Vorgänge haben große öffentliche Aufmerksamkeit erlangt; in Einzelfällen war nach der Aufdeckung des Schadens sogar die Existenz des Sozialversicherungsträgers in Frage gestellt. Durch ein effizientes Kontrollsystem, eine starke Unternehmenskultur zur Prävention sowie durch entschlossenes Handeln beim Erkennen derartiger Fälle lässt sich das Schädigungsrisiko begrenzen.

Die Krankenkassen sind daher zunehmend gefordert, eine Risikoanalyse durchzuführen und eine Unterschlagungsprophylaxe durch ein wirksames Internes Kontrollsystem (IKS) zu betreiben. Zudem hat der Gesetzgeber in § 197a SGB V bzw. 47 a SGB XI die Sozialversicherungsträger dazu verpflichtet, innerhalb ihrer Organisationen selbständige Ermittlungs- und Prüfungsstellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten.

Der Prüfdienst hat im Rahmen seiner Prüfungen viele Erkenntnisse über mangelnde Sicherungen und organisatorische Schwachstellen bei den Kassen gewonnen. Insbesondere haben Kassen zu vielen Mitarbeitern in ihren DV-Systemen zu umfangreiche Zugriffsrechte eingeräumt. Selbst sich eigentlich auszuschließende Zugriffskombinationen, die es erlaubten, Überweisungen zu erfassen, freizugeben, zu ändern, Bankverbindungen einzurichten oder gar „Pseudo-Fälle“ zu erfinden, waren keine Seltenheit. Der Kreativität der

Manipulation waren keine Grenzen gesetzt. Sämtliche von uns beratenen Versicherungsträger erkannten die Notwendigkeit, die Zugriffsrechte auf das unumgängliche Maß zu reduzieren. Zukünftig sollen deshalb weiterhin verstärkt die von den Kassen ergriffenen organisatorischen Maßnahmen geprüft werden.

Vor diesem Hintergrund hat der Prüfdienst die Thematik im Jahr 2008 generell aufbereitet und sein Prüfhandbuch für den Bereich Finanzen um entsprechende Prüfansätze und Prüfmethoden einschließlich der anzuwendenden DV-Auswertungen erweitert.

Die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema „Kassensicherheit“ trug bei unseren Prüfungen rasch Früchte:

Bei einer Kasse stellte der Prüfdienst fest, dass ein Mitarbeiter einem Versicherten sowie dessen Angehörigen nicht näher zuzuordnende Kostenerstattungen in Höhe von 19.800 EUR überwiesen hatte. Die Prüfung ergab, dass er das Versichertenkonto und die Kontoverbindungen eines Schwagers für die Überweisungen nutzte, die dieser an den Mitarbeiter „gutgläubig“ weiterleitete. Zum anderen leitete er die Rückerstattung für fingierte Leistungen (ambulante Kuren, Erstattungen ambulanter ärztlicher Leistungen oder OP-Pauschalen) an einen begünstigten Dritten um. Diese Zahlungen dienten zur Begleichung von persönlichen Schulden. Der Gesamtschaden ist mit rund 200.000 EUR zu beziffern. Die Staatsanwaltschaft wurde eingeschaltet. Die Kasse hat das Arbeitsverhältnis durch fristlose Kündigung beendet.

Bei einer anderen Kasse konnte der Prüfdienst betrügerische Zahlungen aus fingierten Leistungsansprüchen ermitteln. Ausgelöst wurden diese durch einen leitenden Mitarbeiter. Dabei war der Kasse

ein Schaden von insgesamt 18.197,06 EUR entstanden. Die Möglichkeit sowie die Hemmschwelle, kriminelle Handlungen vorzunehmen, wurden dem Täter hier erheblich erleichtert, weil die Sicherheit im Zahlungsverkehr durch datenverarbeitungstechnische und organisatorische Maßnahmen nicht sichergestellt war.

Personal und Verwaltung

Verbindungen zum ehemaligen Trägerunternehmen einer Betriebskrankenkasse

Betriebskrankenkassen, die sich für alle Versicherungspflichtige bzw. -berechtigte geöffnet haben, müssen sich organisatorisch von ihrem ehemaligen Trägerbetrieb lösen. Dass dies nicht in allen Fällen konsequent durchgeführt wird, hat der Prüfdienst in etlichen Fällen bemängelt:

Betriebskrankenkassen, die sich in räumlicher Nähe zum ehemaligen Trägerunternehmen befinden, beteiligen sich des Öfteren an den Kosten der unternehmenseigenen Kantine, zum Teil in pauschaler Höhe. Die Kostenbeteiligung soll dem Umstand Rechnung tragen, dass die Kassenbeschäftigten nicht mehr zum Personal des Unternehmens gehören und deshalb eigentlich die für „Fremdesser“ höheren Preise bezahlen müssten. Für diese Beteiligung gibt es jedoch weder eine Rechtsgrundlage, noch ist sie im Hinblick auf die sparsame Mittelverwendung vertretbar. Der Prüfdienst hat die Betriebskrankenkassen mit Erfolg angehalten, die Zahlungen einzustellen.

Die räumliche Nähe zum ehemaligen Trägerunternehmen veranlasst manche Betriebskrankenkassen, sich an den Kosten des dortigen werksärztlichen Dienstes in pauschalierter Form zu beteiligen, um sich dessen Leistungen, wie z.B. Erste Hilfe und Akutmedizin sowie arbeitsmedizinische Betreuung zu sichern. Der Prüfdienst

verkennt nicht, dass die Kassen in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber bestimmte Leistungen „vorhalten“ müssen, es wird aber darauf hingewiesen, dass diese entweder durch eigenes Personal (z. B. die Ersthelfer) sicherzustellen sind oder aber nur in mehrjährigen Abständen erforderlich werden und insoweit die pauschalierte Beteiligung – unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme – unwirtschaftlich sind.

Das ehemalige Trägerunternehmen einer Betriebskrankenkasse bietet seinen Beschäftigten die Beratung bei privaten Wohnungsbauvorhaben an. Die Kassenbeschäftigten konnten dieses Beratungsangebot ebenfalls nutzen, der Versicherungsträger leistete hierfür eine jährliche Pauschalzahlung. Eine solche Ausgabe verstößt jedoch gegen das Prinzip, Mittel nur zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Betriebskrankenkasse verausgaben zu dürfen. Die Kasse hat die Zahlungen mittlerweile ersatzlos eingestellt.

Mietgleitklauseln

Immer wieder akzeptieren Krankenkassen bei der Anmietung von Büroräumen eine sogenannte Mietgleitklausel, in der Regel gebunden an den Verbraucherpreisindex. Mit einer solchen Vereinbarung koppeln die Kassen den Mietzins jedoch völlig von der Entwicklung des (gewerblichen) Mietmarktes ab. Derartige Wertsicherungsklauseln sind deshalb per se untauglich und können die Kasse benachteiligen: Der Prüfdienst hat deshalb empfohlen, Wertsicherungsklauseln allenfalls dann zu vereinbaren, wenn sie zum einen zulässig im Sinne des Preisklauselgesetzes und zum anderen tauglich im Sinne des gewerblichen Mietmarktes und zur Vermeidung von Nachteilen für die Kasse sind.

Werbeprämien

Dass Krankenkassen für die Gewinnung neuer Mitglieder auch Dienstleistungsunternehmen einschalten und diesen „Werbeprämien“ zahlen, ist nichts Ungewöhnliches. Die Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung haben hierzu in ihren Wettbewerbsgrundsätzen eine Aufwandsentschädigung von 75 EUR für angemessen gehalten. Dass sich nicht alle Kassen an diese Vorgaben halten, zeigen folgende Beispiele:

Bei einer Krankenkasse wurden Vermittlungsprovisionen von bis zu 180 EUR pro Vermittlung festgestellt. Hier handelt es sich um einen massiven Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, er wird von der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes weiterverfolgt. Dabei fehlt es den Kassen durchaus nicht an Unrechtsbewusstsein, wie der Verlauf einer Prüfung belegt, bei der festgestellt wurde, dass uns manipulierte Kopien von Vertragsunterlagen vorgelegt worden waren, die die Einhaltung der Obergrenze für Werbeprämien suggerieren sollten.

Eine Krankenkasse zahlte zeitweilig im Rahmen einer „Sonderaktion“ eine überhöhte Prämie für Neukunden in Höhe von 100 EUR, in Einzelfällen ohne den Beginn der Mitgliedschaft abzuwarten. Durch diese Sonderaktion hatte die Kasse ihr Werbebudget um rund 60.000 EUR überschritten. Die Kasse sagte zu, künftig Überschreitungen dieser Art zu vermeiden und jene der vergangenen Jahre in den Folgejahren auszugleichen.

In einem Fall zahlte eine Krankenkasse ihren Familienversicherten eine sogenannte „Treueprämie“, wenn sie in eine Mitgliedschaft bei ihr wechselten. Der Prüfdienst hat der Kasse deutlich gemacht, dass Treue- oder Antrittsprämien nicht mit den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen in Einklang zu bringen sind.

Höhe der Verwaltungskosten

Eine ehemals geschlossene Betriebskrankenkasse versäumte nach ihrer Öffnung und der Übernahme der Personal- und allgemeinen Sachkosten vom Trägerbetrieb, effiziente Maßnahmen zur Reduzierung der exorbitant hohen Verwaltungskosten zu ergreifen. Diese lagen in den Jahren 2005 bis 2008 jeweils ca. 100 EUR pro Mitglied über dem Schnitt aller Betriebskrankenkassen. Ursachen waren u.a. großzügig angemietete Büroflächen an allen Standorten der Kasse. Von dem Mietobjekt der Hauptverwaltung in zentraler Großstadtlage stand dabei eine Geschossfläche mit 550 qm 18 Monate lang leer. Eine aktuelle Bedarfsermittlung zu den vorhandenen Objekten sowie eine Raumbedarfsprognose lagen nicht vor. Hinzu kam, dass die Kasse für den Bereich der Verwaltungskosten keine systematische Kosten- und Leistungsrechnung durchgeführt hatte, obwohl das Bundesversicherungsamt dies bereits in der Vergangenheit von ihr gefordert hatte. Schließlich bediente sie sich ständig externer Berater bei verschiedensten Projekten regelmäßig ohne Wirtschaftlichkeitsberechnung und Projektbegleitung. Auf Grund der Beratung des Prüfdienstes konnte die Kasse relativ kurzfristig durch konkrete Maßnahmen bei den Personalkosten 550.000 EUR und bei den Sachkosten 730.000 EUR einsparen.

Beschaffungen

Die Nichtbeachtung gesetzlicher Vorschriften bei der Vergabe von Lieferungen und Leistungen durch die Krankenkassen ist ein leidiges Dauerthema bei Prüfungen durch den PDK. Wie bereits in früheren Tätigkeitsberichten dargestellt, missachten Kassen nach wie vor die Verpflichtung, bei Beschaffungsmaßnahmen eine öffentliche Ausschreibung vorzunehmen, ein-

heitliche Beschaffungsrichtlinien zu erlassen oder sich an die geltenden Verdingungsordnungen zu halten (§ 22 der VO über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung). Häufig waren Vergabeentscheidungen nicht nachvollziehbar und ausreichend belegt.

So wurden beispielsweise durch eine Kasse diverse Beratungsleistungen über mehrere Jahre, in zwei Fällen sogar über ein Jahrzehnt hinweg vom gleichen Anbieter, für insgesamt über 4,2 Mio. Euro in Anspruch genommen.

In einem anderen Fall hatte eine Krankenkasse für einen Auftrag mit einem Volumen von mehreren Millionen EUR ein nicht offenes Verfahren ohne Einholung weiterer Angebote durchgeführt. Sie hatte sowohl eine öffentliche Vergabebekanntmachung unterlassen als auch ihre Bemühungen zur Erkundung des Bewerberkreises nicht ausreichend dokumentiert. Die Nichtbeachtung der Ausschreibungsregularien oder ein fehlerhaftes Auftragsverfahren können Schadensersatzansprüche der unterlegenen oder nicht beachteten Mitbewerber nach sich ziehen.

Viele Krankenkassen verkennen, dass das Vergaberecht nicht nur eine „leidige“ Verfahrensformalie beinhaltet, sondern vor allem auch eine Chance darstellt, über die Einbeziehung vieler Anbieter die unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten bestmögliche Kosten-Nutzen-Entscheidung treffen zu können. Dies ist vor allem deshalb geboten, weil die Krankenkassen Treuhandverwalter der Mitgliedsbeiträge ihrer Versicherten sind und ihre Mittel wirtschaftlich und sparsam einzusetzen haben.

Mitgliedschaft und Beiträge

Fehlaufnahmen

Eine geschlossene Betriebskrankenkasse

hat in einer größeren Anzahl von Fällen Versicherte aufgenommen, die nicht zum aufnahmefähigen Personenkreis gehörten. Da die Kasse in der Vergangenheit bereits mehrfach in dieser Hinsicht auffällig geworden ist und sich wiederholt weigerte, die Rückabwicklungen vorzunehmen, hat der Prüfdienst die Rechtsaufsicht eingeschaltet.

Beitragseinstufungen von Grenzgängern in die Schweiz

Über die Problematik der korrekten Beitragseinstufung von Grenzgängern in die Schweiz wurde bereits im vergangenen Jahr berichtet. Die Prüfungen auf diesem Gebiet wurden auch im Jahr 2008 fortgesetzt. Abermals stieß der Prüfdienst bei einer Kasse auf Fälle unzutreffender Beitragseinstufungen, weil die Angaben der Versicherten zu ihren beitragspflichtigen Einnahmen ungeprüft und ohne Nachweis übernommen wurden. Dies führte mehrfach zur Erhebung lediglich des Mindestbeitrags. Bei einer Verringerung der beitragspflichtigen Einnahmen übernahm die Kasse ebenfalls ohne Nachweis die Angaben des Mitgliedes. Daraus resultierten teilweise deutliche Verringerungen der Beitragseinstufungen. Der Kasse kamen in keinem der geprüften Fälle Zweifel an der Richtigkeit der Angaben des Versicherten. Abfrageaktionen nach dem aktuellen Einkommen erfolgten nur alle fünf Jahre; Nachweise wurden auch hier nicht gefordert.

Leistungen

Fehlerhafte Leistungsgewährung

In praktisch allen Prüfverfahren hatte der Prüfdienst erneut zu bemängeln, dass Krankenkassen Leistungen in Einzelfällen trotz fehlender Rechtsgrundlage übernahmen. Ob es sich hierbei um „Leistungserb-

ringer“ außerhalb des Vertragssystems (z.B. Heilpraktiker), privatärztlich verordnete Leistungen und Arzneimittel (ohne Kostenerstattungsberechtigung), sogenannte „IGEL-Leistungen“ (z.B. Atemtherapie, Kiefergelenkanalyse, Stickstoffmessungen der Atemluft), ausgeschlossene Behandlungsmethoden (z.B. Stoßwellentherapie, osteopathische Behandlung), Maßnahmen mit rein kosmetischem Charakter oder um solche Leistungen handelnde, bei denen konventionelle Behandlungsmethoden – statt der gewählten Maßnahmen – zur Verfügung standen: die Bandbreite ist äußerst vielfältig. In sämtlichen Fällen hat der Prüfdienst die Krankenkassen aufgefordert, solche unzulässigen Leistungsgewährungen künftig zu unterlassen.

Leistungen eines werksärztlichen Dienstes
Eine Krankenkasse übernahm generell die Kosten für Arzneimittel, die der nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene werksärztliche Dienst ihren Versicherten auf Privatrezept verordnete. Ungeachtet des damit verbundenen erheblichen Verwaltungsaufwands auf ihrer Seite – jede Verordnung war detailliert zu prüfen und zu erfassen – war die Kasse der Auffassung, die Verfahrensweise sei nicht nur versichertenfreundlich, sondern im Ergebnis auch günstiger für sie. Der Prüfdienst musste erst die Rechtsaufsicht einschalten, um die Kasse zu einem rechtskonformen Verhalten zu bewegen.

Übernahme der Kosten für Leistungen durch nicht zugelassene Krankenhäuser
Auf Grund einer mündlichen Absprache übernahm eine Kasse seit mehreren Jahren Kosten für stationäre Leistungen in einer Privatklinik für orthopädische Chirurgie. Daneben erstattete sie Kosten für privat verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

sowie für privat abgerechnete (beleg-) ärztliche Behandlungen in dieser Klinik nach (den mehrfachen Sätzen) der GoÄ ohne Begrenzung auf die Vertragssätze. Allein seit 2005 hatte sie so Kosten von über 700.000 Euro übernommen. Auf Empfehlung des Prüfdienstes hat die Kasse zugesagt, keine Kosten im Zusammenhang mit Behandlungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer mehr zu übernehmen.

Ob sich die Kasse an diese Zusage hält, wird bei einer Nachschau kontrolliert.

Unrechtmäßige Gewährung von Haushaltshilfe

Eine Kasse gewährte einer Versicherten Haushaltshilfe für die Zeit vor, während und im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Dabei wurden zwei Kinder der Versicherten auf Kosten der Kasse außerhalb des elterlichen Haushalts in einem Kinderhaus untergebracht. Die medizinische Notwendigkeit der Haushaltshilfe war durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen nicht abschließend beurteilt worden. Die Kasse berief sich auf ein Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände, wonach ausnahmsweise die Kosten der Unterbringung von Kindern in angemessener Höhe zu erstatten seien. Aufgrund der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts besteht kein Raum dafür, dass nach § 38 Abs.1 SGB V im Rahmen der Haushaltshilfe eine Übernahme der Kosten für die auswärtige Unterbringung von Kindern durch die Krankenkasse erfolgen kann. Das Urteil vom 01. Juli 2003 stellt klar, dass die Haushaltshilfe dem Versicherten speziell die Weiterführung seines Haushalts und nicht allgemein die Versorgung seiner Kinder ermöglichen soll.

Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung soll nach § 140a SGB V eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten ermöglichen. Optimierte Behandlungsabläufe, verkürzte Behandlungszeiten und eine verbesserte Kapazitätsauslastung sollen Kosten reduzieren.

Die Krankenkassen können nach § 140 b SGB V mit den Vertragspartnern Verträge über integrierte Versorgungsformen abschließen. Zum Stichtag 31. Dezember 2008 existierten bundesweit über 6.000 Verträge zur Integrierten Versorgung. Die vom Bundesversicherungsamt geprüften Kassen haben vor Abschluss der Verträge meist umfassende Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen angestellt. So wurden neben den Zielen und dem Leistungsumfang des Vertrages u.a. das wirtschaftliche und qualitative Potential sowie die Controllingansätze des abzuschließenden Vertrages durchleuchtet.

Obwohl die Anzahl der Verträge zur Integrierten Versorgung in den letzten Jahren ständig gewachsen ist und die Rahmenbedingungen von den Kassen und den Leistungserbringern beachtet werden, ist im Rahmen der Prüfungen immer wieder auffällig, dass die Versicherten die Maßnahmen zur Integrierten Versorgung bisher noch nicht in dem Umfang in Anspruch genommen haben, wie die Kassen dies erwartet hatten und erwarten. Gründe hierfür könnten die fehlende Akzeptanz der Versicherten (Vertrauen) zu den Leistungserbringern, die fehlenden Steuerungsmöglichkeiten der Kassen im Vorfeld der Leistungsanspruchnahme als auch regionale und strukturelle Aspekte sein.

Um Versicherte für sich zu gewinnen, benutzen Kassen gelegentlich das Vehikel

Integrierte Versorgung für Versorgungsformen, die dem Ansatz des 140b SGB V nicht gerecht werden.

Aufwendungen für Behandlungen im Ausland

Eine Kasse fiel dadurch auf, dass sich ihre Aufwendungen für Behandlungen im Ausland im Jahr 2007 auf über 24 Euro je Mitglied beliefen. Sie waren damit ca. zweieinhalb mal so hoch wie der Durchschnitt der anderen Kassen. Der PDK ermittelte dafür u.a. folgende Ursachen:

- Kostenübernahme für ärztliche Behandlungen auf Kreuzfahrtschiffen ohne Rechtsgrundlage,
- Erstattungen nach deutschen Sätzen für selbst beschaffte Sachleistungen in Norwegen, Irland und Großbritannien,
- Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand ohne Überprüfung des Versicherungsverhältnisses,
- doppelte Übernahme von Behandlungskosten bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bei Versicherten, die nach tatsächlichem Aufwand für die Leistungsaushilfe abrechneten und für die gleichen Behandlungen weitere Unterlagen zur Kostenerstattung einreichten. Unsere Auswertung ergab in 231 Fällen Überschneidungen in den Leistungszeiträumen sowie in den einschlägigen Leistungsarten sowie Folgekosten in Höhe von 240.320 Euro. Diese Verfahrensweise wurde beanstandet. Dieser Problembereich bei der Kasse wird im Auge behalten.

DRG-Prüfungen

Der Prüfdienst hat auch im Jahr 2008 den DRG-Prüfungen (Diagnosis Related Groups - sog. Fallpauschalensystem) hohe Aufmerksamkeit gewidmet. Im Focus der diesjährigen Prüfungen standen vor allem Krankenkassen, die ihre Abrechnungsprüfungen wegen der immer komplexer werdenden Materie bei externen Dienstleistungsunternehmen durchführen lassen. Durch ein professionelles Abrechnungsmanagement erhoffen sich insbesondere kleinere Krankenkassen höhere Ersparnisse.

Das Ziel der Prüfungen war es, neben den originären Fallprüfungen auch den Datenfluss der von den Krankenhäusern gelieferten Original-Datensätze (§ 301 SGB V) und die entsprechende Datenhaltung in den EDV-Systemen der Kassen zu untersuchen. Um die Abrechnungsprüfung orientiert am Geschäftsprozess qualitativ beurteilen zu können, wurden große Anstrengungen in den Aufbau und Einsatz einer geeigneten Prüfsoftware unternommen, die sich schon in den ersten Pilotprüfungen als erfolgreich herausgestellt hat.

Die Prüfungen haben gezeigt, dass alle geprüften Kassen im operativen Geschäft Daten verändern, hinzufügen oder löschen. Für eine rein datentechnische Überprüfung der bezahlten Krankenhausabrechnungen fehlten maßgebliche Informationen etwa aus den Entlassungsanzeigen und Rechnungsdatensätzen oder waren aufgrund von Veränderungen nicht nachvollziehbar (unzureichende Historienführung). Die Kassen werden damit weder den Anforderungen an eine ordnungsgemäße Belegführung noch den Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung und Datenverarbeitung gerecht. Die Erkenntnisse hat der Prüfdienst zur weiteren Veranlassung an die Rechtsaufsicht des Bundes-

versicherungsamtes weitergeleitet. Es ist anzunehmen, dass eine solche Datensituation bei mehreren Kassen vorzufinden ist. Mit Hilfe von Standardabfragen konnte festgestellt werden, dass materiell-rechtlich fehlerhaft abgerechnete Sachverhalte - etwa wenn bei Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus innerhalb einer bestimmten Frist die beiden aufeinanderfolgenden Aufenthalte nicht zu einem kostengünstigeren Fall zusammengeführt oder bei Verlegungen mit kurzer Aufenthaltsdauer keine Abschläge berechnet werden - oftmals von Kassen nicht erkannt werden. In einigen Fällen rechneten Kassen mit nicht zugelassenen Krankenhäusern ab. Auf Anregung des Prüfdienstes werden inzwischen intensive Schulungen der Kassenmitarbeiter zur Sensibilisierung für diese Fallgestaltungen durchgeführt.

Im Rahmen von explorativen Prüfabfragen wurden die bereits als auffällig gestellten Fälle nach weiteren Kriterien ausgewertet. Auf diese Weise konnten auch bei der medizinisch-inhaltlichen Fallprüfung Mängel etwa im Bereich des ambulanten Potentials (primäre Fehlbelegung) aufgedeckt werden. Zum Ausgleich aktueller Defizite riet der Prüfdienst, verbesserte Abfragen in das vorhandene Prüfgelwerk zu integrieren. Die Kassen sagten dies auch zu.

In hohem Maße beanstandete der PDK, dass Kassen medizinisch-inhaltliche, aber auch materiell-rechtliche Sachverhalte mit einem Ersparnispotential von unter 500 Euro generell nicht weiterverfolgten. Auf Empfehlung des Prüfdienstes hin wurde noch während der örtlichen Erhebungen diese rechtswidrige Verfahrensweise eingestellt: Fälle medizinisch-inhaltlicher Art unterziehen die Kassen nunmehr stichprobenhaft einer Prüfung.

Auch offene Forderungen aus den Rechnungsprüfungen wurden von den Kassen nur unzureichend überwacht. Eine vom Prüfdienst geforderte konsequente Verfahrensweise zur Durchführung eines zeitnahen Forderungsmanagements (z.B. monatlicher Mahnungslauf, häufigere, ggf. auch persönliche Kontaktaufnahmen mit den Krankenhäusern sowie Einwirken auf kürzere MDK-Laufzeiten) wird mittlerweile von den Kassen praktiziert.

Eine Kasse hatte, ohne zuvor eine Wirtschaftlichkeitsberechnung durchgeführt zu haben, einen Mietvertrag über eine Prüfsoftware geschlossen. Diese Vertragsgestaltung wurde überprüft und festgestellt, dass ein Kauf wirtschaftlicher wäre. Die nachfolgende Vertragsumgestaltung erbrachte für diese Kasse eine Ersparnis von 33.000 Euro.

Eine in Eigenregie prüfende Kasse hat zur Wahrung ihrer kurzfristigen Liquidität systematisch sog. „Lieferantenkredite“ in Anspruch genommen, indem sie fällige Krankenhausrechnungen über einen längeren Zeitraum zurückgehalten und zum vereinbarten Zahlungstermin nicht beglichen hat. Die Summe der freigegebenen und fälligen, aber noch nicht durchgeführten Überweisungen für den Krankenhausbereich belief sich auf ca. 6 Mio. Euro. In intensiven Beratungsgesprächen wurde die Kasse angehalten, generell alle Rechnungen innerhalb der Zahlungsfristen zu bezahlen und somit Verzugszinsen zu vermeiden. Inzwischen hat die Kasse die beanstandete Vorgehensweise aufgegeben.

Die von den jeweiligen Kassen mitgeteilten, aufgrund ihrer internen Prüfungen erzielten Ersparnisse bewegen sich zwischen 0,9 und 1,3 Prozent ihrer jeweiligen DRG-Ausgaben. Berücksichtigt man ein aufgrund offener Forderungen nicht realisier-

tes Einsparpotential von 0,6 bis 0,7 Prozent und durch die Prüfungen des PDK ein weiteres zusätzliches Einsparpotential von 0,2 bis 0,7 Prozent, könnten Kassen Einsparquoten von 1,8 Prozent und mehr erzielen.

Pflegeversicherung

Rentenversicherung der Pflegepersonen

Die Unterbrechung der RV-Pflicht bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege oder Krankenhaus- und Reha-Aufenthalt des Pflegebedürftigen über mehr als vier Wochen bzw. Krankenhausaufenthalt oder Urlaub der Pflegeperson beachteten die Pflegekassen des öfteren nicht und führten unvermindert Beiträge an die Rentenversicherungsträger ab. Auch eine regelmäßige Überprüfung hinsichtlich des Fortbestehens der Voraussetzungen nahmen die Pflegekassen nach der erstmaligen Feststellung der RV-Pflicht häufig nicht vor. Da sich die Verhältnisse der Pflegeperson in Bezug auf die persönliche Arbeitstätigkeit und Arbeitszeit ständig ändern können, wird seitens des Bundesversicherungsamtes eine kontinuierliche Prüfung im Abstand von zwei Jahren, grundsätzlich jedoch bei einer Änderung der Pflegestufe, für erforderlich gehalten.

Wechseln Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI, nahmen Pflegekassen oft keine Prüfung über den Wegfall oder ggf. das weitere Vorliegen der RV-Pflicht für die Pflegeperson vor. So führte eine Kasse über mehrere Jahre die Beiträge zur Rentenversicherung unverändert ab, unabhängig davon, ob die Wochenendpflege durch eine Pflegeperson stattfand oder nicht.

IT- Prüfungen

Im Rahmen des § 15a RSAV werden die Meldungen, die die Kassen an die RSA-

Stelle des Bundesversicherungsamtes hinsichtlich der Versicherungszeiten sowie der aufwändigen Leistungsfälle zur Durchführung des Risikostrukturausgleiches gesendet haben, durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder auf ihre Richtigkeit hin überprüft. Zu diesem Prüfzweck werden die Meldungen in vordefinierten elektronischen Satzarten von den Kassen an die Prüfdienste geliefert.

Um die verfahrensmäßige Richtigkeit der Erstellung dieser Prüfsatzarten sicherzustellen, wurde durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder auf der Grundlage des § 274 SGB V bei allen Kassenarten geprüft, ob die Erstellung dieser Satzarten den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Dabei konnten bei einigen Kassen Auffälligkeiten in den Programmen festgestellt werden, wie z.B. die in mehreren Ausgestaltungen programmseitig nicht vorhandene Möglichkeit der Zuordnung zur richtigen Versichertengruppe. Durch unrichtige Zuordnungen kann die Kasse in manchen Fällen höhere Ausgleichszahlungen aus dem Risikostrukturausgleich erzielen.

Die Kassen wurden aufgefordert, sich aus Fehlern dieser Programme ergebende Korrekturen ihrer Datenmeldungen gegenüber der RSA-Stelle des Bundesversicherungsamtes vorzunehmen.

Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL)

Im Mittelpunkt der Tätigkeit des Prüfdienstes Landwirtschaftliche Sozialversicherung standen im Jahr 2008 Schwerpunktprüfungen zum Thema Beitragsrückstände einschließlich der Mahn- und Vollstreckungsverfahren bei vier landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträgern (LSV-Träger).

Wie alle anderen Sozialversicherungsträger sind auch diese verpflichtet, die Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben (§ 76 Abs. 1 SGB IV). Eine Besonderheit hierbei stellt das Finanzierungssystem der gesetzlichen Unfallversicherung dar, das durch das Umlageprinzip der nachträglichen Bedarfsdeckung geprägt ist. Danach müssen die Beiträge den finanziellen Gesamtbedarf der Berufsgenossenschaft für das abgelaufene Geschäftsjahr decken. Voraussetzung für die Erhebung der Beiträge ist die fristgerechte Meldung der erforderlichen Angaben durch den landwirtschaftlichen bzw. gärtnerischen Unternehmer. Nach den Feststellungen des Prüfdienstes bestehen offene Forderungen überwiegend gegenüber jenen Unternehmern, die ohnehin schon seit Jahren säumige Beitragszahler sind, sich also nicht nur vorübergehend in Zahlungsschwierigkeiten befinden. Verspätete oder unterlassene Meldungen hatten daher teilweise erhebliche Beitragsnachforderungen zur Folge, die sogar zu Zahlungsschwierigkeiten der Unternehmer führten. Der Prüfdienst hat den betroffenen Versicherungsträgern empfohlen, durch gezielte Maßnahmen dafür Sorge zu tragen, dass die Unternehmer ihren Meldepflichten rechtzeitig nachkommen.

Während für einige Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ein zentraler Geschäftsbereich die Forderungsbearbeitung für die Berufsgenossenschaft, die Alters-, Kranken- und Pflegekasse gemeinsam durchführt, lassen andere Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Beitragseinzug, Mahn- und Vollstreckungsverfahren noch nach Versicherungszweigen getrennt durchführen. Dabei kommt es mitunter bei den Unternehmern, die in mehreren Versicherungszweigen Beitragsschulden haben, zu unterschiedli-

chen Bearbeitungsweisen hinsichtlich des Forderungseinzugs. Der Prüfdienst hat eine einheitliche und zentralisierte Verfahrensweise empfohlen, die betroffene Sozialversicherung signalisierte Bereitschaft zur Umstellung ihres Verfahrens.

Weiterer Beratungsbedarf ergab sich insbesondere zur

- Beachtung der Verjährungsvorschriften,
- Beantragung von Zwangsvollstreckungen in geeigneten Fällen,
- Verfahrensweise bei Stundungs- und Ratenzahlungsvereinbarungen,
- Geltendmachung von Forderungen im Rahmen gesamtschuldnerischer Haftung
- sowie zur Vorgehensweise bei Nachlassverbindlichkeiten.

Der Prüfdienst hat dieses Schwerpunktthema unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus den Prüfungen der einzelnen Träger auch bei den Spitzenverbänden der landwirtschaftlichen Sozialversicherung geprüft. Neben der Einhaltung der gesetzlichen, satzungsmäßigen und sonstigen Vorgaben hat er dabei auf die Aktualität und die zeitnahe Bekanntgabe der von den Spitzenverbänden zu erlassenden Richtlinien, Empfehlungen, Rundschreiben u. ä. an die Träger geachtet. Ein besonderes Augenmerk galt hierbei den von den (bisherigen) Spitzenverbänden erstellten, verbindlichen Vorgaben, die ab 01. Januar 2009 für alle landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger gelten und die die enge Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten vorsehen (vgl. § 143f SGB VII). Das Prüfverfahren ist noch nicht abgeschlossen.

7.4 Prüfungen nach § 15a RSAV

Die Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool mitzuteilenden Daten und die Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten erfolgt nach § 15a RSAV. Hierdurch soll die Rechtssicherheit der Durchführung des Risikostrukturausgleichsverfahrens und des Risikopools weiter erhöht werden. Die aufsichtsrechtlichen Prüfungen nach § 88 SGB IV werden davon nicht berührt.

Gegenstand der Prüfungen nach § 15a RSAV a.F. waren bislang insbesondere folgende finanzwirksame Bereiche: die gemeldeten Versicherungszeiten, die im Risikopool gemeldeten Daten sowie die Unterlagen der Versicherten, die in ein nach § 137g SGB V zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind. § 15a RSAV wurde mit der 15. RSAV-ÄndV (BGBl. I 2007, S. 2495) neu gefasst. Nach § 15a Abs. 4 RSAV gelten jedoch die Absätze 1 bis 3 für die Prüfung der Ausgleichsjahre bis einschließlich des Ausgleichsjahres 2004 sowie aller für diese Jahre im Jahresausgleich 2005 erfolgten Korrekturen in der bis zum 29. Oktober 2007 geltenden Fassung. Mit der Neufassung wurde im Wesentlichen der Prüfturnus geändert. In diesem Zusammenhang werden die Versicherungszeiten inklusive der in ein nach § 137g SGB V zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschriebenen Versicherten und der Risikopool abwechselnd alle zwei Jahre geprüft.

Kernstück der Regelung ist, eine festgestellte Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle hochzurechnen und den auf Grund dieser Hochrechnung ermittelten Korrekturbetrag gegenüber der betroffe-

nen Krankenkasse durch Bescheid geltend zu machen.

Die RSAV räumt den im Rahmen einer Hochrechnung mit einem Korrekturbetrag belasteten Krankenkassen die Möglichkeit ein, die geprüften Datenmeldungen auf Grundlage einer Vollerhebung zu bereinigen. Sofern durch eine anschließende Wiederholungsprüfung festgestellt wird, dass die Datenmeldungen ordnungsgemäß korrigiert wurden, wird der Korrekturbetrag an die Krankenkasse zurückgezahlt. Für die Meldungen der Versicherten, die in den Jahren 2003 und 2004 finanzwirksam in die Behandlungsprogramme für chronisch Kranke eingeschrieben wurden (DMP-Versicherte), haben die Krankenkassen im Jahr 2008 die Abschlussberichte der Prüfdienste und die Bescheide des Bundesversicherungsamtes bekommen.

Die Hochrechnungsbescheide nach § 15a RSAV sind seit der Durchführung der ersten Prüfungen in den Jahren 2004 und 2005 nicht selten Gegenstand gerichtlicher Überprüfungen gewesen. Das Verwaltungsverfahren des Bundesversicherungsamtes wurde gerichtlich stets bestätigt.

7.5 RSA-Prüfungen Risikopool

Im Jahr 2008 fand eine RSA-Prüfung im Bereich Risikopool des Berichtsjahres 2006 statt. Wie im Tätigkeitsbericht 2007 bereits berichtet, wurde erstmalig die Datenanforderung zentral von Bonn aus vorgenommen. Diese Vorgehensweise hat sich bewährt und wird weiter fortgeführt. Es wurden 127 bundesunmittelbare Kassen mit insgesamt 4.475 Stichprobenfällen geprüft, davon sind 724 Stichprobenfälle vom Prüfdienst Krankenversicherung als

fehlerhaft bewertet worden (16,18 Prozent).

Vergleicht man die Anzahl der fehlerhaften Stichprobenfälle mit den vorangegangenen RSA-Prüfungen im Bereich Risikopool, so ist festzustellen, dass die Fehlerquote rückläufig ist. Hervorzuheben ist, dass die Prüfdienste des Bundes und der Länder die maschinellen Prüfhandlungen insbesondere im Hauptleistungsbereich „Arzneimittel“ zur Steigerung der Quantität und der Qualität der Prüfungen weiter ausgebaut haben.

Die nächste anstehende RSA-Prüfung wird den Bereich Versicherungszeiten /DMP betreffen, wobei die gemeldeten DMP-Versicherten im Rahmen der Prüfung der Versicherungszeiten mitgeprüft werden.

Die zur Prüfung erforderlichen Satzarten wurden im August 2008 angefordert, so dass die Prüfungen im Frühjahr 2009 beginnen können.

7.6 Ausblick

Die Einführung des Gesundheitsfonds und die stärkere Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs stellen auch Herausforderungen für die Prüfdienste dar, die Umsetzung dieser neuen Instrumente durch die Krankenkasse durch Prüfungen zu begleiten. Aus diesem Grund haben die Prüfdienste des Bundes und Länder die Themen aufgegriffen und bereits 2008 begonnen, entsprechende Prüfansätze zu erarbeiten. Diese Ansätze sollen in Orientierungsprüfungen auf der Grundlage des § 274 SGB V Ende des Jahres 2009 angewandt und getestet werden.

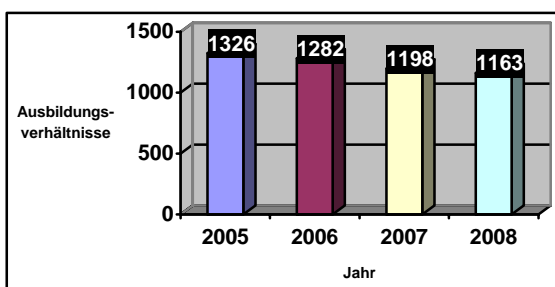
8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSBILDUNGSGESETZ (BBIG)

- 8.1 Ausbildungsplatzsituation
- 8.2 Ausbildungsberatung
- 8.3 Prüfungen

8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSBILDUNGSSETZ (BBIG)

8.1 Ausbildungsplatzsituation

Im Jahr 2008 ging die Zahl neuer Ausbildungsverhältnisse - wenn auch nicht so stark wie in den Vorjahren - erneut und zwar um 2,92 Prozent auf 1.163 zurück. Zum Jahr 2005 beträgt das Minus allerdings 14,61 Prozent. Die Prognoseabfrage bei den Trägern für das Jahr 2009 hat ergeben, dass die Zahl neuer Ausbildungsverhältnisse wieder deutlich steigen könnte und mit ca. 1.265 geplanten Ausbildungsplätzen wieder nahezu das Niveau von 2006 erreichen wird.

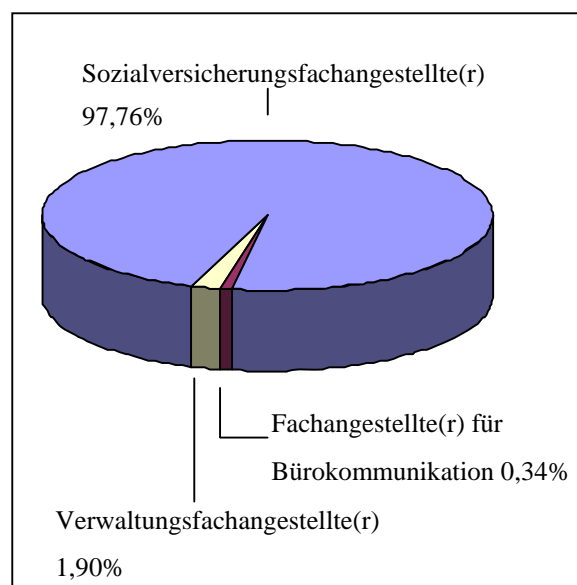


Mit 1.137 Neuverträgen, das sind rd. 2,24 Prozent weniger, stellten die Sozialversicherungsfachangestellten im Berichtsjahr wieder den Hauptteil der neu eingestellten Auszubildenden. Der Rückgang kann zum einen durchaus darauf zurückzuführen sein, dass weitere Krankenkassen begonnen haben, Kaufleute im Gesundheitswesen (KiGs) auszubilden. Denn der Einbuße an Sozialversicherungsfachangestellten bei den Krankenversicherungsträgern (minus 3,4 Prozent) steht eine mindestens gleich hohe Anzahl zusätzlicher KiGs gegenüber. Der Rückgang geht aber nicht ausschließlich auf das Konto der Krankenversicherungsträger, sondern auch auf das der Deutschen Rentenversicherung Bund mit rd. 14,3 Prozent weniger Ausbildungsverträgen für diesen Beruf. In allen anderen Fachrichtungen wurde das

Niveau von 2007 zumindest gehalten, wenn nicht sogar erheblich verbessert.

Mit 868 „neuen“ Sozialversicherungsfachangestellten, das sind rund 76,56 Prozent aller neuer Ausbildungsverhältnisse in diesem Beruf, sind die Krankenversicherungsträger wie immer die „Hauptabnehmer“. 513 Sozialversicherungsfachangestellte werden bei Ersatzkassen, 292 bei Betriebskrankenkassen und 63 bei Innungskrankenkassen ausgebildet.

Ausbildungsverhältnisse 2008



Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben den letztjährigen Einbruch wieder ausgeglichen und sogar drei Verträge mehr als 2007 geschlossen. Das ist eine Steigerung der Ausbildungsleistung um rd. 11,36 Prozent. Dasselbe gilt für die Knappschaft-Bahn-See mit 99 Verträgen.

Mit elf Neuverträgen schlossen die Träger der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung drei Verträge mehr als im Vorjahr ab.

Gemessen am Ausgangswert ist das eine Steigerung von einem Drittel.

Der Abwärtstrend bei der Deutschen Rentenversicherung Bund ist hingegen ungebrochen. Waren es im Jahr 2007 noch 70 Ausbildungsplätze für Sozialversicherungsfachangestellte, wurden im Berichtsjahr nur noch 60 neue Verträge geschlossen. Zieht man auch hier einmal das Jahr 2005 als Vergleichswert heran, ist ein Rückgang um rund 58 Prozent festzuhalten.

Anders als im Vorjahr vermutet, ist es noch nicht dazu gekommen, dass die Büro- und Verwaltungsberufe bei den Trägern stärker Fuß fassen konnten. Die Unfallversicherungsträger stellten 2008 mit vier einen Auszubildenden weniger als im Jahr 2007 und die Krankenversicherungsträger überhaupt keine neuen Fachangestellten für Bürokommunikation ein. Auch wenn unsere Einschätzung, der Beruf der Verwaltungsfachangestellten habe innerhalb der Büroberufe die Oberhand gewonnen, bestätigt wird, so ist auch dieser Beruf erstmals wieder rückläufig und ist die Einstellungszahl auf das Niveau von 2004 zurückgefallen. Denn der einzige Träger, bei dem Verwaltungsfachangestellte ausgebildet werden, die Deutsche Rentenversicherung Bund, hält zwar nach wie vor an diesem Beruf fest, hat aber in 2008 nur noch 22 und damit 15,38 Prozent weniger Verträge geschlossen. Beim Bundesversicherungsamt werden wie bisher beide Berufe ausgebildet, allerdings - dem Trend entsprechend - doppelt soviel Verwaltungsfachangestellte wie Fachangestellte für Bürokommunikation.

Die Überlegungen des Verordnungsgebers, die Ausbildungen zum / zur Fachangestellten für Bürokommunikation und

zum Bürokaufmann / zur Bürokauffrau neu zu ordnen bzw. zusammenzuführen - hierüber hatten wir kurz berichtet -, sind noch nicht abgeschlossen. Eine Neuordnung kann frühestens 2010 in Kraft treten.

Von den im Jahr 2008 eingestellten Auszubildenden verfügen 809 (rd. 69,6 Prozent) über die Hoch- oder Fachhochschulreife und 344 (rd. 29,6 Prozent) über einen Realschul- oder gleichwertigen Abschluss. Nur noch drei (rd. 0,26 Prozent) haben einen Hauptschulabschluss. Sie werden in den Fachrichtungen allgemeine Krankenversicherung und gesetzliche Unfallversicherung ausgebildet. In der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung blieb die Anzahl der Auszubildenden mit (Fach-) Hochschulabschluss konstant, die derjenigen mit einem mittleren Schulabschluss ging um 11,34 Prozent zurück. War das Verhältnis dieser beiden Vorbildungen bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung im Vorjahr 44,08 Prozent zu 55,92 Prozent zu Gunsten der (Fach-) Abiturienten, so ist das Verhältnis diesmal ausgeglichen. Genau umgekehrt bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Hier verschob sich das Ergebnis zu Gunsten der (Fach-) Abiturienten auf 58,54 Prozent bei der Knappschaft-Bahn-See und in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ist das Verhältnis gleich geblieben.

Auch bei den landesunmittelbaren Trägern geht es mit den Ausbildungszahlen abwärts. In allen Bundesländer, mit Ausnahme von Bayern (plus 9,86 Prozent), Nordrhein-Westfalen (plus 15,18 Prozent) und dem Saarland (ein Vertrag mehr), ging die Anzahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge deutlich zurück, so dass zum 31. Dezember 2008 nur noch 3.022 Verträge bestanden. Das ist ein Mi-

nus gegenüber dem Vorjahr von 17,84 Prozent. Erklärbar auch durch den Umstand, dass die Anzahl der landesunmittelbarer Krankenkassen zurückgegangen ist. Zum Stichtag 31. Dezember 2008 betreut das Bundesversicherungsamt 3.170 und damit erstmals seit 2004 mehr als die Hälfte (51,20 Prozent) aller Auszubildenden zum/zur Sozialversicherungsfachangestellten auf Bundes- und Landesebene.

8.2 Ausbildungsberatung

Im Jahr 2008 hat das Bundesversicherungsamt rund 3.000 Auszubildende in 250 Veranstaltungen auf Lehrgängen, in Geschäftsstellen und in Bezirksverwaltungen beraten. Die mit Abstand meisten Beratungen betrafen wiederum angehende Sozialversicherungsfachangestellte und hier zu rund 60% Auszubildende in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung. Der Ausbildungsberuf des/r Kaufmanns/Kauffrau im Gesundheitswesen (KIG) kann sich offenbar weiter etablieren. Inzwischen hat die BEK für dieses Jahr und die KKH für nächstes Jahr angekündigt, die Mitarbeiter mit diesem Ausbildungsberuf einzustellen. Für die anfangs befürchtete Konkurrenz zwischen ihnen und den Sozialversicherungsfachangestellten bei der Übernahme besteht nach unseren Erkenntnissen allerdings kein Anhaltspunkt. Die Absolventen beider Ausbildungsberufe haben zur Zeit gute Übernahmechancen und ebenso gute Perspektiven in der Weiterbildung.

Mit zunehmender Sorge beobachten die Träger folgenden Trend: Alle mit der Auswahl der Bewerber befassten Ausbilder bestätigten, dass die Anzahl der qualifizierten Bewerber um Ausbildungsplätze zurückgehe. Zwar gebe es nach wie vor zahlreiche Bewerbungen, darunter seien

aber nur wenige Kandidaten, die den Anforderungen der Träger gerecht würden. Da auch andere Unternehmen sich um diese Wenigen bemühten, hätten diese vielfältige Chancen einen Ausbildungsplatz zu erhalten. Deshalb könnten die Bewerber zunächst den von einer Krankenkasse angebotenen Ausbildungsplatz annehmen, aber weiter nach einem anderen suchen. Die Folge ist, dass der Vertrag oft kurz vor Ausbildungsbeginn gekündigt wird bzw. die Bewerber die Ausbildung nicht antreten. Inzwischen wird anderen Bewerbern abgesagt. Kurzfristig ist jedoch kaum möglich, einen Ersatz zu bekommen, um den Ausbildungsplatz dennoch zu besetzen.

Festzustellen war, dass die Träger immer weniger bereit sind, problematische Ausbildungsverhältnisse einzugehen. Wenn Ausbildungsplätze mangels geeigneter Bewerber nicht besetzt werden könnten, blieben diese Ausbildungsplätze vakant. Zu verzeichnen ist auch die relativ hohe Zahl von Kündigungen in der Probezeit. Erstaunlicherweise entließen dabei gerade jene Unternehmen auffallend viele Auszubildende, die ein sehr aufwändiges Assessment-Programm durchgeführt hatten. Sogar Auszubildenden mit guten Noten in den ersten Lehrgangsarbeiten und gleichfalls gutem Verhalten am Ausbildungsplatz wurde gekündigt. Die Kündigung zum Ende der viermonatigen Probezeit hat gerade für Auszubildenden mit Realschulabschluss weitreichende Folgen. Denn sie sind nicht nur ohne Ausbildungsplatz, sondern können - anders als bei einer dreimonatigen Probezeit - auch nicht die Möglichkeit zur Schule zurückzukehren, um, z.B. das Fachabitur zu machen. Ende November ist dieser Weg verschlossen. In der Konsequenz verlieren die jungen Leute ein ganzes Jahr.

Auch in Zeiten der Fusionen und Umstrukturierungen bilden nahezu alle Träger

weiterhin auf hohem Niveau aus. Anders als früher wird heute allerdings bedarfsorientierter und zielgerichteter im Hinblick auf die spätere Verwendungsmöglichkeit ausgebildet. Wenn bei Beratungen des Bundesversicherungsamtes Ausbildungsmängel auffielen, ging es zumeist darum, dass die Lerninhalte in der Praxis nicht vollständig vermittelt worden waren. Zu solchen Defiziten kommt es, wenn Ausbilder durch Sachbearbeitung überlastet sind oder Auszubildende über Gebühr zu ausbildungsfremden oder zu Vertretungsarbeiten herangezogen werden. Aber auch die Zentralisierung der Arbeitsbereiche bei den Krankenkassen führt vielerorts dazu, dass längst nicht mehr alle Inhalte vermittelt werden. Das Bundesversicherungsamt appelliert daher stets an die Ausbildungsleiter, möglichst alle im Ausbildungsrahmenplan aufgeführten Ausbildungsinhalte auch in der Praxis zu vermitteln. Sind Aufgaben zentralisiert, muss dies durch Hospitationen in anderen Geschäftsstellen oder durch praxisbezogene E-Learning-Elemente gewährleistet werden. Dies ist besonders deshalb wichtig, wenn die Übernahme in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis nicht gewährleistet ist, die ehemaligen Auszubildenden sich daher bei anderen Kassen um eine Anstellung bemühen müssen.

In Zeiten, in denen aufgrund der vorstehend genannten Gründe leider nicht gewährleistet ist, dass alle Themen auch in der Praxis vermittelt werden, gewinnen die Vollzeitlehrgänge eine immer größere Bedeutung. Das ist zu bedauern. Der Ausbildungsordnung nach sollte die praktische Ausbildung mit Priorität behandelt werden. Der Vollzeitunterricht ist das zentrale Element der Ausbildung, weil jedenfalls dort alle Inhalte gründlich und umfassend vermittelt werden. In keiner Fachrichtung des Ausbildungsberufes Sozialversicherungsfachangestellte/r wurde

gravierende Kritik an den Schulungen geäußert.

Theorie und Praxis werden nach Erfahrungen des Bundesversicherungsamtes besser verzahnt als früher. Das heißt, die Auszubildenden werden schon in der Geschäftsstelle auf die Lehrgangsthemen vorbereitet und die Themen nach den Lehrgängen an Praxisbeispielen vertieft. Das ist pädagogisch sinnvoll und didaktisch wesentlich effektiver als wenn - bislang häufig - die Vermittlung von Theorie und Praxis nicht aufeinander abgestimmt ist.

Das Ausbildungsnachweisheft gewinnt in diesem Zusammenhang an Bedeutung. Viele Träger haben bedauerlicherweise nach wie vor Ausbildungsnachweishefte ohne vorgegebene Ausbildungsinhalte. Das heißt, die Auszubildenden tragen dort ein, was sie in der Woche bzw. in dem Monat „gemacht haben“. Das Bundesversicherungsamt empfiehlt demgegenüber, die Lerninhalte in Koordination mit den Lehrgangsthemen stichwortartig in das Berichtsheft aufzunehmen. Nur ein Nachweisheft in dieser Form ermöglicht sowohl den Auszubildenden als auch den Ausbildern einen Soll-Ist-Vergleich und gewährleistet, dass Defizite früh erkannt werden und doch noch möglichst alle Themen vermittelt werden können.

Besser als früher haben die meisten Kassen auch das Training der Kundenkommunikation organisiert. Inzwischen haben alle dieses Schulungselement in den verbindlichen betrieblichen Ausbildungsplan, wenn auch nicht immer im gebotenen zeitlichen Umfang, aufgenommen.

Der Trend zur Abkehr vom dualen System hat sich verfestigt, obwohl der Berufsschulunterricht nach Aussagen von Auszubildenden interessanter und abwechslungs-

lungsreicher geworden. Kritik am Verhalten einzelner Lehrkräfte ist kaum noch zu hören. Einige Träger haben feststellen müssen, dass die privaten Unternehmen, die sie mit der Vermittlung des prüfungsrelevanten Berufsschulstoffes beauftragt haben, ihren Erwartungen nicht völlig gerecht werden. Gleichwohl überwiegen in den Augen der Kassen, die auf die betriebsinterne Vermittlung setzen, noch deren Vorteile. Die Haltung des Bundesversicherungsamtes ist bekannt: Trotz eines gewissen Verständnisses für den Weg der betrieblichen Basis-Schulung wird nach wie vor das Duale System favorisiert. Im Berufsschulunterricht erwerben die jungen Menschen praktisch ein letztes Mal vor dem Berufsleben Fähigkeiten und Kenntnisse, die die berufliche Handlungskompetenz und damit - gerade auch für den Fall der Nicht-Übernahme - die Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern. Solange jedoch fünf Bundesländer an der Berufsschulfreiheit für Auszubildende mit bestimmter Vorbildung festhalten, werden die Berufsschulen bei der Ausbildung der Nachwuchskräfte bundesunmittelbarer Krankenkassen eine zunehmend geringere Rolle spielen.

8.3 Prüfungen

Im Jahr 2008 prüften die Ausschüsse des Bundesversicherungsamtes in Zwischen- und Abschlussprüfungen insgesamt 2.714 Prüflinge und somit 234 Auszubildende mehr als im Vorjahr.

Der Zwischenprüfung unterzogen sich neben 1.157 Auszubildenden zum oder zur Sozialversicherungsfachangestellten. Darunter waren auch fünf angehende Fachangestellte für Bürokommunikation, ein Fachangestellter für Medien und Informationsdienste und zwei Verwaltungsfachangestellte. Bei insgesamt 14 Zwischen-

prüfungsverfahren kamen 61 Prüfungsausschüsse zum Einsatz.

1.298 Prüflinge legten die Abschlussprüfung ab, darunter 18 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r entfielen 1.265 Prüflinge, 23 auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte/r, neun auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Bürokommunikation und einer auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Medien- und Informationsdienste. 1.269 bestanden die Prüfung (97,8 Prozent). Unter den 1.265 Prüflingen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellte/r waren 47, die nach § 45 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen waren. Sie kamen ausschließlich von Betriebskrankenkassen.

Bei 20 Abschlussprüfungsverfahren waren 78 Prüfungsausschüsse beteiligt.

Erstmals fand im Jahr 2008 eine Prüfung nach der im Februar 2007 erlassenen Fortbildungsprüfungsordnung zur Krankenkassenfachwirtin / zum Krankenkassenfachwirt statt. An dieser Prüfung nahmen 168 Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen teil, von denen 155 die Prüfung bestanden. Organisatorisch wurden das Bundesversicherungsamt und seine sechs neuen Prüfungsausschüsse, die dafür im Einsatz waren, vereinbarungsgemäß von der Geschäftsstelle für das Prüfungswesen beim ehemaligen IKK-Bundesverband unterstützt, die die bisher kasseninterne Prüfung zuvor geleitet hatte. Da die Zuständigen Stellen der Bundesländer bislang noch keine entsprechenden Prüfungsordnungen erlassen haben, wurden auch 22 von ihren Kassen zur Fortbildung zugelassene Mitarbeiter landesunmittelbarer Betriebs- und Innungskrankenkassen in Amtshilfe geprüft, um ihnen den staatlichen Abschluss zu ermöglichen. Dies geschah in Abstimmung mit der je-

weils zuständigen Stelle des Landes. Auf die fehlenden Prüfungsvorschriften in den Ländern ist es wohl zurückzuführen, dass der AOK-Bundesverband angefragt hat, ob auch Mitarbeiter von Ortskrankenkassen an den Fortbildungsprüfungen teilnehmen könnten. Das Bundesversicherungsamt hat das in Aussicht gestellt. In soweit bleibt abzuwarten, wie sich die einzelnen Ortskrankenkassen bzw. die zuständigen Stellen endgültig positionieren.

3 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See unterzogen sich als Wiederholer der Fortbildungsprüfung zum/zur Sozialversicherungsfachwirt/in der Fachrichtung knappschaftliche Sozialversicherung. Ein Prüfling bestand die Wiederholungsprüfung, die beiden anderen Prüflinge fielen erneut durch.

Im Jahr 2008 gab es ferner sieben Ausbilder-Eignungsprüfungen, an denen 80 Ausbilderinnen und Ausbilder teilnahmen. 36 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 21 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und 23 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Alle Prüfungsteilnehmer bestanden die Prüfung.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Versicherungsträger, der Verbände sowie der Prüfungsausschüsse ist für ihre tatkräftige Hilfe bei der Organisation und Durchführung der Prüfungen auch in diesem Jahr herzlich zu danken. Besonderer Dank gilt den Mitarbeitern der Geschäftsstelle für das Prüfungswesen beim ehemaligen IKK - Bundesverband.

**9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN, NICHTTECHNISCHEN DIENST
IN DER SOZIALVERSICHERUNG**

9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN, NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG

Ergebnisse der Laufbahnprüfungen

In zwei Laufbahnprüfungen wurden insgesamt 181 Verwaltungsinspektorenanwärter/innen geprüft (99 von der Deutschen Rentenversicherung Bund, 82 von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, darunter sechs, die das Bundesversicherungsamt dort ausbilden lässt).

Von 55 Teilnehmer/innen der Deutschen Rentenversicherung Bund an der Frühjahrsprüfung bestanden vier die Prüfung nicht. Die Misserfolgsquote von 7,27 Prozent war damit niedriger als bei der vergleichbaren Prüfung im Jahr 2007 mit 13 Prozent. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See haben von 23 Prüflingen drei die Prüfung nicht bestanden, das sind 13,04 Prozent. Im Vergleich zur Frühjahrsprüfung 2007 mit einer Durchfallquote von 22,22 Prozent fiel das Ergebnis damit besser aus. Positiver als im Frühjahr gestaltete sich das Ergebnis der Anwärtinnen und Anwärter der Deutschen Rentenversicherung Bund bei der Herbstprüfung. Von 44 Prüflingen erreichten drei (6,82 Prozent) das Ziel des Erwerbs der Laufbahnbefähigung nicht. Die Prüflinge der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See waren in der Herbstprüfung nicht erfolgreicher als die in der Frühjahrsprüfung. In der Herbstprüfung bestanden 10 der 59 Prüflinge die Prüfung nicht (16,95 Prozent), darunter ein Prüfling vom Bundesversicherungsamt.

70 Prüflinge legten gegen die Prüfungsentscheidung Widerspruch ein. 39 nahmen ihn nach Einsichtnahme in ihre Prüfungsarbeiten zurück. 30 Widersprüche wurden als unzulässig bzw. als unbegründet zu-

rückgewiesen, einem Widerspruch wurde teilweise abgeholfen. Vor dem Verwaltungsgericht Berlin waren 9 Verfahren anhängig. In 6 Verfahren hat das Bundesversicherungsamt obsiegt, 2 Klagen wurden zurückgenommen und in einem Fall wurde das Bundesversicherungsamt verpflichtet, eine teilweise Neubewertung der Klausur zu veranlassen.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund bzw. die Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See haben wie in den vergangenen Jahren nur eine sehr geringfügige Anzahl der Anwärtinnen und Anwärter mit sehr guten oder allenfalls guten Prüfungsergebnissen als Beamtin oder Beamter auf Probe übernommen. Die übrigen Prüflinge erhalten dagegen nur befristete Verträge im Tarifbeschäftigtenverhältnis. Diese sehen daher im Widerspruch eine Chance, ein für sie günstigeres Prüfungsergebnis zu erzielen, um zumindest auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bessere Aussichten zu haben.

Die Diplomarbeit, die mit 15 vom Hundert zum Ergebnis der Laufbahnprüfung beiträgt, deckt weiterhin ein breites Themenspektrum aus den Inhalten der Ausbildung ab.

42 Studierende der DRV-Bund und 22 Studierende der DRV-KBS der Frühjahrsprüfung meldeten ein Thema selbständig über den betreuenden Dozenten bzw. die betreuende Dozentin der Fachhochschule, an.

Nach Beendigung der Frühjahrsprüfung mussten 2 Anwärter/-innen ihre Diplomarbeit wiederholt anfertigen, da sie die geforderten Mindestangabepunkte 5 nicht erreichten.

Im Rahmen der Herbstprüfung fertigten 39 Studierende der DRV-Bund und 58 Studierende der DRV-KBS ihre Diplomarbeit an, davon ließ sich ein Anwärter der DRV-KBS sein Thema zuweisen. Alle Studierenden dieses Jahrganges haben ihre Diplomarbeit bestanden.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Themen der Diplomarbeit auf einem wissenschaftlichen Niveau angefertigt werden, das den Bestimmungen aus § 31 Abs. 1 LAP-gntDSVV entspricht.

10. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

10. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

Seit 1979 ist die Mutterschaftsgeldstelle beim Bundesversicherungsamt zuständig für die Zahlung der maximal 210 Euro Mutterschaftsgeld nach § 13 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG), d.h. für Mutterschaftsgeld an Frauen, die zu Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG in einem Arbeitsverhältnis stehen und nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Für diese Frauen wird auch der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld übernommen, wenn das Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist wirksam beendet oder der Arbeitgeber zahlungsunfähig wurde.

Im Jahr 2008 gingen wie auch schon im Vorjahr rund 22.100 Anträge auf Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt ein. Die meisten Antragstellerinnen waren geringfügig Beschäftigte. Insgesamt zahlte die Mutterschaftsgeldstelle rund 3.680.000 Euro. Darin enthalten sind rund 48.000 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 i. V. mit § 347 Nr. 8 SGB III für Frauen, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Bedingt durch die Herabsetzung des Beitragssatzes zur Arbeitslosenversicherung von 4,2 auf 3,3 Prozent, wirksam ab 1. Januar 2008 waren es 14,1 Prozent weniger als im Vorjahr. An Zuschüssen zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 3 MuSchG wurden rund 6.350 Euro gezahlt.

Ein Verfahren aus dem Jahr 2004 konnte im Jahr 2008 durch höchstrichterliche Entscheidung abgeschlossen werden. Das Bundessozialgericht ist der Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes gefolgt. Es hat die von der beigeladenen

Krankenkasse gegen das Urteil des Landessozialgerichts eingelegte Revision zurückgewiesen.

Dabei ging es um den Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenversicherung nach § 186 Absatz 1 SGB V und damit um die Frage, wer für die Zahlung von Mutterschaftsgeld zuständig war, die gesetzliche Krankenkasse oder das Bundesversicherungsamt.

Auslöser war der Mutterschaftsgeldantrag einer Lehrerin, die während der Schutzfristen von einem Beamten- in ein Arbeitsverhältnis wechselte, die Beschäftigung jedoch wegen der Schutzfrist nicht hatte antreten können. Die Krankenkasse, bei der sie als versicherungspflichtige Arbeitnehmerin angemeldet worden war, hatte die Leistung mit der Begründung abgelehnt, die Arbeit sei nicht aufgenommen, deshalb keine die Leistungspflicht auslösende Mitgliedschaft begründet und zudem auch keine Beiträge gezahlt worden. Abgelehnt hatte den Antrag aber auch das Bundesversicherungsamt, an das sich die Lehrerin anschließend gewandt hatte. Das Bundesversicherungsamt erklärte sich mit der Begründung für nicht zuständig, die Antragstellerin sei Mitglied der Kasse geworden, bei der sie der Arbeitgeber angemeldet habe.

Die gegenteilige Auffassung wäre allenfalls auf der Grundlage der bis April 1988 geltenden Fassung des § 186 Absatz 1 SGB V vertretbar gewesen. Denn durch Artikel 3 Nr. 3 i. V. m. Artikel 14 des Gesetzes zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen vom 6.

April 1988 wurde der bis dahin in § 186 Absatz 1 SGB V genannte Begriff „Beschäftigung“ in „Beschäftigungsverhältnis“ geändert. Damit sollte sichergestellt werden, dass die Mitgliedschaft auch dann zum vertraglich vereinbarten Beschäftigungsbeginn begründet wird, wenn der Arbeitnehmer die Arbeit z. B. wegen einer Freistellung oder einer Erkrankung erst später tatsächlich aufnimmt. Wenn aber individuelle Vereinbarungen bezüglich der tatsächlichen Arbeitsaufnahme zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer dem Beginn der Mitgliedschaft nicht entgegenstehen, muss dies erst Recht der Fall sein, wenn die Arbeitsaufnahme wegen eines gesetzlichen Verbotes nicht zum vereinbarten Zeitpunkt stattfinden darf.

Im Vorjahr war bereits darüber berichtet worden, dass einige Antragstellerinnen trotz einer versicherungspflichtigen Beschäftigung Mitglied einer privaten Krankenversicherung sind und sich damit der Solidargemeinschaft entziehen.

Auch im Berichtsjahr gab es wieder eine stattliche Anzahl solcher Fälle. Einige dieser Frauen wurden beispielsweise mit Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung nach Elternzeit Mitglieder ihrer gesetzlichen Auffangkasse nach §§ 186 Absatz 1, 175 Abs. 3 Satz 3 SGB V, weil sie sich nicht von der Versicherungspflicht hatten befreien lassen. Das Bundesversicherungssamt lehnt diese Anträge stets ab und fordert die Frauen auf, den rechtswidrigen Zustand zu beheben. Zwei der Betroffenen hatten gegen die Ablehnung geklagt und sich auf Nichtwissen berufen. Die Sozialgerichte haben sich auch in diesen Fällen der Auffassung des Bundesversicherungssamtes angeschlossen.

III. ANHANG

TABELLEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

ÜBERSICHT DMP PRÜFUNGEN

ÜBERSICHT AUFSICHTSPRÜFUNGEN

ÜBERSICHT DER BUNDESUNMITTELBAREN TRÄGER, VERBÄNDE UND
EINRICHTUNGEN DER SOZIALVERSICHERUNG

ORGANISATIONSPLAN DES BVA (Stand: 31.12.2008)

BVA-Referat VII 3
Monatliches Abschlagsverfahren 2008
- Risikostrukturausgleich -

TABELLE 1

		AOK	BKK	IKK	KBS	EAN	EAR	Gesamt *
Monatliches Abschlagsverfahren Bund								
Pos. 1	Empfängerkassen (Anzahl)	15	24	7	1	3	1	51
	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	14.374.402.021	692.856.998	494.518.922	1.705.872.938	1.574.753.346	34.467.570	18.876.871.795
Pos. 2	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	146	8	0	4	1	159
	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-8.276.738.912	-3.013.494.770	0	-4.494.263.926	-822.127.368	-16.606.624.975
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	14.374.402.021	-7.583.881.914	-2.518.975.847	1.705.872.938	-2.919.510.580	-787.659.798	2.270.246.820
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)							

Angaben in gerundeten € - Beträgen

* Differenz: Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung (rd. 2,5 Mrd.€) zum Ende des Jahres 2008, zzgl. Differenz aus KVdR-Beiträgen zum Jahreswechsel 2008/2009 (rd. - 0,4 Mio. €), zzgl. Fortschreibungsbetrag aus dem mtl. Abschlagsverfahren 2008 (rd. - 300 Mio. €)

Quelle: RSA Abschlussbericht 2008 aus Januar 2009

- 153 -

BVA-Referat VII 3
Monatliches Abschlagsverfahren 2008
- Risikopool -

TABELLE 2

		AOK	BKK	IKK	KBS	EAN	EAR	Gesamt
Monatliches Abschlagsverfahren Bund								
Pos. 1	Empfängerkassen (Anzahl)	15	28	6	1	3	1	54
	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	714.023.677	59.390.079	26.893.801	55.888.253	81.415.519	1.657.311	939.268.639
Pos. 2	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	142	9	0	4	1	156
	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-439.670.345	-206.883.212	0	-257.992.543	-40.357.915	-944.904.015
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	714.023.677	-380.280.265	-179.989.411	55.888.253	-176.577.024	-38.700.605	-5.635.376
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)							

Angaben in gerundeten € - Beträgen

Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2007

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Ausgaben Dialyse	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme ¹
RSA gemeldet	69.851.734	30.504.095	52.084.848	1.747.184	6.015.303	142.928.046
RP gemeldet	603.365	5.850.862	14.917.268	1.659.719	1.570.158	23.998.035
Proz. Anteil RP an RSA pro HLB	0,86%	19,18%	28,64%	94,99%	26,10%	16,79%
RP-Beträge		1.470.048	3.857.053	451.917	268.813	6.047.831
Proz. Anteil RP- Betrag an RSA pro HLB		4,82%	7,41%	25,87%	4,47%	4,23%
Alle Angaben in Tausend €						

Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2006

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Ausgaben Dialyse	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme ²
RSA gemeldet	69.961.924	27.486.673	51.179.998	1.679.999	5.705.759	135.766.74
RP gemeldet	566.572	4.912.396	14.452.014	1.596.240	1.538.450	22.499.10
Proz. Anteil RP an RSA pro HLB	0,79%	17,87%	28,24%	95,01%	26,96%	16,57%
RP-Beträge		1.201.577	3.627.458	431.640	248.714	5.509.389
Proz. Anteil RP- Betrag an RSA pro HLB		4,37%	7,09%	25,69%	4,36%	4,06%
Alle Angaben in Tausend €						

¹ In der Gesamtsumme RSA sind auch Ausgaben der Ärzte und Zahnärzte enthalten, die im RP nicht ausgleichsfähig sind.

² In der Gesamtsumme RSA sind auch Ausgaben der Ärzte und Zahnärzte enthalten, die im RP nicht ausgleichsfähig sind.

Zusammenfassung der Ergebnisse der Prüfung Risikopool nach § 15a RSAV
Berichtsjahr 2004, Ausgleichsjahr 2005

TABELLE 4

geprüfte Krankenkassen

	Anzahl d. geprüften Kassen*	Anzahl RP-Fälle	Stichprobe	Ausgaben insgesamt	geprüfte Ausgaben	festgestellte Fehler	Fehler in %	Anteil des Fehler im HLB an dem gesamten Fehler					Anzahl Korrekturbeträge
								Apothek	Krankenhaus	Sterbegeld	Dialyse	Krankengeld	
BKK	108	54.855	2.366	1.981.016.810,01 €	97.886.744,50 €	418.099,07 €	0,4271%	28,88%	59,45%	0,00%	5,61%	6,06%	18
EAN	4	71.439	1.431	2.609.867.944,03 €	52.478.485,85 €	132.323,37 €	0,2521%	52,82%	37,24%	0,00%	0,00%	9,94%	1
EAR	1	1.076	22	37.096.506,68 €	1.642.506,49 €	193,08 €	0,0118%	13,63%	0,01%	0,00%	0,00%	86,37%	0
IKK	8	13.469	359	483.722.554,25 €	15.271.673,18 €	12.266,28 €	0,0803%	83,06%	5,46%	0,00%	1,77%	9,71%	0
KBS	1	19.448	389	661.011.853,05 €	13.256.282,11 €	65.250,74 €	0,4922%	88,90%	0,19%	0,00%	10,91%	0,00%	0
Gesamt	122	160.287	4.567	5.772.715.668,02 €	180.535.692,13 €	628.132,54 €	0,3479%	41,21%	47,54%	0,00%	4,90%	6,34%	19

*ohne Rechtskreistrennung

DMP Prüfungen Berichtsjahr 2003

Anzahl der Versicherten von bis	Anzahl der Krankenkassen	Anzahl der Krankenkassen mit Hochrechnungsbescheid	Korrekturbetrag von bis - in Euro -
0 - 20	39	25	0 - 1.200
21 - 50	27	15	0 - 2.600
51 - 100	29	18	0 - 6.400
101 - 200	30	17	0 - 14.800
201 - 500	26	10	0 - 26.200
501 - 1.000	19	11	0 - 11.100
1.001 - 4.000	25	11	0 - 255.200
über 4.000	25	10	0 - 1.520.000
Gesamt	220	117	3.948.234

1 Kasse hat bisher erfolgreich eine Vollerhebung durchgeführt.

DMP Prüfungen Berichtsjahr 2004

Anzahl der Versicherten von bis	Anzahl der Krankenkassen	Anzahl der Krankenkassen mit Hochrechnungsbescheid	Korrekturbetrag von bis - in Euro -
0 - 50	33	21	0 - 12.300
51 - 200	44	28	0 - 84.300
201 - 500	54	34	0 - 123.300
501 - 2000	45	20	0 - 270.000
2001 - 10.000	36	18	0 - 462.000
über 10.000	25	14	0 - 8.750.000
Gesamt	237	135	30.013.286

3 Kassen haben bisher erfolgreich eine Vollerhebung durchgeführt, 1 Kasse hat einen endgültigen Korrekturbetrag gezahlt und bleibt für das Prüfwahljahr 2004 endgültig gesperrt.

Versicherungszeiten Prüfungen Berichtsjahr 2004

Anzahl der Versicherten von bis	Anzahl der Krankenkassen	Anzahl der Krankenkassen mit Hochrechnungsbescheid	Korrekturbetrag von bis - in Euro -
0 - 2000	11	0	0
2001 - 7000	24	2	0 - 405.000
7001 - 14.000	36	0	0
14.001 - 25.000	29	0	0
25.001 - 50.000	33	3	0 - 651.000
50.001 - 150.000	45	3	0 - 925.000
150.001 - 500.000	25	1	0 - 2.839.000
über 500.000	30	1	0 - 776.000
Gesamt	233	10	6.814.352

1 Kasse hat bisher erfolgreich eine Vollerhebung durchgeführt.

Durchgeführte Aufsichtsprüfungen im Jahr 2008

<i>Aufsichtsprüfungen</i>						
Referat	durchgeführte Prüfungen nach Prüfplan		Prüfungen außerhalb des Prüfplans		Prüfungen insgesamt	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
I 4	1	1	1	0	2	1
I 5	2	3	6	10	8	13
I 6	3	4	0	0	3	4
II 4	120	120	24	35	144	155
III 4	14	15	0	1	14	16
IV 5	8	13	6	0	14	13
V 5	10	9	2	2	12	11
Gesamt	158	165	39	48	197	213

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

Das Bundesversicherungsamt führt die Aufsicht über folgende Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.07	Anzahl 31.12.08
Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ¹		
Ersatzkassen für Angestellte	8	8
Barmer Ersatzkasse		
Deutsche Angestellten Krankenkasse		
Kaufmännische Krankenkasse		
Hamburg-Münchener Ersatzkasse		
Handelskrankenkasse		
Hanseatische Krankenkasse		
Gmünder Ersatzkasse		
Techniker Krankenkasse		
Innungskrankenkassen	8	7
Die nord- und mitteldeutsche IKK		
Innungskrankenkasse Hamburg		
IKK gesund plus		
Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG)		
Vereinigte IKK		
IKK-Direkt		
IKK Niedersachsen		

¹ nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.07	Anzahl 31.12.08
Sonstige Krankenkassen	2	1
Knappschaft		
Landwirtschaftliche Krankenkassen	2	2
Krankenkasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland		
Betriebskrankenkassen¹	113	99
in Baden-Württemberg	14	13
in Bayern	12	10
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	2	2
in Hamburg	9	8
in Hessen	13	11
in Mecklenburg-Vorpommern	1	1
in Niedersachsen	12	9
in Nordrhein-Westfalen	40	33
in Rheinland-Pfalz	8	7
in Sachsen	2	2
in Sachsen-Anhalt	1	1
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	1	1
in Thüringen	-	-
Krankenversicherungsträger insgesamt	133	117

¹ einschließlich Bundesverwaltungskassen

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.07	Anzahl 31.12.08
----------------------------	----------------------------	----------------------------

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Gewerbliche Berufsgenossenschaften	25	23
---	-----------	-----------

Bergbau-Berufsgenossenschaft
 Steinbruchs-Berufsgenossenschaft
 Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie
 Berufsgenossenschaft der Gas-, Fernwärme- und Wasserwirtschaft
 Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft
 Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft
 Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd
 Berufsgenossenschaft Elektro Textil Feinmechanik
 Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie
 Holz-Berufsgenossenschaft
 Papiermacher-Berufsgenossenschaft
 Berufsgenossenschaft Druck und Papierverarbeitung
 Lederindustrie-Berufsgenossenschaft
 Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten
 Fleischerei-Berufsgenossenschaft
 Zucker-Berufsgenossenschaft
 Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft -BG BAU-
 Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution
 Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
 Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen
 Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen
 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
 See-Berufsgenossenschaft

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.07	Anzahl 31.12.08
Übertrag	25	23
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	2	2
Gartenbau-Berufsgenossenschaft Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Mittel- und Ostdeutschland		
Sonstige Träger der Unfallversicherung	3	3
Eisenbahn-Unfallkasse Unfallkasse der Post und Telekom Unfallkasse des Bundes		
Unfallversicherungsträger insgesamt	30	28

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.07	Anzahl 31.12.08
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung		
Träger der allgemeinen Rentenversicherung	1	1
Deutsche Rentenversicherung BUnd		
Träger der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung	1	1
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See		
Rentenversicherungsträger insgesamt	2	2

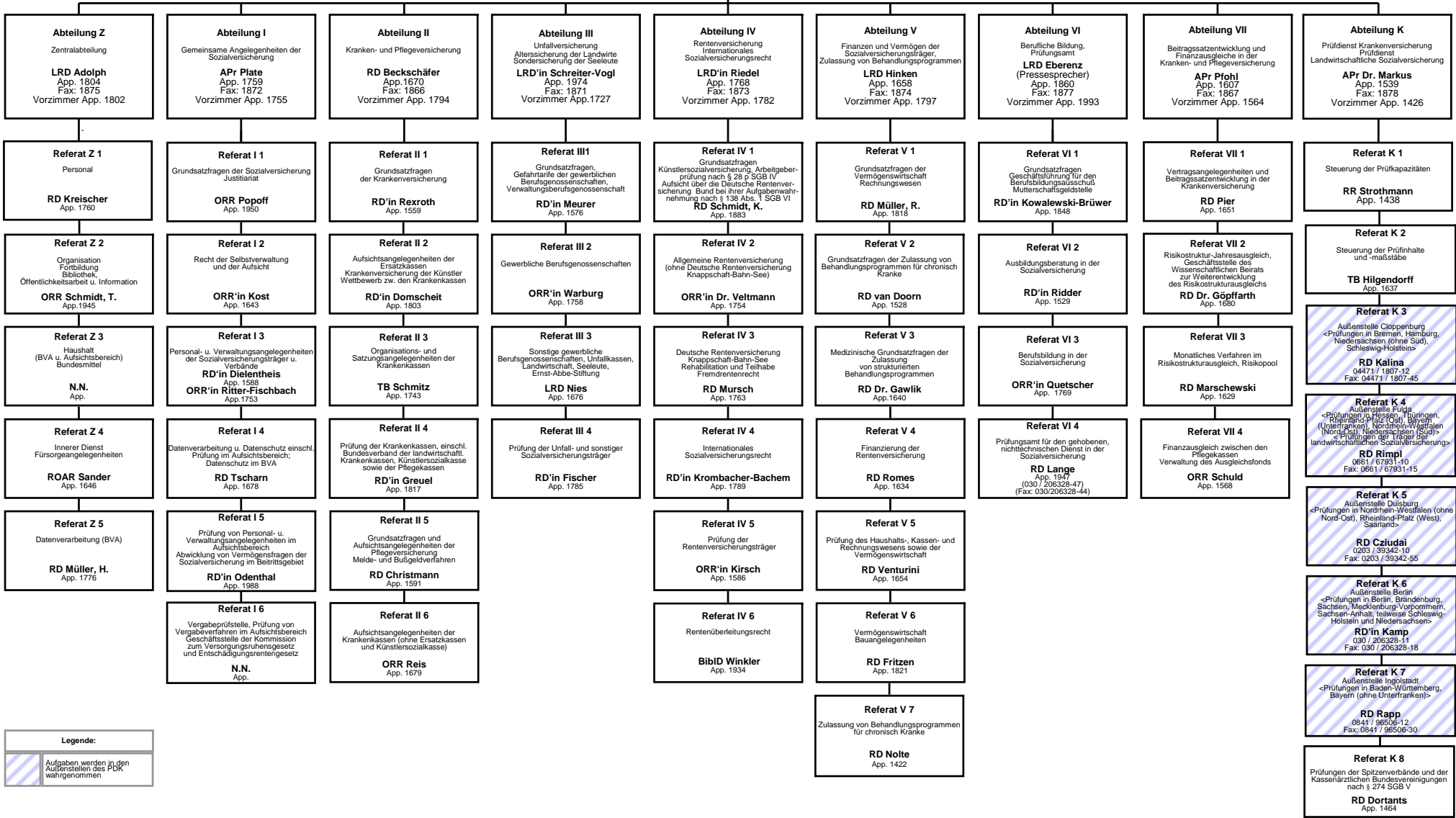
VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.07	Anzahl 31.12.08
Träger der Alterssicherung der Landwirte	2	2
Alterskasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Alterskasse Mittel- und Ostdeutschland		
Alterskassen insgesamt	2	2
Verbände	1	1
Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen		
Verbände insgesamt	1	1
Weitere Einrichtungen	3	3
Seemannskasse Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft Versorgungsträger Ernst-Abbé-Stiftung		
Weitere Einrichtungen insgesamt	3	3
Zusammenstellung		
Krankenversicherungsträger	133	117
Unfallversicherungsträger	30	28
Rentenversicherungsträger	2	2
Alterskassen	2	2
Verbände	1	1
Weitere Einrichtungen	3	3
Insgesamt	171	153



Bundesversicherungsamt

Organisationsplan
Dienstszitz: Bonn
Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn
Telefon: (0228) 619 - 0 Fax: (0228) 619 - 1870

Stand: November 2008



Legende:

	Aufgaben werden in den Außenstellen des BVA wahrgenommen
--	--