



Bundesversicherungsamt

Tätigkeitsbericht 2009



Herausgeber:

Bundesversicherungsamt

Öffentlichkeitsarbeit

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Telefon (02 28) 6 19 - 0

Telefax (02 28) 6 19 - 18 80

www.bva.de



Vorwort

Mit dem Tätigkeitsbericht für das Jahr 2009 greifen wir wieder die interessantesten Themen aus unserer Aufsichtstätigkeit, aber auch die Entwicklung in unseren sonstigen Tätigkeitsschwerpunkten z.B. im Gesundheitsfonds und dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich auf.

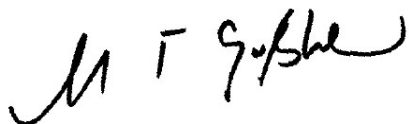
Der Bericht weist nicht nur exemplarisch auf Vollzugsschwächen der gesetzlichen Krankenkassen und der anderen Sozialversicherungsträger hin, sondern gibt an verschiedenen Stellen auch Anhaltspunkte für gesetzliche Regelungsdefizite. So deuten die 1.123 gestellten Anträge auf Bestimmung einer Schiedsperson im Zusammenhang mit der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73 b SGB V auf strukturelle Probleme dieser Versorgungsart hin. Die Privilegierung eines privatrechtlichen Verbandes ermöglicht unschwer ein kollusives Zusammenwirken zwischen den betroffenen Krankenkassen und den ärztlichen Verbänden zu Lasten der Verteilungsgerechtigkeit des Gesundheitsfonds. Das Bundesversicherungsamt wird in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde und Verwalter des Gesundheitsfonds darauf achten, dass keine Diagnoseerhebungen erfolgen, die allein das Ziel höherer Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds verfolgen.

Strukturelle Verwerfungen werden auch im Bereich der Rabattverträge der Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmern offen gelegt. Dies betrifft vor allem Sortimentsverträge im generischen Bereich, die vom Bundesversicherungsamt als vergaberechtswidrig betrachtet werden und gegen die wir vorgehen.

Der Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder gleicht nicht dem Wettbewerb des Teppichhändlers um den Käufer. Folglich unterliegt die Mitgliederwerbung der Krankenkassen nicht ihrer freien Disposition. Hier wird das BVA weiterhin streng darauf achten, dass die Beitragsmittel der Versicherten, also ihre Zwangsabgaben, nicht schrankenlos als Provisionen an private Vermittler fließen, sondern konsequent die Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden eingehalten werden. Beide Beispiele zeigen, dass das Bundesversicherungsamt bereits heute auch die Aufgaben einer Wettbewerbsbehörde konsequent ausfüllt.

Die Zahl der freiwilligen Zusammenschlüsse von Kranken- und Pflegekassen blieb im Berichtsjahr mit 25 gegenüber 23 Zusammenschlüssen im Vorjahr konstant hoch. Der Konzentrationsprozess gestaltet sich zwar durch die aktuelle Finanzlage der Krankenkassen deutlich schwieriger. Er wird jedoch weiterhin anhalten, obwohl bereits jetzt mehr als 90 % der Versicherten bei nur noch 36 Krankenkassen versichert sind. Aus Sicht der Aufsichtsbehörde geht es hierbei nicht nur um ökonomische und damit wettbewerbliche Größen, sondern auch um politische Einflussgrößen, also um eine zentrale rechtstaatliche

Frage. Insoweit ist der Bericht auch ein Anstoß an den Gesetzgeber, sich über die wettbewerbliche und machtpolitische Sollgröße der Krankenkassenlandschaft Gedanken zu machen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Gaßner'.

Dr. Maximilian Gaßner
Präsident des Bundesversicherungsamtes

1. KRANKENVERSICHERUNG	11
1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung	11
1.2 Eingaben	12
1.3 Aufsicht bei Krankenkassen	12
1.4 Satzungsrecht	21
1.5 Aus dem Prüferferat	23
1.6 Strukturierte Behandlungsprogramme	25
2. PFLEGEVERSICHERUNG	31
2.1 Finanzen	31
2.2 Eingaben	35
2.3 Aufsicht bei Pflegekassen	35
3. UNFALLVERSICHERUNG	39
3.1 Finanzen der Gesetzlichen Unfallversicherung	39
3.2 Eingaben	40
3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten	40
3.4 Aufsichtsprüfungen	43
4. RENTENVERSICHERUNG	49
4.1 Finanzentwicklung in der Rentenversicherung	49
4.2 Eingaben	50
4.3 Einzelfälle	50
4.4 Aufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Bund, soweit sie Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung wahrnimmt	55
4.5 Aufsichtsprüfungen	56
4.6 Aufsicht über die Künstlersozialkasse	61
4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht	63

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG	69
6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	73
6.1 Gerichtsverfahren / Statistik	73
6.2 Selbstverwaltung	75
6.3 Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung	78
6.4 Allgemeines Aufsichtsrecht	81
6.5 Vermögenswirtschaft	83
7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH	87
7.1 Allgemeines / Verfahren	87
7.2 RSA: Monatliches Verfahren und Strukturanpassungen	88
7.3 Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt	89
7.4 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds	90
7.5 Jahresausgleich 2008 (Altverfahren)	91
8. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG	97
8.1 20 Jahre PDK – Rückblick und Ausblick	97
8.2 Prüfstatistiken	98
8.3 MASDAT – Definition einer systemunabhängigen Datengrundlage	99
8.4 Ergebnis der RSA-Prüfungen 2009	99
8.5 Vorbereitung der Prüfungen des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA	100
8.6 Aus der Arbeit der Prüfgruppen	101
8.7 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL)	108
9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSBILDUNGSGESETZ (BBIG)	113
10. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG	121

11. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE 125

12. ANHANG

Tabellen Risikostrukturausgleich 129

Übersicht Aufsichtsprüfungen 130

**Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände
und Einrichtungen der Sozialversicherung 131**

Organisationsplan des BVA (Stand: 31.12.2009)

1. KRANKENVERSICHERUNG

1. KRANKENVERSICHERUNG

1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Mit Wirkung zum 1. Januar 2009 wurde sowohl der Gesundheitsfonds als auch der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) eingeführt. Der Gesundheitsfonds ist ein Sondervermögen, in dem die zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Mittel gesammelt werden. Die Einnahmen, die Krankenkassen im Jahr 2008 noch auf Grundlage von kassenindividuellen Beitragssätzen generiert haben, wurden im Jahr 2009 durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ersetzt.

Krankenkassen, deren Ausgaben durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt werden können, müssen einen Zusatzbeitrag erheben. Um die Versicherten vor finanzieller Überforderung zu schützen, darf der Zusatzbeitrag ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen (Härtefallregelung). Infolgedessen muss die Erhebung eines Zusatzbeitrages mit der Prüfung der Höhe der Einnahmen der Mitglieder einhergehen. Von dieser Prüfung kann abgesehen werden, wenn der monatlich zu entrichtende Zusatzbeitrag den Betrag von 8 € nicht übersteigt. Sofern die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds höher sind als der Finanzbedarf einer Krankenkasse, kann sie Prämien an ihre Mitglieder auszahlen. Damit trat an die Stelle des kassenindividuellen Beitragssatzes nunmehr der Zusatzbeitrag bzw. die Prämienauszahlung.

Die Bundesregierung hat mit Wirkung zum 01. Januar 2009 einen einheitlichen Beitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent für alle gesetzlichen Krankenkassen festgelegt. Im Rahmen des Konjunkturpaketes II beschloss die Bundesregierung, den Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung um 3,2 Mrd. € auf 7,2 Mrd. € zu erhöhen. Infolgedessen wurde der allgemeine Beitragssatz zum 01. Juli 2009 um 0,6 Prozentpunkte auf 14,9 Prozent gesenkt. In der Startphase stellte die Höhe des Beitragssatzes sicher, dass die Ausgaben der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Bundesmittel zu 100 Prozent gedeckt sind und einen Aufbau einer Liquiditätsreserve ermöglichen. Der allgemeine Beitragssatz ist Basis für die weiteren im SGB V vorgesehenen Beitragsregelungen (z.B. für freiwillig Versicherte, Rentner und Studenten).

Die Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. die Auszahlung einer Prämie wurde als neues Wettbewerbsinstrument eingeführt. Zur Vermeidung eines Zusatzbeitrages ist es nicht zulässig, im Haushaltsplan einen Ausgabenüberschuss durch eine Vermögensentnahme auszugleichen, 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 Auszahlung der Prämie unter Berücksichtigung des zu erwartenden Rechnungsergebnisses über Betriebsmittel und Rücklagen mindestens in Höhe des in der Kassensatzung festgelegten Rücklagesolls verfügt.

Zwei bundesunmittelbare Krankenkassen konnten im Jahr 2009 ihren Mitgliedern eine Prämie ausschütten. Die Höhe der Prämie kann von der absoluten Höhe der zu zahlenden Beiträge abhängen. So erhielten die Mitglieder einer Krankenkasse, die den Höchstbeitrag in die gesetzliche Krankenversicherung zahlen, eine höhere Prämie als Mitglieder, deren Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze lag. Die Prämien für das Jahr 2009 lagen zwischen 25 € und 60 €.

Eine bundesunmittelbare Betriebskrankenkasse hat dagegen zum 01. Juli 2009 einen Zusatzbeitrag in Höhe von 8 € erheben müssen.

1.2 Eingaben

	Gesamtzahl der Eingaben
KV	2.691

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

1.3 Aufsicht bei Krankenkassen

Hausarztzentrierte Versorgung

Das gesamte Berichtsjahr hindurch beschäftigte das Bundesversicherungsamt die Umsetzung des § 73b SGB V (hausarztzentrierte Versorgung) in erheblichem Maße.

§ 73b SGB V ist durch das GKV-OrgWG mit Wirkung ab 1. Januar 2009 in einem zentralen Punkt verändert worden. Bis dahin waren die Krankenkassen bzw. ihre Verbände zwar verpflichtet, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen. Dabei waren sie in der Wahl ihrer Vertragspartner frei. Nachdem entsprechende Vertragsabschlüsse nicht in dem vom Gesetzgeber erwarteten Ausmaß zustande gekommen sind, wurde die Regelung insoweit verändert als nunmehr die Krankenkassen/Verbände bis zum 30. Juni 2009 verpflichtet worden sind, Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Für den Fall, dass eine Einigung nicht zustande kommt, können die genannten Gemeinschaften nach § 73 b Abs. 4 S. 2 SGB V ein Schiedsverfahren beantragen.

Können sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson verständigen, so ist diese von der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde zu bestimmen.

Da die Regelung erkennbar erhebliche Umsetzungs- und Auslegungsprobleme birgt, trafen sich die Aufsichtsbehörden der Länder und das Bundesversicherungsamt auf Einladung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen erstmals bereits Anfang des Jahres, um eine einheitliche Rechtsauffassung aller Aufsichtsbehörden zu erarbeiten. In der Folge fanden im Laufe des Jahres zwei weitere Besprechungen im Bundesversicherungsamt statt. Das Bundesversicherungsamt führte darüber hinaus zahlreiche Gespräche mit dem Deutschen

Hausärzteverband sowie einzelnen Krankenkassen.

In den Erörterungen mit den Aufsichtsbehörden ist es gelungen zu den wesentlichen Fragen Einvernehmen herzustellen und sich auf ein einheitliches Verfahren und eine einheitliche Rechtsauslegung zu verständigen.

Zu den zahlreichen von den Aufsichtsbehörden erörterten Fragen zählte u.a., ob die mit § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V genannte Frist, wonach die Krankenkassen spätestens bis 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften abzuschließen haben, bedeutet, dass bereits zu diesem Zeitpunkt ein Vertrag und daher auch ein eventuelles Schiedsverfahren bereits bis dahin abgeschlossen sein müssen. Nach Auffassung der Aufsichtsbehörden handelt es sich jedoch bei der in der gesetzlichen Regelung genannten Frist lediglich um eine Ordnungs- und keine Ausschlussfrist. Damit kann eine Gemeinschaft i.S. des § 73b SGB V auch nach dem 30. Juni 2009 einen Vertrag abschließen bzw. ein Schiedsverfahren beantragen.

Des Weiteren war die Frage zu klären, wann von einer Gemeinschaft ausgegangen werden kann, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der kassenärztlichen Vereinigung vertritt. Fraglich war dabei, ob bereits eine Mitgliedschaft der Hälfte der Allgemeinärzte der Region der Kassenärztlichen Vereinigung im jeweiligen auf Landesebene organisierten Hausärzteverband genügt oder eine gesonderte Mandatierung des Verbandes durch die Ärzte erfolgen muss.

Eine zusätzliche Mandatierung ist dann nicht erforderlich, wenn der Verband eine bewusste Gemeinschaftsbildung zum Zwecke des Abschlusses eines Hausarztvertrages darstellt. In diesem Fall reicht die Mitgliedschaft aus. Ergibt sich der Zweck (hausärztliche Versorgung) jedoch nicht explizit aus Satzung oder Gesellschaftsvertrag ist eine gesonderte Mandatierung erforderlich. Letztlich kam dieser Frage jedoch keine entscheidende Bedeutung zu, da die jeweiligen Hausärzteverbände ein gesondertes Mandatierungsverfahren durchgeführt haben.

Da die Bestimmung einer Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörden nur erfolgen kann, wenn die antragstellende Gemeinschaft die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertritt, kommt der Definition des Begriffs „Allgemeinärzte“ eine besondere Bedeutung zu. Dabei waren sich die Aufsichtsbehörden in ihrer Bewertung darin einig, dass unter dem Begriff „Allgemeinärzte“ in § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V nicht alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer i.S.d. § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V zu verstehen sind. Erfasst werden vielmehr nur die für die hausärztliche Versorgung zugelassenen Fachärzte für Allgemeinmedizin und die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, die nach den Weiterbildungsverordnungen der Landesärztekammer den Facharztstitel „für Allgemeinmedizin“ tragen dürfen, ungeachtet der Tatsache, ob diese bei zugelassenen Ärzten, in MVZ oder im Rahmen des Jobsharings tätig/angestellt sind.

Daher sind bei der Prüfung, ob eine Gemeinschaft die geforderte Quote von 50 Prozent erreicht, die anderen hausärztlichen Leistungserbringer (wie Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, praktische Ärzte) nicht zu berücksichtigen.

Die Aufsichtsbehörden verständigten sich darauf, dass die Prüfung der Quotenerfüllung regelmäßig durch die Landesaufsicht durchgeführt wird. Sind jedoch von der Gemeinschaft für die landesunmittelbaren Krankenkassen für die jeweilige KV-Region keine Anträge gestellt worden, liegen aber Anträge für bundesunmittelbare Krankenkassen vor, prüft das Bundesversicherungsamt, ob die Mandatierungsquote erfüllt ist. Das hatte zur Folge, dass das Bundesversicherungsamt in 5 KV-Regionen Mandatierungsprüfungen durchzuführen hatte. In vier Regionen ist die Quote erfüllt. In der fünften Region ist zwar die Quote derzeit nicht erfüllt. Die Stellungnahme des Hausärzterverbandes steht allerdings noch aus, die ggf. zu einem anderen Ergebnis führen kann.

Das Bundesversicherungsamt hat für die bundesunmittelbaren Krankenkassen 4 Schiedspersonen benannt, die jeweils für mehrere KV-Regionen Schiedsverfahren durchführen sollen. Die Mehrzahl der Länder hat sich dazu entschieden, diese Schiedspersonen ebenfalls zu bestellen, um eine Zersplitterung der Versorgungslandschaft zu vermeiden und ein verfahrenstechnisch effizientes und versorgungspolitisch vernünftiges Verfahren zu implementieren. In Einzelfällen wurden von den Landesaufsichten weitere Schiedspersonen bestimmt.

Beim Bundesversicherungsamt sind von den Hausärzterverbänden 1123 Anträge auf

Bestimmung einer Schiedsperson gestellt worden. Hiervon konnten bislang 415 Anträge beschieden werden. Zum Teil (in 65 Fällen) haben die Hausärzterverbände zwischenzeitlich die Anträge zum Ruhen gebracht, weil die Vertragsparteien (wieder) in Vertragsverhandlungen eingetreten sind. Darüber hinaus sind 120 Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson eingelegt worden, wovon 21 ruhend gestellt wurden. Die Klagen sind in der Regel zunächst zur Fristwahrung eingelegt worden; Klagebegründungen sind bislang nicht erfolgt. Die Klagen haben im Übrigen keine aufschiebende Wirkung, so dass die Schiedspersonen die Schiedsverfahren weiter betreiben können. Nur eine Krankenkasse hat in fünf KV-Regionen in denen für sie bislang eine Schiedsperson bestimmt wurde, Anträge auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gestellt. Für eine KV-Region ist in erster Instanz dem Antrag nicht stattgegeben worden. Dagegen hat die Kasse Beschwerde eingelegt, über die im Berichtsjahr aber noch nicht entschieden wurde.

Als erstes ist für die KV Region Bayern ein Schiedsspruch ergangen. Inwieweit die Parteien den Schiedsspruch akzeptieren werden, bleibt abzuwarten.

GKV / PKV:

Abgrenzung der Systeme

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen nicht nur untereinander, sondern auch mit den privaten Krankenversicherungen im unmittelbaren Wettbewerb. Gleichzeitig ist es Wille der Regierungskoalition, dass die Möglichkeiten der beiden Versorgungssysteme in ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen erweitert werden. In der Praxis ist

festzustellen, dass die meisten gesetzlichen Krankenkassen einen privaten Kooperationspartner haben, mit dem sie gemeinsam gegenüber den Versicherten auftreten. Die früher klaren Linien zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung beginnen dann, häufig auch durch die Beteiligten gewollt, durch gezielte Werbemaßnahmen und -strategien zu verschwimmen. Dies kann zu Verwechslungsgefahren führen, weil den Versicherten nicht immer deutlich ist, welche Institution ihm welche Angebote unterbreitet. Es kann der Eindruck entstehen, dass es sich um "Mischkonzerne" mit den Sparten „Gesetzliche Krankenkasse“ und „privates Versicherungsunternehmen“ handelt. Da die Rechtsverhältnisse sich deutlich voneinander unterscheiden, ist im Rahmen dieser Kooperationen auf eine klare Trennung nach Außen zu achten. Bei den gesetzlichen Krankenkassen handelt es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechts. Bei gemeinsamen Werbemaßnahmen, die sowohl für die gesetzliche Krankenversicherung als auch für den Kooperationspartner der privaten Krankenversicherung erfolgen, ist zudem auf eine strenge Kostenteilung zu achten. Das Sponsern von Marketingmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen durch private Versicherungsunternehmen ist nicht zulässig. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen sich aus den Mitteln des Gesundheitsfonds und ggf. Zusatzbeiträgen finanzieren. Die Annahme von Mitteln aus der privaten Versicherungswirtschaft würde einzelnen gesetzlichen Krankenkassen unzulässige Wettbewerbsvorteile verschaffen, weil die Ausgaben für Werbemaßnahmen unter Beachtung der Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt sind. Zudem ist es

nicht zulässig, Personal und Geschäftsstellen der privaten Versicherungswirtschaft kostenfrei zu nutzen. Außerdem ist der Sozialdatenschutz sicherzustellen.

Rabattgewährung für Kassenmitglieder durch Dritte

Eine Reihe von Krankenkassen versucht neue Mitglieder dadurch zu gewinnen, dass sie exklusiv für ihre Versicherten Rabatte mit privatwirtschaftlichen Unternehmen aushandeln. Gesetzlich Krankenversicherte erhielten zum Teil Rabatte in Fahrschulen, in Blumengeschäften oder in Fast-Food-Restaurants. Auch wenn derartige Angebote bei den Krankenkassen üblicherweise keine nennenswerten Kosten verursachen, kann es nicht die Aufgabe einer Körperschaft des öffentlichen Rechts sein, den Versicherten bei ausgewählten Unternehmen Sonderkonditionen zu verschaffen. Aus diesem Grund hat das Bundesversicherungsamt auf dieses Themenfeld im Laufe des Berichtsjahres ein besonderes Augenmerk gelegt. Das Bundesversicherungsamt hat seiner Aufsicht unterliegenden Krankenkassen im Juli des Jahres darauf hingewiesen, dass Gewährung und Vermittlung von Rabatten nicht zu den Aufgaben einer gesetzlichen Krankenkasse gehört und eine Bewerbung derartiger Vergünstigungen daher unzulässig ist.

Aufwandsentschädigung für Werber

Seit einigen Jahren, gehen die gesetzlichen Krankenkassen dazu über, ihre Mitgliederwerbung über gewerblich tätige Dritte (z.B. Finanzdienstleister oder private Versicherungsvermittler) zu organisieren und eigenes Personal in diesem Bereich abzubauen. Mit diesem Trend einher geht von Beginn an eine fortwährende

Diskussion über die Höhe der Aufwandsentschädigung, die den externen Werbern für die Gewinnung eines neuen Mitglieds gezahlt werden darf. Die Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden sahen hier für das Jahr 2009 eine Höchstgrenze von 75,60 € vor. Da diese Kosten auch durch die Beiträge der Versicherten finanziert werden müssen, diese aber größtenteils von anderen gesetzlichen Krankenkassen angeworben werden, kommt es aus Sicht des Gesamtsystems zu einem Mittelabfluss an die Privatwirtschaft, der dann nicht mehr für Leistungen zur Verfügung steht. Entsprechende Ausgaben müssen daher beschränkt werden.

Trotz dieser grundsätzlich eindeutigen Vorgaben der Aufsichtsbehörden, hatte das Bundesversicherungsamt auch im Berichtsjahr 2009 wieder eine Vielzahl von Aufsichtsverfahren in diesem Bereich einzuleiten. Die von den Aufsichtsbehörden gesetzten Grenzen wurden auf ganz unterschiedliche Art und Weise überschritten. Im Rückblick lässt sich jedoch feststellen, dass insbesondere zwei Arten von Verstößen gehäuft auftraten.

Zum einen vertraten mehrere Krankenkassen die Auffassung, dass neben der bereits genannten Aufwandsentschädigung zusätzlich z.B. Fahrkosten und Verwaltungskosten übernommen werden könnten. Außerdem zahlten einige Krankenkassen ergänzende „Betreuungsvergütungen“, bei denen der Vermittler für jeden Monat, den das von ihm geworbene Mitglied bei der jeweiligen Krankenkasse versichert bleibt, einen pauschalen Betrag als Aufschlag auf die ohnehin gezahlte Aufwandsentschädigung erhielt. Da der Betrag von 75,60 € eine absolute Höchstgrenze für die Zahlung an einen

gewerblichen Werber darstellt, mit dem alle Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Werbung des neuen Mitgliedes abgegolten sein müssen, wurde die beschriebene Verfahrensweise der Krankenkassen in mehreren Fällen beanstandet.

Den zweiten Themenschwerpunkt bildete die Frage, ob die Ausgaben für Aufwandsentschädigungen an gewerbliche Mitgliederwerber dem durch die Wettbewerbsgrundsätze gedeckelten Wettbewerbsbudget zuzurechnen sind. Gerade Krankenkassen, die über kein nennenswertes Geschäftsstellennetz verfügen und daher verstärkt auf die Zusammenarbeit mit privaten Versicherungsvermittlern setzen um neue Mitglieder zu gewinnen, verfolgen das Ziel, die Aufwandsentschädigungen an diese Vermittler außerhalb des Wettbewerbsbudget etwa bei den Personalkosten buchen zu können. Aufgrund eindeutiger rechtlicher Rahmenbedingungen, beispielsweise des Kontenrahmens KV, ist eine separate Verbuchung der Kosten für Mitgliederwerbung jedoch unzulässig. In einigen Fällen musste daher durch das Bundesversicherungsamt interveniert werden. Die in diesem Zusammenhang eingeleiteten Aufsichtsverfahren werden im Interesse eines fairen Wettbewerbs unter allen gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2010 fortgeführt.

Die Thematik ist auch Gegenstand von Prüfungen durch den Prüfdienst Krankenversicherung (8.6)

Upcoding / Rightcoding

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 01. Januar 2009 wurde der bisherige Risikostrukturausgleich um Morbiditätszuschläge für 80 Krankheiten ergänzt. Die Morbidität der Versicherten wird dabei auf

der Grundlage von bestimmten Diagnosen und Arzneimittelverordnungen/-wirkstoffen erfasst, so dass die Feststellung einer dieser Diagnosen oder die Verordnung eines entsprechenden Arzneimittels ggf. zu einer höheren Zuweisung für die jeweilige Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds führen kann.

Im Berichtsjahr wurden dem Bundesversicherungsamt Bestrebungen von Krankenkassen bekannt, verstärkt auf Diagnosen hinzuwirken, die zu höheren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führen. Seitens des Bundesversicherungsamtes wurde die Zulässigkeit solcher Aktivitäten kritisch geprüft. Dabei wurde z.B. festgestellt, dass es den Krankenkassen nicht gestattet ist, sich an den Kosten von Arztpraxissoftware zu beteiligen, die die Kodierung der Ärzte auf die im Risikostrukturausgleich verwendeten Diagnosen abstimmt. Die Softwareausstattung der Arztpraxen fällt nicht in den Verantwortungsbereich der Krankenkassen. Für eine solche Beteiligung gibt es keine gesetzliche Grundlage. Zudem ist eine Nacherfassung von morbiditätsrelevanten Diagnosen nicht zulässig.

Das Bundesversicherungsamt wird in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde und Verwalter des Gesundheitsfonds weiterhin darauf achten, dass keine Diagnoseerhebungen unterstützt werden, die allein das Ziel höherer Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds verfolgen.

Hilfsmittelverträge gemäß § 127 SGB V

Gegenstand vieler Beschwerden von Hilfsmittelleistungserbringern war das Verhalten der Krankenkassen im Rahmen von Vertragsverhandlungen gemäß § 127

Abs. 2 SGB V. Nach § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind Leistungserbringer gegenüber den Versicherten nur versorgungsberechtigt, wenn zwischen ihnen und den Kassen Verträge nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 SGB V bestehen. Die Situation verschärfte sich im Jahr 2009 dadurch, dass die bisherige Lieferberechtigung aufgrund Kassenzulassung zum 31. Dezember 2009 endgültig endete (§ 126 Abs. 2 Satz 3 SGB V).

Da der Abschluss von Einzelverträgen zwischen Hilfsmittelleistungserbringern und Kassen eine Neuerung darstellte, ergaben sich vielgestaltige Probleme. Zunächst galt es zu klären, ob Leistungserbringern ein Anspruch auf Vertragsverhandlungen zusteht. Dies wurde vom Bundesversicherungsamt unter Verweis auf Art. 12 GG (Berufsfreiheit) bejaht, weil Leistungserbringer nur mit entsprechenden Verträgen ihrer Tätigkeit nachgehen können. Die Krankenkassen nutzen zum Teil ihre Marktmacht aus, um für sie vorteilhafte Vertragsregelungen durchzusetzen. Es wird von den Leistungserbringern zusehends gefordert, ihre Kostenvoranschläge (nur noch) auf elektronischem Wege in einem vorgegebenen Datenformat einzureichen oder sich zertifizieren zu lassen. Mit Wirkung zum 01. Januar 2009 hat der Gesetzgeber § 127 SGB V um einen Abs. 2a ergänzt, wonach Leistungserbringer zu bestehenden Verträgen anderer Leistungserbringer beitreten können. Hierdurch soll ein willkürlicher Ausschluss von Leistungserbringern verhindert werden. Um dieses Beitrittsrecht zu gewährleisten, hatte der Gesetzgeber § 127 Abs. 2 um Satz 4 SGB V ergänzt. Danach haben interessierte Leistungserbringer ein Informationsrecht über die bei den Krankenkassen bestehenden Verträge nach

§ 127 Abs. 2 SGB V. Diesem Recht kamen die Krankenkassen anfangs teilweise nur zögerlich nach. Sie machten beispielsweise die Versendung von Vertragsinhalten von der Abgabe einer Geheimhaltungserklärung mit hoher Strafandrohung abhängig oder erhoben Kopiergebühren. Erst auf Intervention des Bundesversicherungsamtes wurde den Leistungserbringern ein vorbehaltloser Informationsanspruch eingeräumt.

Outsourcingpläne der Krankenkassen: telefonische ärztliche Beratung

Im Wettbewerb um Servicefreundlichkeit und Leistung grenzen sich die Krankenkassen zusehends durch intensiv beworbene zusätzliche Leistungen voneinander ab.

Viele Krankenkassen bieten ihren Versicherten z. B. eine telefonische ärztliche Beratung durch externe Dienstleister an. Das Bundesversicherungsamt hat in diesem Zusammenhang zu prüfen, ob von diesem Service Beratungsleistungen nach §§ 13 ff. SGB V betroffen sind, die die Krankenkasse nicht auf Dritte auslagern darf. Das entscheidet sich danach, ob der Versicherte nur allgemeine Informationen erhält (dann auslagerungsfähig) oder auf ihn individuell zugeschnittene Aussagen (Kassenleistung). Die Wirtschaftlichkeit des Outsourcings ist in jedem Einzelfall zu prüfen.

Professionelle Zahnreinigung auf Grundlage des § 73 c SGB V

Eine landesweit tätige Betriebskrankenkasse (BKK) hatte im Jahr 2008 mit einer Managementgesellschaft, welche mit einer Reihe von Zahnärzten kooperiert, außerhalb des Kollektivvertragssystems

einen Einzelvertrag zur Erbringung von Zahnersatzleistungen inklusive einer professionellen Zahnreinigung als Kassenleistung abgeschlossen. Diesem Vertrag sind bundesweit tätige Krankenkassen beigetreten. Zunächst war der Vertrag als sogenannter Integrierter Versorgungsvertrag gemäß §§ 140a ff. SGB V ausgestaltet. Nachdem unter anderem das Bundesversicherungsamt Zweifel geäußert hatte, ob eine sektorübergreifende integrierte Versorgungsform vorliege, wurde der Vertrag als Strukturvertrag gemäß § 73c SGB V ausgestaltet.

Kritik gegen die Zulässigkeit derartiger Verträge machten v.a. die Kassenärztlichen Vereinigungen geltend. Ihre Bedenken richteten sich insbesondere gegen das Angebot einer professionellen Zahnreinigung durch die Kassen. Die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger hatten sich auf ihrer Tagung vom 25. bis 26. November 2008 mit dieser Vertragsgestaltung befasst und im Ergebnis die Zulässigkeit im Rahmen eines Strukturvertrages gemäß § 73c SGB V bejaht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bisher weder eine positive noch eine negative Entscheidung zur professionellen Zahnreinigung getroffen. Gemäß § 73c Abs. 4 Satz 2 SGB V dürfen Leistungen, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat, Gegenstand eines Vertrages nach § 73c SGB V sein.

Daher hat das Bundesversicherungsamt das Angebot einer professionellen Zahnreinigung auf der Grundlage des § 73c SGB V grundsätzlich als zulässig erachtet,

wobei die weiteren gesetzlich normierten Voraussetzungen nicht zu vernachlässigen sind (beispielsweise die Sicherstellung der Notfallversorgung, § 73c Abs. 3 Satz 4 und 5 SGB V).

Rabattverträge zwischen den Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen

Seit In-Kraft-Treten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) am 1. April 2007 eröffnet § 130a Abs. 8 SGB V den gesetzlichen Krankenkassen Möglichkeiten, Einsparungen bei der Abgabe von Arzneimitteln zu erzielen. Damit wurde das Steuerungselement „Rabattverträge“ neu belebt.

Gemäß § 129 Abs. 1 Satz 3 SGB V sind Apotheken verpflichtet, ein verordnetes Arzneimittel gegen ein wirkstoffgleiches Präparat auszutauschen, für das die Krankenkasse einen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Voraussetzung dafür ist, dass der Arzt die Substitution nicht ausgeschlossen hat (§ 129 SGB V). Weitere Voraussetzung für einen solchen Austausch ist, dass das Arzneimittel in Wirkungsstärke und Packungsgröße mit dem verordneten Arzneimittel identisch ist und für das gleiche Krankheitsbild zugelassen ist, sowie eine gleiche oder austauschbare Darreichungsform hat.

Von dieser Möglichkeit hatte bald die große Mehrzahl der Krankenkassen Gebrauch gemacht und solche Rabattverträge mit den pharmazeutischen Unternehmen abgeschlossen - entweder mit einem oder mehreren Herstellern für einzelne Wirkstoffe (Wirkstoffverträge) oder mit einem oder mehreren Herstellern über deren gesamtes (Generika) Sortiment (Sortimentverträge). In der Folge kam es

vermehrt zu vergaberechtlichen Anfragen. Dabei ging es immer um die Frage, ob Rabattverträge ausschreibungspflichtig seien, und wenn ja, welche Anforderungen an eine solche Ausschreibung zu stellen seien. Zwar wies das Bundesversicherungsamt bereits mit seinem Rundschreiben vom 22. August 2007 darauf hin, dass Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V gem. § 97 ff. GWB europaweit auszuschreiben sind und dass es sich bei den gesetzlichen Krankenkassen um öffentliche Auftraggeber i.S.d. § 98 Nr. 2 GWB handelt (vgl. insoweit den Tätigkeitsbericht 2007). Eine Verpflichtung der Kassen zur europaweiten Ausschreibungen der Rabattverträge erschien angesichts der nicht einheitlichen Rechtsprechung zu diesem Zeitpunkt allerdings aufsichtsrechtlich nicht durchsetzbar. Hauptstreitpunkt der juristischen Diskussion war, insbesondere hinsichtlich des Merkmals der staatlichen Finanzierung oder staatlichen Leitungsmacht, die Frage der öffentlichen Auftraggebereigenschaft der gesetzlichen Krankenkassen.

Aufgrund der Neufassung des § 69 SGB V im Zuge des am 01. Januar 2009 in Kraft getretenen Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wies das Bundesversicherungsamt in einem weiteren Rundschreiben am 19. März 2009 erneut darauf hin, dass es sich bei Rabattverträgen um öffentliche Aufträge handele, die ausschreibungspflichtig seien. Dies gelte insbesondere für Rabattverträge über Generika. Darüber hinaus wurde gefordert, vergaberechtswidrig zustande gekommene Rabattverträge zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kündigen.

Schließlich bejahte auch der EuGH in seinem Urteil vom 11. Juni 2009 - C - 300/07 - auf der Grundlage der Regelung des Art. 1 Abs. 9 RL 2004/18/EG die Eigenschaft der gesetzlichen Krankenkasse als öffentlicher Auftraggeber. Die über die Mitgliedsbeiträge erfolgende Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde als hinreichend angesehen, um von einer überwiegenden Finanzierung von staatlicher Seite sprechen zu können (§ 98 Nr. 2 GWB).

Um sich einen Überblick zu verschaffen und um auf nunmehr gesichertem rechtlichen Fundament die Beachtung der vergaberechtlichen Anforderungen zu prüfen, forderte das Bundesversicherungsamt mehrere große Krankenkassen und Arbeitsgemeinschaften auf, Rabattverträge vorzulegen. Insgesamt wurden daraufhin etwa 200 Rabattverträge vorgelegt. Diese Untersuchung ist noch nicht abgeschlossen. Bezüglich der zwischenzeitlich gewonnenen Ergebnisse kann aber auf folgende Punkte hingewiesen werden:

Drei Evolutionsstufen bei der rapiden Entwicklung von Rabattverträgen (es dürfte mittlerweile Rabattverträge im hohen vierstelligen Bereich geben), die in unterschiedlichen Modellen entstanden sind, lassen sich feststellen:

1. Stufe: klassische Rabattverträge § 130a Abs. 8 SGB V, die sich auf Generika und patentgeschützte Arzneimittel am Ende des Lebenszyklus beziehen.

2. Stufe: Morbi-RSA-Ausgaben bzw. Zuweisungsoptimierung durch Rabattverträge im Bereich der patentgeschützten Arzneimittel.

3. Stufe: Individualverträge (z.B. inputorientierte Verträge wie Capitation-Verträge, prozessorientierte Verträge wie Pay for Performance-Verträge).

Während im Generika-Bereich die Einsparpotentiale deutlich sinken und die Ausgabensenkungen wegen der nicht bekannten Rückvergütungskonditionen der Rabattverträge nicht valide zu berechnen sind, steigt das Interesse an Rabattverträgen im Bereich der patentgeschützten Me-too-Produkte.

In den Jahren 2006 bis 2008 wurden vorrangig (unbefristete) Rabattverträge in Form von Sortimentsverträgen im generischen Bereich abgeschlossen. Es entspricht mittlerweile gefestigter Auffassung, dass solche Verträge vergaberechtswidrig sind, da der Gesetzgeber die Anwendbarkeit des Vergaberechts auf den Abschluss von Rabattvereinbarungen gem. § 130a Abs. 8 SGB V durch die Neufassung des § 69 Abs. 2 SGB V geklärt hat. Insoweit dürfte die Vergabe von Rabattverträgen im generikafähigen Bereich der Normalfall sein und das offene Verfahren die Regel darstellen. Das Bundesversicherungsamt wird, ggf. unter Einsatz aufsichtsrechtlicher Mittel, darauf drängen, dass die nicht ordnungsgemäß ausgeschriebenen Rabattverträge beendet werden. Das betrifft auch Rabattverträge, deren Laufzeit vier Jahre überschreitet.

Inakzeptabel sind aus der Sicht des Bundesversicherungsamtes ferner sogenannte Erweiterungs- oder Aufnahmeklauseln in Rabattverträgen. Denn derartige Klauseln, nach denen nicht nur die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses im Handel befindlichen Arzneien Vertragsgegenstand und damit Gegenstand der Rabattierung sind, sondern auch neu einge-

fürte Arzneimittel, automatisch in den bestehenden Vertrag mit dem Generikahersteller miteinbezogen werden, verhindern den Wettbewerb bezüglich des „neuen generischen Arzneimittels“.

Das Bundesversicherungsamt wird auch künftig darauf achten, dass das vom Gesetzgeber ordnungspolitisch verfolgte Ziel einer Senkung der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung bei den Rabattverträgen über generische wie patentgeschützte Arzneimittel unter Beachtung der vergaberechtsrelevanten Vorschriften erreicht wird.

1.4 Satzungsrecht

Fusionen	25
Satzungsgenehmigungen	365
Satzungsanträge vorgeprüft	149
Rechtsfragen grundsätzlich geklärt	48
Satzungsnachtrag zur elektronischen Gesundheitsakte	1

Das Bundesversicherungsamt hatte im Berichtsjahr über insgesamt 365 Anträge zur Genehmigung von Satzungsbeschlüssen der seiner Aufsicht unterstehenden Krankenkassen, darunter 23 Satzungsneufassungen und 342 Satzungsnachträge zu entscheiden. Etwa die Hälfte der Anträge hatten die jeweiligen Krankenkassen zunächst zu einer Vorprüfung vorgelegt, bevor der Beschluss ihres Verwaltungsrats über den Satzungstext erfolgte. Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens oder schon im Vorfeld wurden zahlreiche Rechtsfragen grundsätzlicher Art aufgeworfen und konnten geklärt werden. Auch im Berichtsjahr bildete die Genehmigung von freiwilligen Zusammenschlüssen unter Beteiligung der Aufsicht des

Bundesversicherungsamtes unterstehenden Krankenkassen einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit im Rahmen der Mitwirkungsrechte. Im Laufe des Jahres sind insgesamt 25 Zusammenschlüsse wirksam geworden, davon 12 zum 1. Januar 2009. Dabei ist die Aufgabe des Bundesversicherungsamtes die Vereinigungsbeschlüsse der Verwaltungsräte der beteiligten Krankenkassen, die Satzung der neu entstehenden Krankenkasse, den Vorschlag zur Berufung der Mitglieder der Organe der Krankenkasse, das Konzept zu ihrer Organisations-, Personal- und Finanzstruktur und die Vereinbarung über die Rechtsbeziehungen zu Dritten zu genehmigen. Die Fusion der Krankenkassen bedeutet in jedem Fall, dass die bei den Krankenkassen bestehenden Pflegekassen ebenfalls fusioniert werden. Diese Fusion der Pflegekassen ist vom Bundesversicherungsamt in der vorstehenden Weise zu genehmigen.

Bilanz von Kassenfusionen

Die Zahl der freiwilligen Zusammenschlüsse von Kranken- und Pflegekassen blieb mit 25 gegenüber 23 Zusammenschlüssen, die im Jahr 2008 wirksam geworden sind, konstant hoch. Etwa die Hälfte der Zusammenschlüsse entfiel auf den 1. Januar des Jahres. Der Konzentrationsprozess in der gesetzlichen Krankenversicherung hält damit unvermindert an. Auffällig ist, dass sich inzwischen auch die Ersatzkassen zu den Akteuren der Fusionstätigkeit zählen und auch kassenartübergreifend Fusionspartner finden, wie die Techniker Krankenkasse (Zusammenschluss mit der IKK-Direkt) und die Kaufmännische Krankenkasse (Zusammenschluss mit der Betriebskrankenkasse der Allianz AG). Eine Konzentration findet aber auch innerhalb

des Lagers der Ersatzkassen statt, wie bei den Vereinigungen der Deutschen Angestelltenkrankenkasse mit der Hamburg Münchener Ersatzkasse und der Barmer Ersatzkasse mit der Gmünder Ersatzkasse zu beobachten. Nach wie vor können sich aber auch kleinere (zum Teil geschlossene) Betriebskrankenkassen am Markt behaupten. Gegenwärtig ist eine eher nachlassende Fusionsbereitschaft zu beobachten. Die Refinanzierung über das Instrument des Zusatzbeitrages und seine Wirkung auf das Wechselverhalten der Mitglieder lassen viele Vorstände zögern, Fusionen durchzuführen. Das finanzielle Risiko scheint vielen zu hoch.

Umsetzung der mehrfachen Änderungen der gesetzlichen Regelungen zu den Krankengeldwahlтарifen, insb. Abstimmung einer entsprechenden Mustersatzung

Eine Frage, deren Klärung mit erheblichem Arbeitsaufwand einherging, betraf die satzungsmäßige Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zu den Krankengeldansprüchen der hauptberuflich selbstständig erwerbstätigen Versicherten sowie der Beschäftigten ohne sechswöchigen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und der nach dem KSVG versicherten Künstler und Publizisten. Die entsprechende Norm war innerhalb eines kurzen Zeitraumes zweimal verändert worden. Zunächst trat am 1. Januar 2009 eine Gesetzesänderung in Kraft, die für den zuvor genannten Personenkreis den Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld nach §§ 44 ff. SGB V ausschloss und den Krankenkassen die Pflicht auferlegte, den Betroffenen in ihren Satzungen Wahlтарife gem. § 53 Absatz 6 SGB V anzubieten, die diesen Bereich abdeckten. Diese Änderungen

machte der Gesetzgeber bereits zum 1. August 2009 wieder rückgängig indem die bestehenden Wahlтарife gesetzlich zum 31. Juli 2009 beendet wurden. Das Gesetz räumt nunmehr den hauptberuflich selbstständig erwerbstätigen Versicherten sowie den Beschäftigten ohne sechswöchigen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall ein Optionsrecht zur Wahl des gesetzlichen Krankengelds gem. §§ 44 ff. SGB V ein, das von den Krankenkassen zwingend durch einen geänderten Wahlтарif nach § 53 Abs. 6 SGB V n.F. zu ergänzen ist. Für die Krankenkassen bedeutete dies die Notwendigkeit, innerhalb kürzester Zeit zweimal ihre Satzungen in weitem Umfang zu ändern, um der Vorgabe des Gesetzgebers in rechtssicherer Weise nachkommen zu können. Besonders für kleinere Krankenkassen bedeutete dies einen erheblichen, teils vergeblichen Mehraufwand, der nicht ohne weiteres zu bewältigen war. In dieser Situation hat sich die über Jahrzehnte geführte verfahrensweise der Betriebskrankenkassen bewährt, über ihren Bundesverband in Zusammenarbeit mit dem Bundesversicherungsamt eine Mustersatzung zu erstellen. Diese bietet allen Krankenkassen die Möglichkeit, bei Bedarf auf abgestimmte und damit qualitätsgesicherte, das heißt genehmigungsfähige Satzungsregelungen zurückzugreifen. Mit Hilfe dieses Instruments konnte es auch in dem Bereich der Krankengeldwahlтарife vermieden werden, dass die kurzfristigen Gesetzesänderungen zu allzu großen Rechtsunsicherheiten für die betroffenen Versicherten in diesem für sie existentiell wichtigen Bereich führten.

1.5 Aus dem Prüferferat

„Orientierungsprüfungen“ zur Rechnungsabgrenzung 2008/2009 (Kasse/Fonds)

Nach Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 führten Referat II 4 und Prüfdienst Krankenversicherung des Bundesversicherungsamtes gemeinsame Orientierungsprüfungen zu der Frage durch, ob die von den Krankenkassen im Rahmen der Monatsabrechnung gegenüber dem Gesundheitsfonds geltend gemachten Verrechnungsbeträge korrekt waren (siehe auch Punkt 8.5 des Tätigkeitsberichts).

Der GKV-Spitzenverband und der Gesundheitsfonds haben auf der Grundlage der gemeinsamen Erklärung der damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen und des Bundesversicherungsamtes vom 27. November 2007 vereinbart, dass die Krankenkassen zur Sicherstellung ihrer Beitragsforderungen aus Zeiten vor dem 1. Januar 2009 die hierfür eingehenden Beitragseingänge gegenüber dem Gesundheitsfonds verrechnen können. Mithin sollten KV-Beiträge, die für Zeiträume bis 31. Dezember 2008 gezahlt werden, dem Korrekturverfahren des RSA-Alt-Verfahrens und nicht dem Gesundheitsfonds zugeführt werden. Zwingende Voraussetzung für die Ausübung dieses Rechts war daher die Nachweisführung durch die Krankenkassen im Hinblick auf die zeitliche Zuordnung der Forderungen.

Es war somit im Rahmen der Prüfung festzustellen, ob die Krankenkassen bei der Verrechnung der im Jahr 2009 eingegangenen Gesamtsozialversicherungsbeiträge für Beitragsrückstände aus Zeiträumen vor dem 1. Januar 2009 sowie die im Jahr 2008 geleisteten

Vorauszahlungen für das Jahr 2009 entsprechend den Vorgaben des Gesundheitsfonds verfahren haben. Diese Prüfungen erfolgten bei diversen Ersatzkassen sowie Innungs- und Betriebskrankenkassen.

Die örtlichen Erhebungen zeigten vielfältige technische und praktische Probleme auf Seiten der Krankenkassen bei der Verrechnung von KV-Altbeiträgen.

Diese begannen bei den Kassen, die auf der Grundlage eines einheitlichen, von den meisten Kassen eingesetzten DV-Systems arbeiten, bereits mit der falschen Ermittlung des Saldenübertrages, sowohl der Höhe als auch des Zeitpunktes nach.

Des Weiteren sind bei einer Vielzahl von Kassen die zu verrechnenden Beiträge programmseitig nicht gänzlich maschinell zu ermitteln. Die Prüfung einer hohen Anzahl an Klärfällen muss seitens der Kassen durch aufwendige Sachbearbeitung manuell erfolgen.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass ein Großteil der geprüften Kassen erhebliche systembedingte Defizite bei der Abwicklung der zeitlichen Rechnungsabgrenzung aufwies; nur wenige Krankenkassen konnten daher die Verrechnung ordnungsgemäß durchführen.

Die abschließende Bewertung der Prüfergebnisse und die Festlegung der sich daraus ergebenden Konsequenzen mit Blick auf eine etwaige anzupassende Regelung befindet sich noch im Abstimmungsprozess zwischen den Beteiligten.

Frist zur Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen beim Beitragseinzug

Der ordnungsgemäße Einzug und die Weiterleitung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge an den zum 1. Januar 2009 eingeführten Gesundheitsfonds, an die jeweiligen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sowie an die Bundesagentur für Arbeit stellt einen Schwerpunkt der bundesweit durchgeführten Aufsichtsprüfungen des Bundesversicherungsamtes gemäß § 88 Abs. 1 SGB IV dar.

Im Fokus dieser Prüfungen stehen insbesondere die zeitgerechte Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen, die dazu dienen, die Liquidität der Sozialversicherungssysteme gerade im Hinblick auf den Gesundheitsfonds sicherzustellen. Aufsichtsrechtliches Ziel ist und war es dabei, auf die Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen bei allen Einzugsstellen gleichermaßen und einheitlich frühestmöglich nach dem Fälligkeitstag hinzuwirken. Um dieses Ziel möglichst in der ganzen Kassenlandschaft zu implementieren, galt es ein Verfahren mit allen beteiligten (Prüf-) Institutionen abzustimmen. Dazu wurden im letzten Jahr Gespräche mit den Einzugsstellenprüfdiensten der DRV-Bund und der BA sowie dem GKV-Spitzenverband geführt.

Ausgehend davon, dass die einschlägige Rechtsgrundlage des § 76 Abs. 1 SGB IV zwar die grundsätzliche Regelung dazu trifft, dass die Krankenkasse die ihr zustehenden Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben hat, eine konkrete gesetzliche Fristenvorgabe zur Bewertung der Rechtzeitigkeit von Maßnahmen zur Zwangsbeitreibung fälliger Beitragsfor-

derungen jedoch nicht vornimmt, haben sich die Einzugsstellenprüfdienste der DRV-Bund und der BA, der GKV-Spitzenverband und das Bundesversicherungsamt zur Durchsetzung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen bzw. von Schadensersatzansprüchen aus § 28r SGB IV sowie § 271a SGB V auf folgendes abgestimmtes Verfahren verständigt:

Grundsätzlich wird die Einleitung von Vollstreckungsmaßnahmen seitens der Einzugsstellen noch als rechtzeitig i. S. v. § 76 Abs. 1 SGB IV und damit als rechtmäßig angesehen, wenn eine Einzugsstelle Vollstreckungsmaßnahmen im Idealfall bis zum Ablauf der 4. Woche ab der Fälligkeit einleitet. Danach betritt sie einen kritischen Bereich, der festzustellen ist, aber binnen zwei weiterer Wochen noch nicht zu formellen aufsichtsrechtlichen Beanstandungen führt.

Werden Vollstreckungsmaßnahmen hingegen erst nach 6 Wochen oder noch später eingeleitet, so entspricht dieses Verfahren grundsätzlich nicht mehr den Vorgaben an ein rechtzeitiges Handeln und wird aufsichtsrechtlich beanstandet.

Für die Bewertung des Einzelfalls muss letztlich auf die individuellen Gegebenheiten abgestellt werden. Dazu zählen insbesondere sonstige Maßnahmen der Einzugsstellen (z.B. Ermittlungen zum Aufenthalt des Schuldners), die im Rahmen der Fristbetrachtung zu berücksichtigen sind.

Es ist unstrittig, dass die Vollstreckung unter Beachtung der gesetzlich vorgegebenen einwöchigen Zahlungsfrist für die Mahnung nach § 3 VwVG erfolgt, mithin die Mahnung als notwendig zu ergreifende Maßnahme und somit als eine wesentliche

schadensersatzauslösende Maßnahme bewertet wird. Die Einzugsstellenprüfdienste der DRV-Bund und die BA werden das von ihnen zur Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus § 28 r SGB IV entwickelte Stichprobenerhebungs-, Bewertungs- und Hochrechnungsmodell an die vom Bundesversicherungsamt vorgeschlagenen Fristen anpassen und ihre Prozesse und Prozessfristen im Bereich verzögerter Beitragsbeitreibung durch die Einzugsstellen entsprechend abändern.

Für die Einzugsstellen hat die erfolgte Abstimmung den Vorteil, dass eine einheitliche Verfahrensweise von allen Einzugsstellen gleichermaßen gefordert und als Maßstab der Bewertung für alle Prüfinstitutionen herangezogen wird. Dies ermöglicht ihnen zudem eine frühzeitige Steuerung in der Rückstandsbearbeitung gemeinsam mit den entsprechenden Dienstleistern.

1.6 Strukturierte Behandlungsprogramme

Das Bundesversicherungsamt ist zuständig für die Zulassung der Strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programs - DMP) und prüft die von den gesetzlichen Krankenkassen eingereichten Programme sowie die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern (z.B. Ärzte, Krankenhäuser) bzw. Dritten (z.B. Datenstellen) in medizinischer und rechtlicher Hinsicht. 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)

Zum 1. Juli 2009 wurde das DMP KHK um das Modul Chronische Herzinsuffizienz ergänzt, dessen Umsetzung spätestens zum 30. Juni 2010 im Rahmen aller zugelassenen DMP KHK erfolgt sein muss.

Bis Ende des Jahres 2009 wurden insgesamt 23.815 Erst- und Wiederzulassungen erteilt. Die Gesamtzahl der im Jahre 2009 erteilten Zulassungen beläuft sich auf 1.400 (2008: 832; 2007: 7.492; 2006: 7.881). Der starke Rückgang der Zulassungen gegenüber den Jahren 2006 und 2007 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. In den Jahren 2011 und 2012 wird es wieder zu einem Anstieg der Zulassungsanträge auf das Niveau der Jahre 2006 und 2007 kommen.

Näheres zu den Zulassungszahlen sowie zur Zahl der in ein DMP eingeschriebenen Versicherten ist den nachfolgenden Übersichten zu entnehmen:

	erteilte Zulassungen in			
	2006	2007	2008	2009
DM Typ 2	2.295	645	29	22
DM Typ 1	1.145	1.200	345	11
Brustkrebs	1.334	933	35	516
KHK	1.681	641	45	847
Asthma	639	2.102	188	2
COPD	787	1.971	190	2
insgesamt	7.881	7.492	832	1.400

Im Hinblick auf eingetretene Fusionen zwischen Krankenkassen und dem dadurch bedingten Zusammenlegen von DMP waren im Dezember 2009 insgesamt 13.313 Programme mit mehr als 5,5 Millionen eingeschriebenen Versicherten, die zum Teil an mehr als einem DMP teilnehmen, zugelassen:

Indikation	Laufende Programme im Dezember 2009	Eingeschriebene Versicherte im Dezember 2009	Versicherte, die in einem (oder mehreren) DMP eingeschrieben sind
DM Typ 2	2.332	3.242.066	
DM Typ 1	2.041	127.663	
Brustkrebs	2.031	128.388	
KHK	2.244	1.562.970	
Asthma	2.326	646.485	
COPD	2.339	506.566	
insgesamt	13.313	6.214.138	

Stand: Dezember 2009

Die Verfahrensvereinfachungen wurden im Berichtsjahr fortgeführt: Zum 1. Juli 2009 erfolgte die Umstellung auf eine ausschließlich elektronische Erfassung und Weiterleitung der DMP-Dokumentationen nunmehr auch für die Indikation Brustkrebs.

Ansprechpartner des Bundesversicherungsamtes für die Klärung grundsätzlicher Rechtsfragen des Zulassungsverfahrens ist seit Anfang 2009 der GKV-Spitzenverband.

Das Berichtsjahr stand auch im Zeichen der Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme. Die Ergebnisse der Evaluation sind ausschlaggebend für die Wiedenzulassung von Behandlungsprogrammen. Das Bundesversicherungs-

amt 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 wurden die risikoadjustierten Evaluationsberichte der DMP für die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 für die Zulassungsjahre 2003 bis 2006 ausgewertet. Der Vergleich der risikoadjustierten Mittelwerte zu den einzelnen medizinischen Zielwerten mit Ergebnissen aus epidemiologischen Studien zeigt, dass die bei den DMP-Teilnehmern erhobenen Mittelwerte bei einer Reihe von Zielwerten deutlich positivere Werte aufweisen. Einzelanalysen machten deutlich, dass bei vielen DMP im Zeitablauf insbesondere eine Verbesserung der Blutdruckkontrolle und des Raucherstatus (Aufgabe des Tabakkonsums) zu beobachten sind. Außerdem kann die Blutzuckereinstellung bei einer Vielzahl von DMP gehalten oder verbessert werden.

Aus den vorliegenden medizinischen Daten des ersten Erhebungszeitraumes kann die vorläufige Hypothese abgeleitet werden, dass die an DMP teilnehmenden Versicherten von der Teilnahme deutlich profitieren. Negative Auswirkungen auf die Zielparameter sind im Vergleich zu epidemiologischen Daten nicht festzustellen.

Im Vergleich der jeweiligen Programme untereinander gab es bei den Leistungs-

ausgaben sowie den Verwaltungs- und Qualitätssicherungskosten sichtbare Unterschiede. Demgegenüber waren bei den medizinischen Parametern die Unterschiede überwiegend geringer. Vermutet werden kann, dass die besseren medizinischen Ergebnisse in den DMP auf der Anwendung evidenzbasierter Medizin beruhen und auf eine Verbesserung in der Koordination der Behandlung in den einzelnen Versorgungsebenen zurückzuführen sind. Außerdem scheint das unterschiedliche Engagement der Krankenkassen bei der patientenorientierten Qualitätssicherung, das auch in den aufgewendeten Kosten für die Qualitätssicherung zum Ausdruck kommt, die medizinischen Ergebnisse zu beeinflussen. Sozioökonomische Unterschiede bei den Patienten scheinen ebenfalls auf die Wirksamkeit der Qualitätssicherungsmaßnahmen Einfluss zu haben. Ferner hat sich gezeigt, dass Regionen, die schon vor der Einführung der DMP besondere Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke geschaffen hatten, gute medizinische Werte aufweisen.

Da es sich bei den DMP um langfristig angelegte Programme handelt, kann erst in Zukunft mit Sicherheit gesagt werden, ob sich die aufgestellten Hypothesen bestätigen. Hierfür müssen die DMP regelmäßig bewertet werden. Die von den Krankenkassen beauftragten Institute erstellen alle zwei Jahre Evaluationsberichte, die vom Bundesversicherungsamt geprüft und ausgewertet werden. Zum 30. September 2009 wurden Berichte für die Indikationen Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 geliefert, die Daten bis einschließlich des ersten Halbjahres 2008 beinhalten. Zur Zeit erfolgt die Auswertung dieser Evaluationsberichte.

Zur Förderung der DMP seit Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 erhalten die Krankenkassen Zuweisungen für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen aus dem Gesundheitsfonds (sog. Programmkostenpauschale). Die Höhe der Programmkostenpauschale für einen eingeschriebenen Versicherten beträgt infolge einer Festlegung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2010 abermals 180 Euro.

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzen

Die folgenden Tabellen 1 und 2 zeigen die Gesamteinnahmen und die Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung für das Jahr 2009 und die Veränderung gegenüber den jeweiligen Vorjahreswerten:

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2009	
EINNAHMEN	Beträge in Mio. €
Beitragseinnahmen	rd. 21.188
Summe der sonstigen Einnahmen	rd. 126
Einnahmen insgesamt	rd. 21.314
AUSGABEN	Beträge in Mio. €
Leistungsausgaben	rd. 19.327
Verwaltungskosten	rd. 683
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	rd. 312
Sonstigen Ausgaben	rd. 5
Ausgaben insgesamt	rd. 20.327
Jahresüberschuss	rd. 987

Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung: Vergleich 2009 zu 2008	
EINNAHMEN	Veränderungen in v.H.
Beitragseinnahmen	+ 8,07
Summe der sonstigen Einnahmen	- 20,18
Einnahmen insgesamt	+ 7,85
AUSGABEN	Veränderungen in v.H.
Leistungsausgaben	+ 6,27
Verwaltungskosten	+ 3,74
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	+ 9,77
Sonstigen Ausgaben	- 4,52
Ausgaben insgesamt	+ 6,23

Quelle: Statistiken PVM und PS

Die deutlichen Steigerungsraten sowohl auf der Einnahmen- als auch der Ausgabenseite sind Resultat des Starts der

Reform der sozialen Pflegeversicherung zum 01. Juli 2008. Die 1. Stufe der Reform brachte eine Erhöhung des Beitragssatzes von 1,7 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen auf 1,95 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen (ohne die unverändert gebliebenen Kinderlosenzuschläge in Höhe von 0,25 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen) sowie eine Ausweitung der Leistungen insbesondere im Bereich der Geld- und Sachleistungen.

Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben, Verwaltungskosten, Kosten des Medizinischen Dienstes und sonstige Ausgaben) der sozialen Pflegeversicherung betragen rd. 20,327 Mrd. €, was einem Anstieg in Höhe von 6,23 v.H. gegenüber dem Vorjahr entspricht. Hiervon entfallen auf die Leistungsausgaben rd. 19,327 Mrd. €, was eine Veränderung von + 6,27 v.H. gegenüber dem Vorjahr bedeutet.

Diesen Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von rd. 21,314 Mrd. € gegenüber, die um rd. 7,85 v.H. 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. die vom Gesundheitsfonds weitergeleiteten Pflegeversicherungsbeiträge aus Arbeitslosengeld I und II und der Künstlersozialkasse sowie der pauschalen Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistende, die Pflegeversicherungsbeiträge der Rentner und die Beiträge der sonstigen versicherungspflichtigen Personen nach

§ 21 Nr.1-5 SGB XI), sowie Zinseinnahmen und sonstige Einnahmen. Die Gesamtbeitragseinnahmen haben sich gegenüber dem Vorjahr um rd. 7,85 v.H. auf rd. 21,314 Mrd. € erhöht. Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen stiegen um rd. 1,35 v.H. (rd. 215 Mio. Euro), die des Ausgleichsfonds um rd. 36,9 v.H. (rd. 1,368 Mrd. Euro).

Im Ergebnis des Jahres 2009 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Überschuss in Höhe von rd. 987 Mio. €, während im Vorjahr ein Saldo in Höhe von rd. 629 Mio. € angefallen ist.

Finanzausgleich

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. 9,032 Mrd. € an solche Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 0,753 Mrd. €.

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
2009	9.032

Im Jahr 2009 wurde wieder für das vorangegangene Kalenderjahr 2008 ein erweiterter Jahresausgleich in der sozialen Pflegeversicherung nach § 68 SGB XI durchgeführt. Mit Hilfe dieses Verfahrens sollen sachliche und rechnerische Fehler, welche unterjährig im monatlichen Ausgleichsverfahren nach § 67 SGB XI nicht berücksichtigt wurden, korrigiert werden.

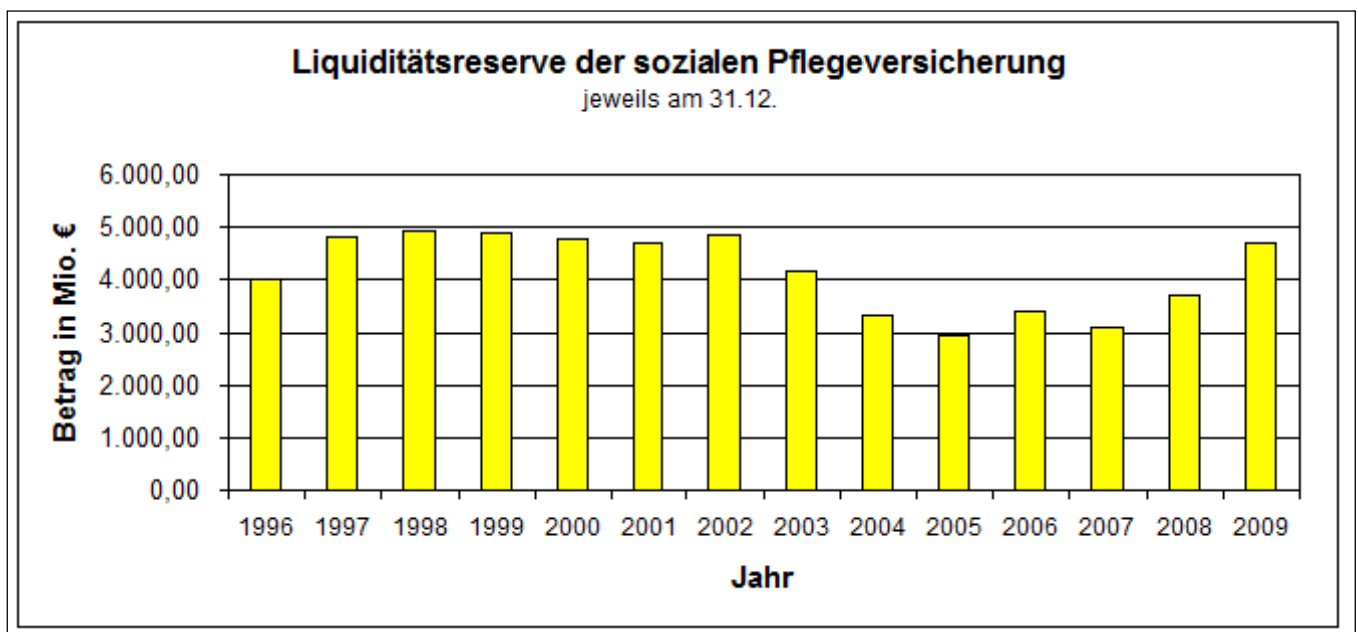
Entwicklung des Mittelbestandes

Die Liquiditätsreserve – oder auch Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung –, die sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen zusammensetzt, betrug zum Jahresbeginn rd. 3,703 Mrd. €. Innerhalb des Jahres 2009 erhöhte sich die Liquiditätsreserve bis zum Jahresende auf rd. 4,691 Mrd. €.

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
2009	4.691

Stichtag: jeweils 31.12. des Jahres



Fördergelder

Als besondere Aufgabe obliegt dem Ausgleichsfonds die Auszahlung der Fördergelder der sozialen Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI (Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung), nach § 45 c und d SGB XI (niedrigschwellige Betreuungsangebote und Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen) sowie nach § 92 c SGB XI zur Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte.

Die folgenden Tabellen zeigen die in diesen Bereichen für das Jahr 2009 geleisteten Auszahlungen:

Niedrigschwellige Betreuungsangebote (einschl. Ehrenamt und Selbsthilfe)

Tabelle 5: Niedrigschwellige Betreuungsangebote		
Bundesland 1)	Anträge	Volumen
Baden-Württemberg	503	1.660.703,28 €
Bayern	262	599.998,69 €
Berlin	83	456.980,06 €
Brandenburg	85	463.294,69 €
Bremen	0	0,00 €
Hamburg	9	252.486,74 €

Hessen	104	864.365,79 €
Mecklenburg-Vorpommern	0	0,00 €
Niedersachsen	181	1.357.337,83 €
Nordrhein-Westfalen	65	1.255.238,27 €
Rheinland-Pfalz	134	330.710,12 €
Saarland	20	119.322,83 €
Sachsen	22	114.359,50 €
Sachsen-Anhalt	22	313.487,57 €
Schleswig-Holstein	80	223.234,58 €
Thüringen	61	167.611,56 €
Summe:	1.631	8.179.131,51 €²⁾

1) Die Mittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung werden zum Zwecke der gerechten Verteilung auf die einzelnen Bundesländer gemäß § 45c Abs. 5 S. 1 SGB XI nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Grundsätzlich beträgt das bundesweit insgesamt für Betreuungsangebote und Modellvorhaben gemäß den §§ 45c und d SGB XI zur Verfügung stehende Fördervolumen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung aktuell 25.000.000,00 € zuzüglich eventueller Übertragungsanteile aus dem zurückliegenden Förderzeitraum.

2) Im Jahr 2009 wurde für den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ein Gesamtbetrag in Höhe von 304.609,84 € an Rückzahlungen für vergangene Jahre vereinnahmt.

Modellvorhaben (einschl. Modellvorhaben des Ehrenamtes und der Selbsthilfe)

Tabelle 6: Modellvorhaben		
Bundesland ³⁾	Anträge	Volumen
Baden-Württemberg	3	65.900,00 €
Bayern	12	189.628,89 €
Berlin	2	43.006,50 €
Brandenburg	0	0,00 €
Bremen	0	0,00 €
Hamburg	0	0,00 €
Hessen	5	133.176,90 €
Mecklenburg-Vorpommern	7	182.687,85 €
Niedersachsen	1	17.800,00 €
Nordrhein-Westfalen	99	1.253.986,00 €
Rheinland-Pfalz	5	136.095,00 €
Saarland	0	0,00 €

Sachsen	5	134.220,70 €
Sachsen-Anhalt	0	0,00 €
Schleswig-Holstein	6	60.000,00 €
Thüringen	0	0,00 €
Summe:	145	2.216.501,84 €⁴⁾

3) Die Mittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung werden zum Zwecke der gerechten Verteilung auf die einzelnen Bundesländer gemäß § 45c Abs. 5 S. 1 SGB XI nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt.

Grundsätzlich beträgt das bundesweit insgesamt für Betreuungsangebote und Modellvorhaben gemäß den §§ 45c und d SGB XI zur Verfügung stehende Fördervolumen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung aktuell 25.000.000,00 € zuzüglich eventueller Übertragungsanteile aus dem zurückliegenden Förderzeitraum.

4) Im Jahr 2009 wurde für den Ausgleichsfonds ein Gesamtbetrag in Höhe von 52.772,75 € an Rückzahlungen für vergangene Jahre vereinnahmt.

Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI zahlte das Bundesversicherungsamt Fördergelder für den Zweck der Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Das Auszahlungsvolumen betrug für das Jahr 2009 insgesamt 1.711.798,52 €. Für den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wurden Rückzahlungen in Höhe von insgesamt 355.791,66 € vereinnahmt.

Anschubfinanzierungen Pflegestützpunkte

Gemäß § 92c Abs. 5 SGB XI zahlte das Bundesversicherungsamt die Anschubfinanzierungen zum Zwecke des Aufbaus der in gemeinsamer Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen sowie den

nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen stehenden Pflegestützpunkte aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Im Jahr 2009 wurden zwar erst vier Anträge des GKV-Spitzenverbandes auf Auszahlung der Anschubfinanzierungen für vier Pflegestützpunkte in Brandenburg bearbeitet mit einem Gesamtvolumen von 140.819,49 €. Für das Jahr 2010 ist jedoch mit einer deutlichen Steigerung der zu bearbeitenden Anträge zu rechnen.

2.2 Eingaben

	Gesamtzahl der Eingaben
PV	201

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

2.3 Aufsicht bei Pflegekassen

Abgrenzung der Leistungspflicht für Hilfsmittel zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung

Die Bewilligungspraxis von Pflegekassen für Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 und 3 SGB XI war, wie bereits auch in den Vorjahren, im Berichtsjahr aus aufsichtsrechtlicher Sicht zu beanstanden.

Insbesondere wurde das Bundesversicherungsamt bei der Hilfsmittelgewährung weiterhin mit rechtsfehlerhaften Entscheidungen über die Leistungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung konfrontiert. Die durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (vgl. Urteil vom 15. November 2007, Az. B 3 A 1/07 R und Urteil vom 12. Juni 2008, Az. B 3 P 6/07 R) aufgestellten Grundsätze zur Abgrenzung der Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung vor allem

gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung wurden nicht in ausreichendem Umfang umgesetzt.

Das Bundesversicherungsamt hat daher ein besonderes Augenmerk auf die Optimierung der diesbezüglichen Bearbeitungsabläufe sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Pflegekassen gelegt. Die Verwaltungspraxis verschiedener Pflegekassen in diesem Bereich wurde einer aufsichtsrechtlichen Prüfung unterzogen.

Im Zusammenhang mit den aufsichtsrechtlichen Folgerungen der aus diesen Prüfungen gewonnenen Erkenntnisse ist das Bundesversicherungsamt regelmäßig in einen intensiven Dialog mit den Versicherungsträgern eingetreten.

Ziel dieses Dialoges war es, insbesondere durch Sensibilisierung und Diskussion vor Ergreifung förmlicher aufsichtsrechtlicher Maßnahmen eine rechtskonforme Bearbeitungsweise der Pflegekasse herbeizuführen. Zu diesem Zweck wurden die entsprechenden Arbeitsanweisungen und praktischen Handreichungen bewertet, um auch insoweit einem rechtsfehlerhaften Handeln in der Praxis entgegenzuwirken.

Eine Vielzahl der im Berichtsjahr anhängigen aufsichtsrechtlichen Prüfverfahren konnte durch Bereinigung der in der Vergangenheit falsch zugeordneten Leistungsausgaben ihre Erledigung finden.

Das Bundesversicherungsamt wird diesem Themenkomplex auch weiterhin besondere Aufmerksamkeit schenken.

3. UNFALLVERSICHERUNG

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Finanzen der Gesetzlichen Unfallversicherung

Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften

Die neu gestaltete jährliche Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften wurde erstmals im Jahr 2009 für das Ausgleichsjahr 2008 durch das Bundesversicherungsamt durchgeführt und ersetzt schrittweise in einer Übergangphase bis zum Jahr 2014 den bisherigen Lastenausgleich, der in dieser Zeit parallel von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) durchgeführt wird. Für das Ausgleichsjahr 2009 wird die Lastenverteilung zu 30 Prozent (2008: 15 Prozent) und der alte Lastenausgleich noch zu 70 Prozent (2008: 85 Prozent) berücksichtigt.

Jede Berufsgenossenschaft trägt im Rahmen der Lastenverteilung - unter Beibehaltung des Branchenprinzips und der primären Verantwortlichkeit der einzelnen Gewerbebranche für die von ihnen verursachten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten - eigene Rentenlasten entsprechend ihrer aktuellen Wirtschaftsstruktur. Alte Lasten (sog. Überaltlast), die hierzu nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis stehen, werden von allen Berufsgenossenschaften gemeinsam getragen.

Für das Ausgleichsjahr 2009 hat das Bundesversicherungsamt im März 2010 die Lastenverteilung berechnet. Insgesamt wurden 289,5 Millionen Euro von elf ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften auf elf ausgleichsberechtigte

Berufsgenossenschaften umverteilt (Ausgleichsjahr 2008: 135 Millionen Euro). Die Ergebnisse sind im einzelnen in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Lastenverteilung 2009	
Berufsgenossenschaft *)	Ausgleichsbeträge**)
Bergbau	136.268.012,64
Steinbruch	10.847.092,77
Gas, Fernwärme und Wasser	- 8.095.000,85
Hütten- und Walzwerk	10.508.248,29
Maschinenbau und Metall	7.071.669,87
Metall Nord Süd	- 32.914.463,04
Elektro Textil Feinmechanik	- 36.268.992,06
Chemie	- 11.107.561,05
Holz	12.457.792,53
Papiermacher	1.164.630,78
Druck und Papier	- 5.285.752,14
Lederindustrie	404.715,75
Nahrungsmittel und Gaststätten	- 2.632.158,81
Fleischerei	1.464.053,94
Zucker	471.122,88
Handel und Warendistribution	- 50.374.295,58
Verwaltung	- 103.289.791,24
Straßen-, U- u. Eisenbahnen	- 2.862.553,69
Fahrzeughaltungen	- 16.641.870,07
See	3.181.150,92
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	- 19.943.922,14
Bauwirtschaft	105.577.870,30

*) Fusionen nach dem 1. Januar 2009 bleiben unberücksichtigt.

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

3.2 Eingaben

	Gesamtzahl der Eingaben
UV	407

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten

Entwicklung bei den Fusionen der gewerblichen Berufsgenossenschaften und ihre Besonderheiten

Der Gesetzgeber hatte die gewerblichen Berufsgenossenschaften mit § 222 Abs. 1 SGB VII in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz-UVMG) zur Reduzierung der Trägerzahl auf 9 Körperschaften bis zum Ende des Jahres 2009 verpflichtet. Durch freiwillige Fusionen wurde die Trägerzahl zum 1. Januar 2010 tatsächlich auf 13 reduziert.

Nach dem Zusammenschluss der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft VBG und der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie (BGGK) am 01. Januar 2009, folgte am 01. Januar 2010 die weitere Fusion mit der BG Bahnen (Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen) zur neuen VBG.

Im Anschluss an die bereits zum 1. Januar 2008 erfolgte Fusion der Berufsgenossenschaft Feinmechanik und Elektrotechnik (BGFE) mit der Textil- und Bekleidungsberufsgenossenschaft (TBBG) zur Berufsgenossenschaft Elektro Textil Feinmechanik (BGETF) erfolgte am 1. April 2009 die Fusion mit der BG

der Gas-, Fernwärme- und Wasserwirtschaft (BGFW) zur Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro (BGETE), auf die am 01. Januar 2010 die Vereinigung mit der Berufsgenossenschaft Druck und Papierverarbeitung (BGDP) zur Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BGETEM) folgte.

Ebenfalls zum 01. Januar 2010 schlossen sich die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie (BG Chemie), der Bergbau-Berufsgenossenschaft (BBG), der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft (StBG), der Papiermacher-Berufsgenossenschaft (PBG), der Lederindustrie-Berufsgenossenschaft (LIBG) und die Zucker-Berufsgenossenschaft (Zucker-BG) zur Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BGRCI) zusammen.

Schließlich vereinigten sich zum 01. Januar 2010 die Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen (BGF) und die See-Berufsgenossenschaft (See-BG) zur Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr).

Das Bundesversicherungsamt hat auch im Berichtszeitraum die Fusionsprozesse beratend und unterstützend begleitet.

Gefahrtarifangelegenheiten

Die gesetzliche Vorgabe des § 222 Abs. 1 Satz 1 SGB VII führt dazu, dass im Berichtsjahr besonders viele Fusionen beschlossen oder angestrebt wurden. Dabei hat das Bundesversicherungsamt die betreffenden Berufsgenossenschaften auch zu gefahrtariflichen Fragen und eine bereits fusionierte Berufsgenossenschaft bei der Aufstellung ihres Gefahrtarifs

intensiv beraten sowie den zur Genehmigung vorgelegten Gefahrarif und die Vereinbarungen zur Gefahrarifgestaltung geprüft und genehmigt.

In dem Fall einer bereits fusionierten Berufsgenossenschaft wurde der erste gemeinsame Gefahrarif ab 1. Januar 2010 beschlossen, nachdem zuvor noch übergangsweise die jeweiligen Gefahrarife der Fusionspartner gültig waren. Die Zusammenführung der Gefahrarife führte zu einer Vereinheitlichung der Berechnungspraxis der Gefahrklassen sowie zu einer strukturellen Überarbeitung und starken Reduzierung der Gefahrarifstellen. Hierzu gehörte unter anderem insgesamt der Verzicht auf eine kaufmännische/verwaltende Tarifstelle, wie bei einem Fusionspartner bereits geschehen. Eine Straffung und damit Vereinfachung der Gefahrarife wird vom Bundesversicherungsamt zwar unter dem Aspekt der Reduzierung des Verwaltungsaufwands sowohl bei den Unternehmen als auch bei der Berufsgenossenschaft grundsätzlich begrüßt. Jedoch wird im Genehmigungsverfahren gebeten, die Unternehmen über die Änderungen umfassend zu informieren und u.a. auf die vorgesehene Aufzählung sämtlicher Gewerbebezüge und deren Zuordnung zu den Tarifstellen im Internet hinzuweisen. Darüber hinaus wird erwartet, dass die Belastungsverhältnisse der neuen Tarifstellen besonders beobachtet und ggf. bei der nächsten Gefahrarifrevision Korrekturen bei der Zusammensetzung vorgenommen werden.

Fusionierende Berufsgenossenschaften, die in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen der Fusionspartner derzeit geltenden Gefahrarife zunächst beibehalten und erst in Zukunft einen

gemeinsamen Gefahrarif aufstellen möchten, wurden auch im Berichtsjahr auf die in § 157 Abs. 5 SGB VII geregelte Höchstlaufzeit von sechs Jahren hingewiesen (vgl. bereits Tätigkeitsbericht 2008, Seite 65). Die Höchstlaufzeit ist auch nach der Fusion, während der gesetzlich geregelten Übergangszeit von höchstens zwölf Jahren (§ 118 Abs. 1 Satz 4 SGB VII) zu beachten, da sie sicherstellen soll, dass ein Gefahrarif die Gefährdungsrisiken der Unternehmen möglichst aktuell wiedergibt. Sofern bis zum Ende der Höchstlaufzeit noch kein gemeinsamer Gefahrarif beschlossen wurde, müssen in den bisherigen Zuständigkeitsbereichen der jeweiligen Fusionspartner neue Gefahrarife beschlossen werden. Dies ist gegebenenfalls in entsprechenden Regelungen der Fusionsvereinbarungen klarstellend zu berücksichtigen.

Dabei gab es nicht nur „einfache“ Fusionen zweier oder mehrerer Träger, sondern Fallkonstellationen, in denen Berufsgenossenschaften nach einer bereits abgeschlossenen Fusion zu einem späteren Zeitpunkt mit einer weiteren Berufsgenossenschaft fusionierten. Die Berufsgenossenschaften mussten auch in diesen Fällen besondere Regelungen in die Vereinbarung nach § 118 Absatz 1 Satz 3 und 4 Sozialgesetzbuch VII über die Gefahrarif- und Beitragsgestaltung aufnehmen, da die Gefahrarife im bisherigen Zuständigkeitsbereich einer Berufsgenossenschaft nach § 118 Absatz 4 Satz 1 SGB VII zwar zunächst weitergelten können, diese andererseits aber nach § 118 Absatz 1 Satz 4 SGB VII längstens bis zum Ablauf der Übergangszeit von zwölf Jahren eigenständig weitergeführt werden dürfen. Dies bedeutete in einem Fall, dass unter

Berücksichtigung der o.g. Höchstlaufzeiten für die Gefahrtarife in den jeweiligen bisherigen Zuständigkeitsbereichen mehrere Termine festgeschrieben werden mussten, zu denen die Vertreterversammlung der fusionierten Berufsgenossenschaft weitere Gefahrtarife im jeweiligen bisherigen Zuständigkeitsbereich zu beschließen haben wird, sofern bis dahin kein gemeinsamer Gefahrtarif der fusionierten Berufsgenossenschaft beschlossen wurde. Der letzte hierfür vorgesehene Termin reichte in diesem Fall bis ins Jahr 2021.

Ferner muss in einer Fusionsvereinbarung klargestellt werden, dass der Gefahrtarif der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf, wenn, wie in einem Fall beabsichtigt, die grundsätzlich zulässige Vereinbarung getroffen werden soll, die Gefahrtarifstelle für den „kaufmännischen und verwaltenden Teil“ beizubehalten.

In allen Fällen von Fusionen wurde jedoch, trotz der o.g. Möglichkeiten der gesonderten gefahrtariflichen Regelungen, deutlich gemacht, dass die gesetzlich geregelte Übergangszeit für eine Angleichung der Verhältnisse in den bisherigen Zuständigkeitsbereichen genutzt werden muss.

Aufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.

Mit Schreiben vom 16. September 2009 hat das BMAS von der Möglichkeit nach § 87 Abs. 3 Satz 2 SGB IV Gebrauch gemacht, dem Bundesversicherungsamt mit Wirkung ab 1. November 2009 die Rechtsaufsicht über die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) e.V. zu übertragen, soweit der Verband Aufgaben

nach folgenden Vorschriften des SGB VII wahrnimmt:

- § 31 Abs. 2 Satz 2: Gemeinsame Richtlinien für seine Mitglieder zu Hilfsmitteln;
- § 32 Abs. 4: Gemeinsame Richtlinien für seine Mitglieder zur häuslichen Krankenpflege;
- § 34 Abs. 3 Satz 1: Abschluss von Verträgen über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte und Zahnärzte sowie die Abrechnung mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit Wirkung für seine Mitglieder;
- § 40 Abs. 5: Gemeinsame Richtlinien für seine Mitglieder zur Kraftfahrzeughilfe;
- § 41 Abs. 4: Gemeinsame Richtlinien für seine Mitglieder zur Wohnungshilfe;
- § 43 Abs. 5: Gemeinsame Richtlinien für seine Mitglieder zu Reisekosten.

Nachdem das Bundesversicherungsamt Kontakt mit der DGUV aufgenommen und bereits einige Informationen zu den Aufsichtsthemen erhalten hatte, wurde ein Auftaktgespräch vereinbart, das am 11. Januar 2010 stattgefunden hat.

In dem Auftaktgespräch wurden u.a. die wesentlichen Grundlagen zur Ausgestaltung der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes über die DGUV abgestimmt, Erläuterungen zu geplanten Änderungen, u.a. der Richtlinie zu Hilfsmitteln gegeben sowie vereinbart, dass die DGUV in regelmäßigen Abständen zu den Aufsichtsthemen berichtet.

Das Bundesversicherungsamt hat mit dieser Aufsicht über die DGUV eine neue Aufgabe übernommen, bei der es gilt, zunächst Erfahrungen zu sammeln. Nach dem gelungenen Auftakt ist das Bundesversicherungsamt überzeugt,

gemeinsam mit der DGUV konstruktive und ergebnisorientierte Verfahrensweisen zur Umsetzung der gesetzlichen Zielvorstellungen zu entwickeln.

Mustersatzung der DGUV

Im Berichtszeitraum hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) eine neue Mustersatzung zur Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt vorgelegt. Die Mustersatzung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Sie erleichtert den Unfallversicherungsträgern zum einen die Arbeit bei der Erarbeitung einer genehmigungspflichtigen Satzung oder eines Satzungsnachtrages. Zum anderen hilft sie als Richtschnur dem Bundesversicherungsamt bei der Genehmigung von Satzungen oder Satzungsnachträgen einzelner Unfallversicherungsträger.

Die zur Abstimmung vorgelegte Mustersatzung wies im Vergleich zu den bisher vorgelegten Mustersatzungen die Besonderheit auf, dass sie sowohl die gewerblichen Unfallversicherungsträger als auch die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand einbezieht. Daneben wurden in der Mustersatzung nicht nur die Unfallversicherungsträger berücksichtigt, die der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterliegen (bundesunmittelbare Unfallversicherungsträger), sondern auch die Unfallversicherungsträger der Länder und Kommunen. Auch wenn sich die Prüfung seitens des Bundesversicherungsamtes auf die Vorschriften beschränkt hat, die die bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger betreffen, war sie dennoch mit einem erheblichen Prüfaufwand verbunden, da die Zusammenfassung der bisherigen Mustersatzungen zu einer kompletten Überarbeitung der Mustersatzung geführt hat.

Im Ergebnis wird die Mustersatzung nach ihrer endgültigen Abstimmung die Arbeit bei den Unfallversicherungsträgern und dem Bundesversicherungsamt in vielen Fällen nicht nur erleichtern, sondern die Genehmigungsverfahren auch beschleunigen, weil eine Vielzahl von Einzelfragen bereits im Rahmen der Mustersatzung geklärt werden konnten.

3.4 Aufsichtsprüfungen

Fremdrenten

Eine grundsätzlich fehlerhafte Rechtsanwendung bei der Bestimmung des Jahresarbeitsverdienstes bei Fremdrentnern konnte mittels eines elektronischen Suchlaufes aufgedeckt und in der Folge beendet werden. Fremdrentner sind Vertriebene und Flüchtlinge, die einen Versicherungsfall außerhalb des Geltungsbereiches der Unfallversicherung erlitten haben. Sie sind so zu behandeln, als ob sie im Bundesgebiet beschäftigt gewesen wären und den Verdienst eines vergleichbaren inländischen Versicherten erzielt hätten. Bei einer Prüfung ließ sich das Bundesversicherungsamt alle Rentenfälle, in denen der Jahresarbeitsverdienst geringer als 17.982 € war und einige weitere Angaben zu diesen Fällen, vorlegen. Bei der Durchsicht der Fälle fiel auf, dass sich kein einziger Fall von Fremdrentnern in der Liste befand. Dies wäre aber zu erwarten gewesen. Eine genauere Prüfung ergab, dass die Bezirksverwaltung des Trägers den Jahresarbeitsverdienst nach § 82 Abs. 1 und 2 SGB VII in Verbindung mit § 8 FRG und der Anlage 13 und 14 zum SGB VI richtig ermittelt hatte, den ermittelten Betrag nach § 8 Abs. 3 FRG mit dem Faktor 0,5 gekürzt und anschließend den

Betrag auf den Mindestjahresarbeitsverdienst angehoben hatte. Dadurch blieb kein Fall unter dem Mindestjahresarbeitsverdienst und die Kürzung nach § 8 Abs. 3 FRG hatte keine oder nur eingeschränkte Wirkung. Das Bundesversicherungsamt konnte den Träger unter Hinweis auf Gesetzesmaterialien und Rechtsprechung überzeugen, dass dieses Ergebnis vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt war. Die Kürzung nach § 8 Abs. 3 FRG hat als letzte der genannten Berechnungsschritte zu erfolgen. Die Bezirksverwaltung hat zwischenzeitlich ihre Rechtsanwendung durch eine interne Arbeitsanweisung geändert und alle betroffenen Fälle ermittelt. Die Hauptverwaltung ist gebeten worden, in allen Bezirksverwaltungen eine rechtmäßige Rechtsanwendung sicherzustellen. Bei anderen Bezirksverwaltungen dieser Berufsgenossenschaft ist die Problematik jedoch bisher nicht aufgefallen.

Jahresarbeitsverdienst

Die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes ist Grundlage für die Berechnung von Rentenleistungen. Aus diesem Grund führen Beanstandungen der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes oft zu relativ hohen Nachzahlungen. Der Jahresarbeitsverdienst ist der Gesamtbetrag der Arbeitsentgelte und Arbeitseinkommen des Versicherten in den 12 Kalendermonaten vor dem Monat, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist (§ 82 Abs. 1 SGB VII). Nach § 9 Abs. 5 SGB VII ist bei Berufskrankheiten hinsichtlich des Versicherungsfalles auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit, den Beginn der Behandlungsbedürftigkeit oder, wenn es für den Versicherten günstiger ist, den Beginn der rentenberechtigten Minderung

der Erwerbsfähigkeit abzustellen. Dabei wird oft nicht beachtet, dass der jeweils zu vergleichende Jahresarbeitsverdienst nach § 95 Abs. 1 SGB VII angepasst werden muss. In einem Fall führte dies z.B. zu einer Nachzahlung von über 11.000 € und einer höheren laufenden Rente. In einem anderen Fall ist bei einem Arbeitsunfall vom Träger übersehen worden, dass der vom Arbeitgeber mitgeteilte Jahresarbeitsverdienst wesentlich zu hoch war. Aus den beigelegten Gehaltsmitteilungen ergab sich, dass einzelne Monate nachberechnet worden und doppelt in die Berechnung des Bruttoarbeitsentgeltes eingeflossen sind. Die Rente wurde auf die Beanstandung des Bundesversicherungsamtes mit einem 6.800 € niedrigeren Jahresarbeitsverdienst festgestellt.

Kraftfahrzeughilfe

Im Berichtsjahr ist bei mehreren Berufsgenossenschaften schwerpunktmäßig das Thema Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft geprüft worden. Dabei sind mehrere Fragen zur Auslegung der Verordnung über die Kraftfahrzeughilfe aufgetreten, die nach Abstimmung mit anderen Referaten im Bundesversicherungsamt und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales auch einvernehmlich mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung beantwortet werden konnten.

Bei Prüfungen ist aufgefallen, dass verschiedene Träger bei der Bewilligung eines Zuschusses zu einem Kraftfahrzeug den Versicherten zum Abschluss einer Vollkaskoversicherung mit einer geringen Selbstbeteiligung verpflichteten. Teilweise ist diese Verpflichtung zeitlich beschränkt

gewesen. Das Bundesversicherungsamt ist der Auffassung, dass eine solche Verpflichtung, die rechtlich als Auflage zu werten ist, nicht zulässig ist. Eine Übernahme der Kosten einer Vollkaskoversicherung kommt ebenfalls grundsätzlich nicht in Betracht. Nur in Fällen von besonderer Härte im Sinne des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung kann eine Übernahme der Kosten in Erwägung gezogen werden. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung hat diese Rechtsauffassung ihren Mitgliedern mit Rundschreiben vom 10. August 2009 bekannt gegeben.

Eine weitere Frage stellte sich bei der Berechnung des Zuschusses. Die Träger vertraten mehrheitlich ebenso wie die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung die Auffassung, dass der Wert des Altwagens des Versicherten bei einer Erstförderung nicht angerechnet werden kann. Außerdem sollte im Falle einer Ersatzbeschaffung nur der Zuschuss - nach Jahren gestaffelt - angerechnet werden. Nach fünf Jahren ist nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes überhaupt keine Anrechnung mehr vorzunehmen. Das Bundesversicherungsamt konnte alle Beteiligten überzeugen, dass der Wert des Altwagens in allen genannten Fällen ohne Einschränkung anzurechnen ist (siehe Rundschreiben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung vom 30. November 2009).

In diesem Zusammenhang hat das Bundesversicherungsamt wiederholt darauf hingewiesen, dass die Höhe des Zuschusses für den Versicherten nachvollziehbar sein muss und daher empfohlen, das Berechnungsblatt über die

Höhe des Zuschusses dem Bescheid über die Bewilligung beizufügen.

Online-Prüfung

Das Bundesversicherungsamt führte im Berichtsjahr seine erste Online-Prüfung bei einem Träger durch. Es nutzte damit die technischen Möglichkeiten einer elektronischen Aktenbearbeitung und trug der fortschreitenden technischen Entwicklung bei den Trägern Rechnung. Im Vorfeld der Prüfung stand die Schaffung der technischen Voraussetzungen für diese Prüfung. Mittels eines VPN-Kanals über das Internet erhielt das Bundesversicherungsamt einen lesenden Zugriff auf ausgewählte Akten des Trägers und konnte diese in der Dienststelle prüfen. Die elektronischen Sortiermöglichkeiten und die Übersichten der eingescannten Dokumente gaben einen guten Überblick über die Akte. Das Öffnen der Dokumente erfolgte reibungslos. Ein Vorteil der Online-Prüfung war, dass die Akten von der Sachbearbeitung der Berufsgenossenschaft weiter bearbeitet werden konnten. Rücksendungen während der Prüfung waren daher nicht erforderlich. Das neue Verfahren wurde auch von Seiten der Berufsgenossenschaft begrüßt, vor allem weil das Kopieren und Versenden der Akten entfiel. Aufgrund der positiven Resonanz beabsichtigt das Bundesversicherungsamt, in Zukunft weitere Online-Prüfungen durchzuführen.

Programmierfehler

Im Berichtsjahr sind im Rahmen der Prüfungen des Bundesversicherungsamtes etliche Programmierfehler bei der Berechnung von Leistungen aufgefallen.

Das Bundesversicherungsamt stellte beispielweise fest, dass ein Verzinsungsprogramm jeden Monatsbetrag im Verzinsungszeitraum auf volle Eurobeträge abrundete und erst danach addierte und verzinst. Nach § 187 Abs. 1 Satz 2 SGB VII werden Geldbeträge jedoch grundsätzlich auf zwei Dezimalstellen berechnet. Erst der durch Addition der Monatsbeträge errechnete zu verzinsende Gesamtbetrag ist nach § 44 Abs. 3 SGB I auf volle Eurobeträge abzurunden.

Ein weiterer grundsätzlicher Fehler wurde in den Fällen der Verzinsung von Renten für anteilige Monate festgestellt. Begann eine Rente z.B. am 20. März wurde der für diesen Monat zu zahlende Betrag bereits ab dem übernächsten Monat (Mai) verzinst. Richtigerweise beginnt die Verzinsung in diesen Fällen erst nach Ablauf eines Kalendermonats nach Eintritt der Fälligkeit der Leistung. Die anteilige Rente für März war am 30. April fällig (§ 96 Abs. 1 SGB VII) und wäre daher erst ab Juni zu verzinsen gewesen.

Bei der Prüfung von Bescheiden über die Anerkennung einer Berufskrankheit wurde ein weiterer Programmierfehler festgestellt. Das Programm setzte das gespeicherte Datum des letzten Tages der gefährdenden Tätigkeit an einer anderen Stelle des Bescheides unverändert ein, an der, vom ersten Tag, an dem keine gefährdende Tätigkeit mehr verrichtet wurde, die Rede war. Da diese Daten grundsätzlich nicht gleich sein können war der Text des Bescheides in allen Fällen fehlerhaft.

In anderen Fällen wurde den Versicherten in den Bescheiden über die Bewilligung ihres Pflegegeldes mitgeteilt, dass für die Dauer ihrer stationären Behandlung kein

Pflegegeld gezahlt werde. Dies geschah auch in den Fällen, in denen das Pflegegeld aufgrund der kurzen Dauer (maximal zwei Kalendermonate) des stationären Aufenthaltes ohne Unterbrechung ordnungsgemäß gezahlt worden ist. Der Träger ist aufgefordert worden, den beanstandeten Satz in den genannten Fällen ersatzlos zu streichen.

Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit

Vielfach mussten die Träger auf den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit hingewiesen werden. Nach § 69 SGB IV hat der Versicherungsträger sicherzustellen, dass er die ihm obliegenden Aufgaben unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfüllt. Bei Rentenentziehungen mit Wirkung für die Zukunft ist daher auf eine besonders zügige Bearbeitung zu achten. Dies ist in zahlreichen Fällen von den Trägern nicht ausreichend beachtet worden, so ist z.B. bei Entscheidungsreife nicht die nächste, sondern erst die übernächste Rentenausschusssitzung für die Entscheidung über die Rentenentziehung genutzt worden. Dadurch musste für einen weiteren Monat Rente gewährt werden. Außerdem wurden Erstattungsforderungen von Krankenkassen erfüllt, obwohl diese Forderungen bereits beglichen waren oder die Erstattungsforderung zu Unrecht erfolgte, weil eine unfallunabhängige Erkrankung vorlag.

4. RENTENVERSICHERUNG

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 2009 beliefen sich die Bundeszahlungen, die durch das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet werden, auf insgesamt rund 79,5 Milliarden Euro (2008: 78,8 Milliarden Euro; 2007: rund 78,7 Milliarden Euro).

Die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung betragen im Jahr 2009 mehr als 57 Milliarden Euro; das sind 900 Millionen Euro mehr als im Jahr 2008. Die Bundeszuschüsse machen damit 24,0 Prozent der Gesamteinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung aus (2008: 23,9 Prozent; 2007: 24,4 Prozent). Darüber hinaus zahlt der Bund für Zeiten der Kindererziehung Beiträge an die allgemeine Rentenversicherung, die 2009 wie in den beiden Vorjahren rund 11,5 Milliarden Euro ausmachten. Der Bund hat mit seinen Zuschüssen und mit seiner Beitragszahlung für Kindererziehungszeiten 28,8 Prozent der Gesamtausgaben der allgemeinen Rentenversicherung finanziert (2008: 29,2 Prozent; 2007: 29,6 Prozent). Bezogen auf die Ausgaben für Rentenleistungen lag der Anteil dieser Bundeszahlungen bei rund 33,1 Prozent (2008: 33,4 Prozent; 2007: 33,6 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; 2009 betragen sie rund 4,8 Milliarden Euro (2008: 4,8 Milliarden Euro; 2007: 4,9 Milliarden Euro). Ein Teil der Zahlungen nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2009: 2,4 Milliarden Euro).

Auf die Bundeszahlungen hat das Bundesversicherungsamt im Kalenderjahr 2009 Vorschüsse an die allgemeine Rentenversicherung in Höhe von insgesamt 73,5 Milliarden Euro oder monatlich rund sechs Milliarden Euro festgelegt und ausgezahlt (2008: 72,7 Milliarden Euro; 2007: 72,4 Milliarden 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 2009 auf rund 6,0 Milliarden Euro (2008: 6,1 Milliarden Euro; 2007: 6,3 Milliarden Euro).

Das Bundesversicherungsamt führt nach der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung insbesondere die Abrechnung diverser Bundeszahlungen an die Rentenversicherung durch. Im Jahr 2009 erfolgte die Abrechnung für das Jahr 2008. Die Summe aller Bundeszahlungen an die allgemeine Rentenversicherung für das Jahr 2008 betrug rund 72,7 Milliarden Euro (2007: 72,3 Milliarden Euro; 2006: 71,2 Milliarden Euro).

Allgemeine Rentenversicherung		
(in Millionen Euro)	2009 (vorläufig)	2008
Einnahmen; hiervon:	241.067	237.425
Beitragseinnahmen	180.644	179.089
Bundeszuschüsse	57.333	56.430
Zahlungen von der KnRV	271	283
Sonstige Einnahmen	2.819	1.623
Ausgaben; hiervon:	240.878	233.652
Rentenleistungen	207.658	203.162
KV der Rentner	14.311	14.013
Zahlungen an die KnRV	7.898	7.531
Leistungen zur Teilhabe	5.207	4.826
Verwaltungskosten	3.490	3.461
Sonstige Ausgaben	2.314	657
Rechnungsergebnis	189	3.775
Nachhaltigkeitsrücklage	16.131 (= 0,97 MA)*	16.300 (= 1,01 MA)*
nachrichtlich: Erstattungen des Bundes	4.805	4.826

*) MA = Monatsausgabe

Knappschaftliche Rentenversicherung		
(in Millionen Euro)	2009 (vorläufig)	2008 (endgültig)
Einnahmen; hiervon:	14.892	14.608
Beitragseinnahmen	923	939
Zahlungen von der allg. RV	7.898	7.531
Defizitdeckung Bund	6.029	6.088
Sonstige Einnahmen	42	50
Ausgaben; hiervon:	14.892	14.608
Rentenleistungen	13.611	13.431
KV der Rentner	963	863
Leistungen zur Teilhabe	132	126
Verwaltungskosten	106	114
Sonstige Ausgaben	80	74

4.2 Eingaben

	Gesamtzahl der Eingaben
RV	1168

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

4.3 Einzelfälle

Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze

Bezug von Lohnersatzleistungen

Schwer nachvollziehbar ist es für Rentner, dass als Hinzuverdienst zu ihrer Rente wegen Erwerbsminderung anstelle des tatsächlich gezahlten Arbeitslosengeldes das dieser Sozialleistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt (Bemessungsentgelt) berücksichtigt wird. So wurde zum Beispiel die Rente einer Rentnerin gemindert, weil das Bemessungsentgelt des von ihr bezogenen Arbeitslosengeldes die Hinzuverdienstgrenze überstieg. Das zuvor bezogene Arbeitsentgelt lag dagegen wegen der Möglichkeit des zweimaligen Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze unterhalb dieser Grenze.

Grundsätzlich entspricht die Berücksichtigung des Bemessungsentgelts den gesetzlichen Vorgaben des § 96a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 in Verbindung mit § 96a Abs. 3 Satz 3 SGB VI. Damit soll sichergestellt werden, dass ein Versicherter, dessen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wegen Hinzuverdienstes zu kürzen ist, nicht besser gestellt wird, wenn an die Stelle des Arbeitsentgeltes oder Arbeitseinkommens eine Lohnersatzleistung tritt.

Das Bundessozialgericht hat allerdings mit Urteil vom 20. November 2003 (Az.: B 13 RJ 43/02 R) zugunsten eines betroffenen

Rentners entschieden. In diesem konkreten Fall ist es zu einer Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze gekommen, weil das Weihnachts- und Urlaubsgeld anteilig in das Bemessungsentgelt eingeflossen waren. Bei dem zuvor bezogenen Arbeitsentgelt blieben diese Einmalzahlungen dagegen wegen der Möglichkeit des zweimaligen Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze außer Betracht.

Gemäß § 96a Abs. 3 SGB VI steht der Sozialleistungsbezug dem Arbeitsentgelt gleich, soll also weder zu einer Besser- noch zu einer Schlechterstellung gegenüber dem zuvor bezogenen Arbeitsentgelt führen. Eine Möglichkeit zum zweimaligen Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze sieht § 96a Abs. 3 SGB VI nicht vor, weil das Bemessungsentgelt nicht schwankt, sondern der Sozialleistung konstant zugrunde liegt.

Darin liegt nach Ansicht des Bundessozialgerichts eine Schlechterstellung des Sozialleistungsbeziehers, die schon ausweislich des Wortlauts von § 96a Abs. 3 Satz 1 SGB VI („stehen ... gleich“) nicht beabsichtigt sei. Es entschied daher, dass das als Hinzuverdienst anzurechnende Bemessungsentgelt im Lichte der Grundregel des § 96a Abs. 1 Satz 2 SGB VI auf den Höchstbetrag des im Falle der Erzielung von Arbeitsentgelt anrechenbaren Hinzuverdienstes zu begrenzen ist. Gemeint sein dürfte damit, dass nicht alle kurzfristig erhöhten Arbeitsentgelte, sondern nur die beiden nach dem Vormonatsprinzip rentenunschädlichen aus dem Bemessungsentgelt herauszurechnen sind.

Im Fall der Petentin ging aus der von der Agentur für Arbeit übersandten Einzelaufstellung hervor, dass das erhöhte Be-

messungsentgelt durch zwei Einmalzahlungen entstanden war. Nach deren Abzug wurde die Hinzuverdienstgrenze eingehalten. Die Rente der Petentin durfte nicht gemindert werden.

Besondere Gehaltsabrechnungsverfahren

Die Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze war im Fall eines Petenten nachweislich nur dadurch zustande gekommen, dass in den beiden Monaten November und Dezember vom Arbeitgeber aus Vereinfachungsgründen pauschal auch Arbeitsstunden abgegolten wurden, die bereits in den Monaten September und Oktober 2007 geleistet worden waren. Nach Auffassung des Rentenversicherungsträgers war daher in den Monaten November und Dezember die Hinzuverdienstgrenze überschritten. Er hielt die vereinfachte Abrechnung des Arbeitsentgelts für nicht relevant, weil ansonsten die Beschäftigung bereits für den Monat September 2007 hätte angemeldet und vom Arbeitgeber hierfür entsprechende Beiträge hätten entrichtet werden müssen.

Diese Argumentation überzeugte das Bundesversicherungsamt nicht, weil so ein Fehlverhalten des Arbeitgebers generell zu Lasten des Rentners ginge. Hiervon abgesehen geht der Rentenversicherungsträger üblicherweise zutreffend davon aus, dass das Arbeitsentgelt nicht dem Zahlungsmonat, sondern dem Monat der Arbeitsleistung zuzuordnen ist, falls einem Versicherten Überstunden in einem späteren Monat vergütet werden. Das Bundesversicherungsamt konnte den Rentenversicherungsträger davon überzeugen, dass die im Falle des Petenten vorliegende Konstellation damit vergleich-

bar ist und die Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten worden ist.

Persönliches Budget: Rechtsfragen und praktische Umsetzung

Um behinderten Menschen mehr Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, enthält das SGB IX bereits seit seinem Inkrafttreten ein neues Instrument der Leistungserbringung. Nach § 17 Abs. 2 SGB IX können Leistungen zur Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden. Die Antragsteller erhalten einen bestimmten Geldbetrag und beschaffen sich die Leistungen zur Teilhabe selbst. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat es sich in Zusammenarbeit mit dem Beauftragten für die Belange behinderter Menschen zum Ziel gesetzt, diese Form der Leistungserbringung, die bereits in anderen Ländern erfolgreich praktiziert wird, auch in Deutschland verstärkt zu etablieren.

Nach Abschluss aller Modellprojekte, in denen diese Leistungsform getestet wurde, besteht ab dem 1. Januar 2008 gemäß § 159 Abs. 5 SGB IX ein Rechtsanspruch auf die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets. Aufgrund dessen haben sich die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und das Bundesversicherungsamt verstärkt mit der Auslegung von Rechtsfragen und der praktischen Umsetzung der Leistungsform Persönliches Budget befasst.

Insbesondere ging es dabei um die Frage, ob alle Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX, so wie es der § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX vorsieht, budgetfähig sind. Nach

§ 9 Abs. 2 SGB IX können nämlich nur solche Sachleistungen zur Teilhabe als Geldleistungen erbracht werden, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind. Daher vertrat die Mehrheit der Rentenversicherungsträger die Auffassung, dass alle Leistungen, die in Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden, nicht in Form des Persönlichen Budgets erbracht werden können. Das Bundesversicherungsamt kam dagegen zu dem Ergebnis, dass sich der Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget auch auf Leistungen zur Teilhabe erstreckt, die in Einrichtungen ausgeführt werden. § 9 Abs. 2 SGB IX regelt im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts die Möglichkeit des Ausweichens aus dem Sachleistungssystem. Bei dem Persönlichen Budget handelt es sich um eine besondere Form der Leistungserbringung, die neben Sach- und Geldleistung steht. Sie wird daher nach der Auffassung des Bundesversicherungsamtes von der Regelung in § 9 Abs. 2 SGB IX nicht erfasst. Im Übrigen bietet der Abschluss von Zielvereinbarungen die Möglichkeit, komplexe Sachverhalte und Bedarfslagen zu regeln und so auch den besonderen Bedingungen der Leistungserbringung in und durch Einrichtungen gerecht zu werden.

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtszeitraum die praktische Umsetzung des neuen Leistungsinstrumentes bei den Rentenversicherungsträgern aufsichtsrechtlich begleitet und die entsprechenden Trägerakten geprüft. Rechtsverstöße wurden dabei nicht festgestellt.

Anerkennung von Beitragszeiten für ehemalige DDR-Bürger

Das Bundesversicherungsamt hat verschiedene grundsätzliche Fragestellungen zur Anerkennung von Beitragszeiten für ehemalige DDR-Bürger geprüft. Denn den Beitragszeiten nach Bundesrecht stehen gemäß § 248 Abs. 3 Satz 1 SGB VI Zeiten nach dem 8. Mai 1945 gleich, für die Beiträge zu einem System der gesetzlichen Rentenversicherung nach vor dem Inkrafttreten von Bundesrecht geltenden Rechtsvorschriften gezahlt wurden.

Beitragszeiten für Spitzensportler der ehemaligen DDR bei Regelstudienzeitverlängerung

Studierende Spitzensportler der ehemaligen DDR überschritten oftmals aufgrund der mit dem Training und den Wettkampfteilnahmen verbundenen zeitlichen Inanspruchnahme die für das jeweilige Studium maßgebliche Regelstudiendauer. Sie erhielten dann eine Ausgleichszahlung in Form eines Pauschalbetrages in Höhe der Differenz zwischen ihrem Stipendium und den durchschnittlichen Absolventengehältern, die mit dem Ausbildungsabschluss endete.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes ist es nicht möglich, diese Ausgleichszahlungen rentenrechtlich als gleichgestellte Beitragszeiten nach § 248 Abs. 3 Satz 1 SGB VI zu berücksichtigen. Grund hierfür ist, dass für die geleisteten Ausgleichszahlungen keine Beiträge zur Sozialpflichtversicherung der DDR entrichtet wurden. Die Sozialpflichtbeiträge wurden lediglich fiktiv in Abzug gebracht, um den Nettoverdienst zu ermitteln, den die Versicherten nach Beendigung der Regelstudienzeit bei

bestandener Prüfung erhalten hätten. Bei den Ausgleichszahlungen handelte es sich somit nicht um sozialversicherungspflichtige Entgeltzahlungen, sondern um Zahlungen mit Entschädigungscharakter, die den aufgrund der Ausübung des Sports entgangenen Lohn auszugleichen sollten. Die Spitzensportler unterlagen als Studenten weiterhin der sog. pauschalen Studentenversicherung, die jedoch gem. § 248 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB VI ausdrücklich von einer Gleichstellung mit Bundesgebietsbeitragszeiten ausgeschlossen ist. Diese Auffassung des Bundesversicherungsamtes wird vom Träger geteilt.

Entschädigungszahlungen der ehemaligen Staatlichen Versicherung der DDR

Zeiten, für die Entschädigungszahlungen durch die Staatliche Versicherung der ehemaligen DDR erbracht wurden, gelten nicht als nach Bundesrecht gleichgestellte Beitragszeiten im Sinne des § 248 Abs. 3 Satz 1 SGB VI. Diese Entscheidung des Rentenversicherungsträgers ist nicht zu beanstanden.

Mit den Entschädigungszahlungen sollte der durch ein staatliches Organ der DDR verursachte Schaden ausgeglichen werden, wobei sich der Umfang des Schadenersatzes (z.B. Entschädigung für den Verdienstaufschlag aufgrund eines durch ein staatliches Organ der DDR verursachten Unfalls) nach den zivilrechtlichen Vorschriften bestimmte. Die Berechnung der Ausgleichszahlungen für Verdienstaufschlag erfolgte danach auf Nettolohnbasis. Das bedeutet, dass die Beiträge zur Sozialpflichtversicherung und zur Freiwilligen Zusatzrentenversicherung zwar fiktiv in Abzug gebracht, tatsächlich jedoch keine

Beiträge an die Sozialversicherung abgeführt wurden, weil die Entschädigungszahlungen als zivilrechtliche Schadensersatzleistungen weder der Steuer- noch der Sozialversicherungspflicht unterlagen.

Berücksichtigung von Berufsausbildungszeiten in der ehemaligen DDR als Beitragszeiten

Im Jahr 2009 befasste sich das Bundesversicherungsamt mit mehreren Eingaben, die Berufsausbildungszeiten in der ehemaligen DDR betrafen. Ziel der Eingaben war die Anerkennung dieser Zeiten als Beitragszeiten.

Eine Anerkennung der Berufsausbildung als Beitragszeit kommt nach § 248 Abs. 3 Satz 1 SGB VI nur dann in Betracht, wenn für diese Ausbildung tatsächlich Beiträge zur damaligen Sozialversicherung der DDR gezahlt wurden. Ob dies der Fall war, hing von der Ausgestaltung des Ausbildungsverhältnisses ab. In der DDR gab es die Möglichkeit, gleichzeitig sowohl eine zum Facharbeiterbrief führende berufliche als auch eine zum Abitur führende schulische Ausbildung zu absolvieren. Diese jeweils vollwertigen Ausbildungsabschlüsse konnten in zwei Ausbildungsformen erworben werden.

Bei der ersten Alternative „Berufsausbildung mit Abitur“ (Ordentliche Lehrausbildung mit Abitur) wurden die Jugendlichen in ein reguläres, sozialversicherungspflichtiges Lehrverhältnis übernommen, um einen Facharbeiterberuf zu erlernen. Gleichzeitig wurden sie im Rahmen der um ein Jahr verlängerten Lehrausbildung zum Abitur geführt. In diesen Fällen sind stets

Beitragszeiten gemäß § 248 Abs. 3 Satz 1 SGB VI anzuerkennen.

Bei der zweiten Alternative „Abitur mit Berufsausbildung“ (Oberschüler während der Berufsausbildung) traten die Schüler der Erweiterten Oberschule (EOS) gleichzeitig in ein Lehrverhältnis ein und erwarben während der vierjährigen Schulzeit neben dem Abitur ein Facharbeiterzeugnis. Oberschüler der DDR unterlagen in ihrer Berufsausbildung nicht der Sozialversicherungspflicht. Eine Anerkennung der im Rahmen dieser Ausbildungsform zurückgelegten Berufsausbildungszeiten als Beitragszeiten ist weder nach § 248 Abs. 3 Satz 1 noch nach § 247 Abs. 2a SGB VI möglich.

Rückforderung einer rechtswidrig gewährten Leistung für Kindererziehung

Eine 1920 geborene Petentin hatte über viele Jahre vier Stiefkinder erzogen und wurde von ihnen deshalb wie selbstverständlich als Mutter angesehen. Sie hatte im Antragsformular auf Bewilligung einer Leistung für Kindererziehung bei den Angaben zu den von ihr lebend geborenen Kindern die Namen ihrer Stiefkinder angegeben, da ihr nach ihrem Verständnis und dem der Kinder diese Leistung zustand. Obwohl die nachträglich vorgelegten Geburtsurkunden der Kinder aufgrund der Namensunterschiede bei der Angabe der Mutter vermuten ließen, dass es sich bei der Antragstellerin nicht um die leibliche Mutter handelt, erkannte der Rentenversicherungsträger Kindererziehungsleistungen an. Nach § 294 SGB VI stehen diese Leistungen aber nur vor Januar 1921 geborenen leiblichen Müttern zu. Adoptiv-, Stief- und Pflegemütter sind dagegen nicht anspruchsberechtigt. Bei

einer späteren Bearbeitung des Vorgangs erkannte der Rentenversicherungsträger den Fehler, hob daher den rechtswidrigen Bewilligungsbescheid gemäß § 45 SGB VI auf und forderte die entstandene Überzahlung von 6.182 € zurück. Da diese Entscheidung unzutreffend erschien, bat das Bundesversicherungsamt den Rentenversicherungsträger um Überprüfung. Aufgrund seines Mitverschuldens und des hohen Lebensalters der Petentin änderte dieser seine Ermessensentscheidung und reduzierte seine ursprüngliche Rückforderung um zwei Drittel.

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

Seit der Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung 2005 nimmt die Deutsche Rentenversicherung Bund neben ihrer Aufgabe als Rentenversicherungsträger zusätzlich die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben für alle Träger der Rentenversicherung wahr (§ 138 SGB VI). Sie hat insoweit insbesondere die Befugnis, für alle Rentenversicherungsträger verbindliche Entscheidungen zu treffen. Vorbereitet werden diese verbindlichen Entscheidungen durch die bei der Deutschen Rentenversicherung Bund eingerichteten Fachausschüsse (für Rente und Versicherung, für Rehabilitation, für Organisation und für Finanzen), in denen alle Träger der Rentenversicherung vertreten sind, und ihnen zugeordnete Arbeitsgruppen.

Das Bundesversicherungsamt hat die von der Deutschen Rentenversicherung Bund

im Berichtsjahr getroffenen verbindlichen Entscheidungen auf ihre Rechtmäßigkeit hin geprüft. In engem Kontakt mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales konnten auftretende Fragen umgehend geklärt werden.

Die sonstigen in den Fachausschüssen und Arbeitsgruppen diskutierten Themen wertete das Bundesversicherungsamt für seine Aufsichtstätigkeit aus und prüfte, ob ebenfalls eine verbindliche Entscheidung getroffen werden sollte. Denn nur durch eine verbindliche Entscheidung ist gewährleistet, dass alle Rentenversicherungsträger einheitlich verfahren und somit alle Versicherten und Rentner im Bundesgebiet gleich behandelt werden.

Werden im Rahmen der Grundsatz- oder Eingabenbearbeitung Problematiken bekannt, die eine einheitliche Meinungsbildung der Rentenversicherungsträger erfordern, berät das Bundesversicherungsamt in diesem Sinne. Dies war zum Beispiel zu folgender Thematik der Fall:

Verpflegungskostenzuschüsse für Pendler als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Versicherte, die an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer Bildungseinrichtung teilnehmen und dort kein unentgeltliches Mittagessen erhalten, haben nach § 53 Abs. 1 SGB IX in Verbindung mit den Reisekostengrundsätzen in der Fassung vom 29. August 2005 Anspruch auf einen Verpflegungskostenzuschuss. Voraussetzung ist, dass die tägliche unvermeidbare Abwesenheit des Versicherten vom Wohnort mindestens acht Stunden beträgt.

Bei der Bearbeitung von Eingaben fiel auf, dass die Rentenversicherungsträger hinsichtlich der Ermittlung der unvermeidbaren Abwesenheit von acht Stunden unterschiedlich verfahren. So erhielt eine Versicherte einen Verpflegungskostenzuschuss, während eine bei einem anderen Träger Versicherte, die an der gleichen Bildungsmaßnahme teilnahm, unter den gleichen Voraussetzungen keinen Verpflegungskostenzuschuss bekam. Ursächlich hierfür war, dass einige Rentenversicherungsträger bei der Prüfung der täglichen unvermeidbaren Abwesenheit vom Wohnort aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung von einer pauschalen Fahrzeit von jeweils einer Stunde ausgingen.

Da es an einer eindeutigen Regelung zur Ermittlung der täglichen unvermeidbaren Abwesenheit vom Wohnort fehlte, lag nach beiden Handlungsweisen kein Verstoß gegen geltendes Recht vor. In derartigen Fällen hat die Deutsche Rentenversicherung Bund eine zentrale Steuerungsfunktion. Zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung hat das Bundesversicherungsamt daher die Deutsche Rentenversicherung Bund aufgefordert, gemäß § 138 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI für eine Klärung dieser grundsätzlichen Rechtsfrage bei der Bewilligung von Verpflegungskostenzuschüssen Sorge zu tragen.

Letztendlich einigten sich die Rentenversicherungsträger bei der Feststellung der täglichen unvermeidbaren Abwesenheit von acht Stunden nunmehr einheitlich zu verfahren. Für Pendler, die an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer Bildungseinrichtung teilnehmen, die kein unentgeltliches Mittagessen anbietet, werden bei der Feststellung des Anspruchs

auf Verpflegungskostenzuschuss dem Grunde nach, die tatsächlichen Verhältnisse des Einzelfalles zugrunde gelegt, die einmalig zu Beginn der Leistung festzustellen sind (Verbindliche Entscheidung der DRV Bund, veröffentlicht in RV-aktuell Mai/Juni 2009).

4.5 Aufsichtsprüfungen

Altersrenten

Im Tätigkeitsbericht 2008 wurde bereits ausführlich über die Prüfung von Altersrenten berichtet. Einige Ergebnisse sind noch nachzuliefern:

Die Neufeststellungsverfahren für vor Dezember 1944 geborene Frauen, die nicht auf die für sie günstigere Altersrente für Frauen hingewiesen worden waren, sind mittlerweile weitestgehend abgeschlossen. Insgesamt belaufen sich die nachzuzahlenden Rentenanteile allein bei den bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern auf ca. 14,5 Millionen € zzgl. der monatlichen Zahlungserhöhungen. Da von der Problematik auch die Regionalträger betroffen waren, informierte das Bundesversicherungsamt die Landesaufsichtsbehörden. Die im Berichtsjahr begonnenen dortigen Überprüfungen führten ebenfalls zu Neufeststellungen und beachtlichen Nachzahlungen. Dies lässt den Schluss zu, dass auch die Beratung durch die Regionalträger unzureichend war.

Für die zweite Fallgruppe - Frauen, die Beiträge anlässlich einer Heiratserrstattung nachgezahlt hatten - liegen die Ergebnisse inzwischen ebenfalls vor. Der Beratungsmangel wurde in den betroffenen Fällen rückwirkend im Rahmen eines sozial-

rechtlichen Herstellungsanspruches durch Neufeststellung korrigiert. Insgesamt betrug die Nachzahlungssumme ca. 1,25 Millionen €, wobei in Einzelfällen Beträge von bis zu 38.000 € nachzuzahlen waren.

In beiden Fallgruppen profitieren allerdings nicht alle der betroffenen Rentnerinnen uneingeschränkt von der Neufeststellung. Da die Ausschlussfrist des § 44 Abs. 4 SGB X zu beachten ist, kann die höhere Rente nur für vier Jahre rückwirkend gezahlt werden.

Zu einer weiteren Bestandsbereinigung liegen mittlerweile ebenfalls Ergebnisse vor. Das Bundesversicherungsamt hatte beanstandet, dass bei Altersrenten, die im Anschluss an Erwerbsminderungsrenten gezahlt wurden, vielfach Beitragszeiten nicht berücksichtigt wurden. Die Träger haben die betroffenen Vorgänge inzwischen überprüft.

Ebenfalls bei der Prüfung der Altersrenten aufgedeckt und zwischenzeitlich bereinigt wurde ein weiteres Problem. Liegt der Berechnung einer Rente auch eine Zurechnungszeit zugrunde, wird die Rentenbezugszeit bei einer späteren Rente ohne weitergehende Ermittlung generell als Anrechnungszeit berücksichtigt. Der maschinelle Kontenaustausch zwischen den der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Rentenversicherungsträgern hatte hinsichtlich von Anrechnungszeiten nach § 58 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI über einen längeren Zeitraum nicht funktioniert. Betroffen waren hiervon Erwerbsminderungsrenten, denen eine Altersrente folgte, für deren Bearbeitung eine Sonderzuständigkeit vorlag. Da die Sachbearbeitung den Fehler beim maschinellen Kontenaustausch nicht bemerkte, blieben die Anrechnungszeiten

nach § 58 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI bei der Berechnung der Folgerente unberücksichtigt. Der Rentenversicherungsträger hat inzwischen alle betroffenen Versicherungskonten ermittelt und in mehreren hundert Fällen Neufeststellungen durchgeführt. Dieses Beispiel zeigt einmal mehr, dass trotz fortschreitender Technisierung vollständige Kontenprüfungen durch geschultes Fachpersonal nach wie vor wichtig sind.

Vorzeitiger Verfahrensabschluss und „Benchmarking“ der Rentenversicherungsträger

In einem laufenden Prüfverfahren hat das Bundesversicherungsamt beanstandet, dass ein Versicherungsträger Renten-antragsverfahren häufig vorzeitig – d.h. vor Beendigung der Ermittlungen – abgeschlossen hatte. Wesentlicher Grund für diese Verfahrensweise war, die statistisch erfassten Laufzeiten zu verkürzen. „In Reaktion auf die Anforderungen des Benchmarkings nach § 69 Abs. 5 SGB IV“ war die Sachbearbeitung angewiesen worden, die Sachverhaltsermittlungen zügig durchzuführen. So sollte z.B. nach Ablauf einer taggenauen Erinnerungsfrist die Rente auch ohne die erforderlichen Unterlagen festgestellt und nach deren Eingang ein neuer Bescheid erlassen werden.

Die Feststellung von Renten vor Verfahrensabschluss ist aufgrund der damit verbundenen Mehrfacharbeiten nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes nicht nur unwirtschaftlich, sondern verstößt auch gegen den Amtsermittlungsgrundsatz. Bei der Bearbeitung von Rentenansträgen ist eine „qualitätsbewusste“ Arbeitsweise erforderlich, die gewährleistet, dass Berechtigte ihre

Rente rechtzeitig und in richtiger Höhe erhalten. Die Erörterungen mit dem Rentenversicherungsträger sind noch nicht abgeschlossen. Da aufgrund der bestehenden Wettbewerbssituation alle Rentenversicherungsträger von der Problematik betroffen sein dürften, ist von einem trägerübergreifenden Diskussionsbedarf auszugehen.

Berufsausbildungszeiten

Die Erkenntnisse aus dem Prüfverfahren „Altersrenten“ hat das Bundesversicherungsamt zum Anlass genommen, gezielt Zeiten der Berufsausbildung zu prüfen.

Die Überprüfung der Entgeltaufteilung im letzten Ausbildungsjahr in 200 Kontenübersichten bestätigte, dass in ungefähr jedem zehnten geprüften Fall die bescheinigten Jahresentgelte nicht individuell anhand der Ausbildungsmonate, sondern pauschal aufgeteilt wurden und der Zuschlag für beitragsgeminderte Zeiten zu gering ausfiel. Die fehlerhafte Aufteilung führte in einigen Fällen zu einer niedrigeren Rente. Das Bundesversicherungsamt konnte dem Rentenversicherungsträger die betroffene Fallgruppe aufzeigen.

Bei Durchsicht der Kontenübersichten wurden auch Fälle ermittelt, bei denen Berufsausbildungszeiten nicht gespeichert, aber aufgrund der Verdienste und der Erwerbsbiographie zu vermuten waren. Bei der anschließenden Aktenprüfung bestätigte sich in den entsprechenden Fällen, dass Ausbildungszeiten durch den Antragsteller zwar geltend gemacht worden waren, aber im Versicherungskonto unberücksichtigt blieben. Die Sachbearbeitung hatte es versäumt, diesbezüglich Ermittlungen zu führen und

die Zeiten zu kennzeichnen. Das führte unter anderem dazu, dass Ausbildungszeiten gar nicht oder nicht mit der richtigen Dauer in das Konto übernommen, Ermittlungen nicht zu Ende geführt und Sachverhalte nicht abschließend geklärt wurden. Bedingt durch die zwischenzeitlichen Rechtsänderungen, ist eine Kennzeichnung dieser Zeiten nunmehr erforderlich.

Fälle, in denen die Ausbildung nicht im Versicherungskonto gespeichert wurde, führten zu fehlerhaften Rentenbescheiden mit zum Teil erheblichen Zahlbetragsauswirkungen. Die Speicherung von Zeiten der Berufsausbildung kann ohne weiteres den monatlichen Zahlbetrag um mehr als 40 € erhöhen. Hierbei zeigen sich allerdings die Tücken des komplexen Rentenversicherungsrechts, denn die Berücksichtigung von Berufsausbildungszeiten kann auch eine Verringerung des Rentenzahlbetrages zur Folge haben. Dies ist der Fall, wenn Beitragszeiten mit sogenannten Mindestentgeltpunkten durch geringer bewertete Berufsausbildungszeiten verdrängt werden.

Vorläufige Weitergewährung von Erwerbsminderungsrenten

Unter Abwägung der Interessen aller Beitragszahler und des einzelnen Versicherten ist eine vorläufige Weitergewährung von befristeten Erwerbsminderungsrenten (d.h. ohne abschließende medizinische Sachverhaltswürdigung) nur in engen Grenzen zu tolerieren. Bereits im Jahr 2004 hatte das Bundesversicherungsamt diese Verfahrensweise geprüft und eine zu großzügige Praxis beanstandet. In Nachschau zu dieser Prüfung wurden

erneut Bearbeitungsmängel festgestellt. Das Bundesversicherungsamt hat den Rentenversicherungsträger daher aufgefordert die 2004 getroffenen Vereinbarungen einzuhalten. Hierzu gehört, dass die vorläufige Weitergewährung frühestens im Monat des Endes der Befristung erfolgen darf und auf einen Monat beschränkt sein muss. Zur Beschleunigung des Antragsverfahrens auf Weitergewährung von Erwerbsminderungsrenten wird der Rentenversicherungsträger im Übrigen darauf hinwirken, dass bereits dem Weitergewährungsantrag ein aktueller Befundbericht des behandelnden Arztes beigelegt wird. Entsprechende Formularvordrucke erhalten die Rentner künftig zusammen mit dem sog. „Vorwarnschreiben“, mit dem im fünften Monat vor Ablauf der Befristung auf den zukünftigen Wegfall der Rente hingewiesen und ein frühzeitiger Weitergewährungsantrag empfohlen wird. Ziel bleibt es, die vorläufige Weitergewährung unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten auf ein absolutes Mindestmaß zu reduzieren.

Statusfeststellungsverfahren

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2008 Anträge auf Statusfeststellung gemäß § 7a SGB IV bei der Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund geprüft und sowohl Feststellungen zu den einzelnen Prüffällen als auch solche grundsätzlicher Art getroffen.

Im Berichtsjahr traf das Bundessozialgericht zwei Entscheidungen, die wesentlichen Einfluss auf die künftigen Statusfeststellungen durch die Clearingstelle haben werden. Das Bundessozialgericht ist zum einen der Auffassung, dass die Clearingstelle auch Entscheidungen in den Fällen zu treffen

hat, in denen die zu beurteilende Tätigkeit bei Antragstellung bereits beendet war (Urteil vom 4. Juni 2009 - B 12 KR 31/07 R -). Zum anderen hat es entschieden, dass Statusfeststellungsbescheide der Clearingstelle sich nicht auf die Feststellung beschränken dürfen, ob eine Beschäftigung vorliegt oder nicht. Nach Ansicht des Bundessozialgerichts muss auch eine Aussage dazu getroffen werden, ob die zur Überprüfung gestellte Tätigkeit als Beschäftigung Versicherungspflicht auslöst oder nicht (Urteil vom 4. Juni 2009 - B 12 KR 6/08 R -).

Die Deutsche Rentenversicherung Bund beabsichtigt der Rechtsprechung zu folgen und bereitet eine Umstellung der Verwaltungsabläufe vor. Das Bundesversicherungsamt wird das weitere Vorgehen des Rentenversicherungsträgers im Rahmen der Erörterungen zum Prüfverfahren berücksichtigen.

Prüfung von Leistungen zur Teilhabe - Präventionsleistungen

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr 2009 Akten zu den Themengebieten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung (mit Schwerpunkt Beförderungskosten) bei einem Rentenversicherungsträger geprüft. Zwei Drittel der geprüften Vorgänge entfielen auf den Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Besonderes Augenmerk galt den Themen Zuzahlung, Übergangsgeldberechnung, statistische Erhebungen und medizinische Sachverhaltsermittlung in Rechtsbehelfsverfahren. Die Erörterungen mit dem

Rentenversicherungsträger zu den Prüfergebnissen dauern noch an.

Zu den sog. Präventionsleistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI - medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben - kann bereits berichtet werden.

Bei dem geprüften Rentenversicherungsträger hatten Präventionsleistungen bislang keine praktische Relevanz. Dies ist maßgeblich darauf zurückzuführen, dass die bisherigen § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI näher konkretisierenden Richtlinien und Anwendungsempfehlungen auf Beschäftigungen mit besonderen körperlichen Belastungen abstellten, zum Beispiel Bergleute und Lokführer. Ein weiterer Grund ist darin zu sehen, dass der Rentenversicherungsträger nach Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes und der damit einhergehenden Budgetierung die Bewilligung von Präventionsleistungen zur Ausnahme erklärt hatte.

Bei der Aktenprüfung fiel auf, dass ausdrücklich beantragte Präventionsleistungen weder als solche bewilligt noch abgelehnt wurden. Vielmehr wurden in einigen Fällen bereits – manifeste Erkrankungen voraussetzende – Rehabilitationsmaßnahmen nach § 15 SGB VI gewährt. Der Träger hatte nicht beachtet, dass Anträge auf Präventionsleistungen anhand der Richtlinien und Anwendungsempfehlungen geprüft und beschieden werden müssen. Die Ablehnung einer Präventionsleistung ist unter Angabe der entscheidungserheblichen Ermessensgesichtspunkte zu

begründen. Bei entsprechenden Anhaltspunkten ist im Falle einer Ablehnung der beantragten Rehabilitationsmaßnahme nach § 15 SGB VI zu prüfen, ob nicht zumindest eine Präventionsleistung zu bewilligen ist. Der Rentenversicherungsträger hat zugesagt, sich künftig rechtskonform zu verhalten.

Er hatte sich bereits zuvor in Zusammenhang mit dem in der letzten Legislaturperiode diskutierten, aber letztlich nicht verabschiedeten Präventionsgesetz dafür ausgesprochen, Präventionsleistungen künftig ein größeres praktisches Gewicht beizumessen. In Absprache mit den anderen Rehabilitationsträgern wurden bereits die Richtlinien und Anwendungsempfehlungen inhaltlich erweitert und zum Beispiel besondere psychische Belastungen erfasst. Außerdem hat er darauf hingewirkt, § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI dahingehend zu ändern, dass er auch eine ambulante Leistungserbringung zulässt.

Während es im stationären Bereich an speziellen auf Präventionsleistungen ausgerichteten Konzepten völlig fehlt, wird derzeit in Kooperation mit anderen Rehabilitationsträgern eine ambulante Leistungserbringung im Rahmen eines Modellprojekts „Beschäftigungsfähigkeit teilhabe-orientiert sichern“ erprobt. Das Modellprojekt wird bis Ende 2010 an drei Standorten durchgeführt. Da die Teilnahme eine räumliche Nähe der Versicherten zum Ort der Leistungserbringung voraussetzt, wird allerdings hiervon nur ein extrem geringer Anteil der Versicherten angesprochen. Das Bundesversicherungsamt ist der Auffassung, dass diese Beschränkung - vor dem Hintergrund des bereits seit 1. Januar 2009 auch auf ambulante Maßnahmen erweiterten § 31

Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI - unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung aller Versicherten bedenklich ist. Es wird die zukünftige Bewilligungspraxis bei Präventionsleistungen unter Berücksichtigung des Modellprojektes verfolgen.

4.6 Aufsicht über die Künstler-sozialkasse

Prüfung der Künstlersozialabgabe

Zum 15. Juni 2007 haben die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung im Rahmen der Arbeitgeberprüfung eine neue Aufgabe erhalten. Neben den Verpflichtungen im Hinblick auf den Gesamtsozialversicherungsbeitrag prüfen sie bei den Arbeitgebern seitdem auch die Entrichtung der Künstlersozialabgabe. Ziel dieser Übertragung der Prüfung von der Künstlersozialkasse auf die Rentenversicherungsträger ist es, auch solche Unternehmen zu erfassen und zur Künstlersozialabgabe heranzuziehen, die ihren gesetzlichen Melde- und Abgabepflichten bisher nicht nachgekommen sind. Dadurch soll mehr Beitrags- und Abgabegerechtigkeit erreicht werden.

Die Rentenversicherungsträger führen zunächst eine großangelegte Anschreibeaktion durch. Alle Arbeitgeber, bei denen die Vermutung besteht, dass sie der Künstlersozialabgabepflicht unterliegen, werden aufgefordert, Erhebungsbögen auszufüllen. In Folge dessen konnten sowohl die Rentenversicherungsträger als auch die Künstlersozialkasse für zahlreiche bisher nicht erfasste Unternehmen erstmalig die Künstlersozialabgabepflicht feststellen und Nachforderungen geltend machen. Dies führte häufig zu Unverständnis bei den Betroffenen. Das Bundesversicherungsamt hat dement-

sprechend im Berichtsjahr vermehrt Eingaben bearbeitet, in denen sich Bürger und Unternehmen gegen die Zahlung von Künstlersozialabgabe wandten. Zum Beispiel haben Musiker, die Auftritte ihrer Bands organisieren und die Verträge mit den Veranstaltern aushandeln sowie gemeinnützige Vereine argumentiert, ihnen sei die Abgabepflicht nicht bekannt gewesen.

In allen uns vorgelegten Fällen betrieben die Beschwerdeführer Unternehmen im Sinne des § 24 Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG), so dass ihre Abgabepflicht zu Recht festgestellt worden war. Die Abgabepflicht besteht für alle Unternehmen, die regelmäßig Aufträge an selbstständige Künstler oder Publizisten vergeben und deren Leistungen verwerten. Die Entgelte, die diese Unternehmen für künstlerische oder publizistische Werke oder Leistungen zahlen, bilden nach § 25 KSVG die Bemessungsgrundlage für die Künstlersozialabgabe.

Ausgleichsvereinigungen

Die verstärkte Prüfung der Abgabepflicht hat zur Folge, dass vermehrt Ausgleichsvereinigungen gegründet werden. § 32 KSVG bietet Abgabepflichtigen die Möglichkeit, eine Ausgleichsvereinigung zu bilden, die ihre der Künstlersozialkasse gegenüber obliegenden Pflichten erfüllt, insbesondere die Künstlersozialabgabe entrichtet – darüber wurde bereits in den Jahren 2006 und 2007 berichtet. Die Mitglieder einer Ausgleichsvereinigung sind von den ansonsten erforderlichen Aufzeichnungspflichten befreit und Betriebsprüfungen hinsichtlich der Künstlersozialabgabe finden bei ihnen nicht statt. Die Künstlersozialkasse kann mit der Ausgleichsvereinigung zudem

vertraglich regeln, dass die Entgelte abweichend von § 25 KSVG unter Zugrundelegung von anderen für ihre Höhe maßgebenden Berechnungsgrößen ermittelt und Verwaltungskosten der Ausgleichsvereinigung berücksichtigt werden. Ein solcher Vertrag bedarf der Zustimmung des Bundesversicherungsamtes. Erst durch diese Zustimmung wird der Vertrag über die Bildung der Ausgleichsvereinigung wirksam.

Das Bundesversicherungsamt hat im vergangenen Jahr zahlreiche Verträge der Künstlersozialkasse mit Ausgleichsvereinigungen geprüft. Der Schwerpunkt lag dabei auf der abweichenden Bemessungsgrundlage. Es muss gewährleistet sein, dass die Summe, der von der Ausgleichsvereinigung aufgrund der abweichenden Bemessungsgrundlage abgeführten Abgaben, insgesamt der entspricht, die die einzelnen Mitglieder ohne die Gründung der Ausgleichsvereinigung gezahlt hätten. Mitgliedern von Ausgleichsvereinigungen dürfen keine „Rabatte“ gewährt werden. Das Bundesversicherungsamt hat daher insbesondere darauf geachtet, dass die Datenbasis, aufgrund derer die gewählten Rechnungsgrößen ermittelt wurden, von der Künstlersozialkasse vorab in repräsentativen Stichproben geprüft wurden. Zudem hat es nur abweichenden Berechnungen zugestimmt, in denen ein dynamischer Faktor enthalten ist.

Der Vertrag mit einer Ausgleichsvereinigung kann die Erstattung von Verwaltungskosten der Ausgleichsvereinigung vorsehen. Eine solche Regelung ist nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes unter anderem nur dann rechtmäßig, wenn bei der Künstlersozialkasse bzw. den prüfenden Rentenversicherungsträgern

durch die Bildung der Ausgleichsvereinigung ein entsprechender Verwaltungsaufwand einspart wird. Ansonsten wären abgabepflichtige Verwerter, die keiner Ausgleichsvereinigung angehören, benachteiligt.

Beanstandungsverfahren

In sogenannten Beanstandungsverfahren entscheidet das Bundesversicherungsamt selbst über Widersprüche gegen ablehnende Bescheide der Künstlersozialkasse. Hintergrund ist die Regelung des § 21 der Verordnung über den Beirat und die Ausschüsse der Künstlersozialkasse. Hilft die Künstlersozialkasse einem Widerspruch nicht ab, gibt sie ihn an den zuständigen Widerspruchsausschuss für den Bereich Wort, Musik, darstellende Kunst oder bildende Kunst weiter. Die Widerspruchsausschüsse setzen sich zusammen aus zwei Mitgliedern des Beirats der Künstlersozialkasse, und zwar je einem Vertreter der Versicherten und der zur Abgabe Verpflichteten, sowie einem Vertreter der Künstlersozialkasse. Entspricht die Entscheidung eines Widerspruchsausschusses nach Auffassung der Künstlersozialkasse nicht dem geltenden Recht, beanstandet sie diese und setzt dem Widerspruchsausschuss eine angemessene Frist zur erneuten Entscheidung. Bleibt der Ausschuss bei seiner Meinung unterrichtet die Künstlersozialkasse das Bundesversicherungsamt, das innerhalb von zwei Monaten über den Widerspruch entscheidet.

Überwiegend ging es in den Beanstandungsverfahren auch im Berichtsjahr um die Ablehnung der Versicherungspflicht nach dem KSVG, wie z. B. um die Frage, wann Übersetzer als Publizisten im Sinne des KSVG

anzusehen sind, wie Einträge auf Webseiten zu bewerten sind und ob die Tätigkeit mindestens auch dazu dient, den Lebensunterhalt zu bestreiten.

4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht

Krankengeldzahlung während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts

Nach der Auffassung handelnd „wer in den Urlaub fahren kann, der kann auch arbeiten gehen.“ schlossen einige Krankenkassen die Zahlung des Krankengeldes während einer Urlaubsreise ins Ausland aus. Arbeitsunfähige Versicherte wurden darauf verwiesen, den ihnen zustehenden Tarifurlaub für den beabsichtigten Auslandsaufenthalt in Anspruch zu nehmen. Anderen Versicherten wiederum wurde die beabsichtigte Urlaubsreise nicht genehmigt.

Versicherte, die erkranken und arbeitsunfähig sind, erhalten nach dem Ende der Lohnfortzahlung durch ihren Arbeitgeber in der Regel Krankengeld von ihrer Krankenkasse. Hält sich der Versicherte während des Krankengeldbezuges im Ausland auf, z.B. im Rahmen einer langfristig geplanten Ferienreise, wird in der Regel das Krankengeld für diese Zeit eingestellt (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Ausnahmsweise wird das Krankengeld während eines Aufenthaltes im Ausland dann weitergezahlt, wenn die Krankenkasse dem Auslandsaufenthalt zustimmt. Diese im Ermessen stehende Entscheidung der Krankenkasse, ihre Zustimmung zum Auslandsaufenthalt zu erteilen oder zu versagen, hängt davon ab, ob voraussichtlich während des Auslandsaufenthalts durchgehend Arbeits-

unfähigkeit besteht und die Urlaubsreise zu keiner gesundheitlichen Verschlechterung führt, die eine längere Arbeitsunfähigkeitsdauer erwarten lässt. Zur Beurteilung der medizinischen Aspekte holt die Krankenkasse eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein, die Grundlage ihrer Entscheidung wird.

Das Bundesversicherungsamt hat die betroffenen Krankenkassen im Rahmen aufsichtsrechtlicher Prüfungen darauf aufmerksam gemacht, dass einem Auslandsaufenthalt zuzustimmen ist, sofern die Voraussetzungen für die Gewährung von Krankengeld auch während der Urlaubsreise gesichert vorliegen. Dies ist der Fall, wenn die Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende des Auslandsaufenthaltes unzweifelhaft feststeht und von der Reise eine zu befürchtende gesundheitliche Verschlechterung nicht zu erwarten ist. Kann aus medizinischer Sicht angenommen werden, dass kurzfristig eine Arbeitsfähigkeit wieder eintritt oder die Gefahr einer Gesundheitsverschlechterung besteht und damit eine längere Dauer der Arbeitsunfähigkeit möglich ist, sind die Krankenkassen berechtigt, die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt zu versagen.

Krankenversicherungspflicht in Deutschland nach Rückkehr aus dem Ausland: Zuordnung zum gesetzlichen oder privaten System?

Alle Personen mit Wohnsitz bzw. gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland sind seit dem 1. Januar 2009 verpflichtet, sich für den Fall der Krankheit abzusichern. Da diese Versicherungspflicht sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung besteht, müssen (bisher) nichtversicherte Personen

dem gesetzlichen oder privaten System nach feststehenden Kriterien zugeordnet werden. Die Zuweisung zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung erfolgt formal und orientiert sich in der Regel danach, welchem System die abzusichernde Person zuletzt in Deutschland angehörte. Schwierigkeiten in der Zuordnung gibt es für Personen, die nach einem langen Auslandsaufenthalt wieder nach Deutschland zurückkehren.

Krankenversicherungsträger verkennen häufig, dass dem gesetzlichen System auch solche Personen zugewiesen werden, die aus Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) oder aus der Schweiz zurückkehren und dort zuletzt bei einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger abgesichert waren. Denn die Versicherung im gesetzlichen Krankenversicherungssystem eines anderen Staates der EU, des EWR oder der Schweiz steht nach gefestigter Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes der in Deutschland gleich, so dass die Voraussetzung „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ erfüllt ist. Die Versicherungspflicht ist in diesen Fällen von derjenigen deutschen Krankenkasse durchzuführen, bei der zuletzt ein Versicherungsverhältnis bestand. Andernfalls kann grundsätzlich die Person zur Durchführung der Versicherungspflicht eine gesetzliche Krankenkasse frei wählen.

Dagegen gehören Personen, die in einem anderen Staat der EU, des EWR oder der Schweiz privat krankenversichert waren, dem privaten System an. Die mit Aufnahme des Wohnsitzes eintretende Versicherungspflicht erfüllt, wer sich bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Krankenversicherungsunternehmen mit einem

Krankheitskostenversicherungsvertrag versichert. Für in der EU, des EWR oder der Schweiz ansässige private Krankenversicherungsunternehmen wird angenommen, dass diese auch für Deutschland zugelassen sind.

Erfolgt die Rückkehr aus Staaten außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz, kommt es für die Zuordnung zum gesetzlichen oder privaten System ausschließlich auf den zuletzt in Deutschland begründeten Versicherungsstatus des gesetzlich oder privat Krankenversicherten an.

Dem gesetzlichen System zugewiesen werden in der Regel ebenfalls Personen, die ihren Wohnsitz aus dem Ausland nach Deutschland verlegen und keinen berücksichtigungsfähigen Krankenversicherungsschutz haben. Eine Zuordnung zum privaten System erfolgt allerdings dann, wenn zuletzt im Ausland eine hauptberufliche selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde oder die im Ausland ausgeübte Beschäftigung wegen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in Deutschland versicherungsfrei wäre.

Internationale Kontakte/Konferenzen

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr als Sachverständigen zu den Gesprächen zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Föderation Russland ebenso wie zu den Gesprächen zum Abschluss eines Leistungsexportabkommens mit der Republik Indien hinzugezogen.

Bei der deutsch-österreichischen und der deutsch-slowenischen Verbindungsstellenbesprechung ging es vor allem um

materiellrechtliche Fragen zum jeweiligen nationalen Recht und zu den Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72. Es wurden die Folgen der jeweiligen Organisationsreformen diskutiert sowie Verfahrensfragen gelöst, um im Interesse der Versicherten die langwierigen Verwaltungsverfahren insgesamt zu beschleunigen.

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

Errichtung des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung/Aufsicht

Um dem Strukturwandel in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Rechnung zu tragen, wurde die Reform der Verwaltung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die durch das Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-Organisationsgesetz) vom 17. Juli 2001 seinen Anfang nahm, mit dem Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG) fortgesetzt. Die wesentlichen Neuerungen in diesem Bereich bestehen in dem Zusammenschluss der bisherigen drei landwirtschaftlichen Verbände zu einem Spitzenverband, in der Erweiterung der Aufgaben des Spitzenverbands sowie in der Budgetierung der Verwaltungskosten.

Aus den Verbänden der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen wurde gem. Artikel 6 § 1 LSVMG zum 01. Januar 2009 der neue Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV) gebildet. Ihm wurden sowohl Grundsatz- und Querschnittsaufgaben als auch operative Aufgaben für alle landwirtschaftlichen Träger, insbesondere im Bereich des Regresses und des Abrechnungswesens übertragen. Ziel der gesetzlichen Neuorganisation ist eine effizientere Aufgabenerfüllung und damit einhergehend eine deutliche Senkung der Verwaltungskosten im Bereich der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

bis zum Jahr 2014. Die Aufsicht über den neuen Spitzenverband wurde dem Bundesversicherungsamt übertragen.

Im Zusammenhang mit der Errichtung des LSV-SpV hat das Bundesversicherungsamt die Satzung genehmigt, ebenso die neu zu erlassende Dienstordnung und der erste gemeinsame Stellenplan des LSV-SpV sowie der erste Haushalt. Das von der Vertreterversammlung des LSV-SpV in seiner Sitzung am 25. März 2009 in Kassel beschlossene umfangreiche Rahmenkonzept wurde dem Bundesversicherungsamt am 27. März 2009 vorgelegt und vom Bundesversicherungsamt am 23. Juli 2009 gem. Artikel 7 § 8 Satz 6 LSVMG ohne Einschränkung genehmigt. Im Ergebnis hat der LSV-SpV die ihm übertragenen Aufgaben erkannt und im vorgelegten Rahmenkonzept zutreffend beschrieben. Die Umsetzung des Rahmenkonzeptes im Einzelnen wird das Bundesversicherungsamt in den Folgejahren aufsichtsrechtlich begleiten.

Die Aufsicht über den LSV-SpV, die dem Bundesversicherungsamt im Rahmen seiner Aufgabenstellung uneingeschränkt in § 143 d Absatz 1 SGB VII übertragen ist, bedeutet einen erheblichen Aufgabenzuwachs. Dies beruht zum einen auf der Vielzahl der dem LSV-SpV gesetzlich auferlegten Aufgaben, die neben der Vereinheitlichung der Rechtsanwendung insbesondere den Erlass zahlreicher Richtlinien und ähnlicher Regelwerke, ferner weitreichende Verbandsaufgaben sowie eigene zum Teil äußerst komplexe Verwaltungsaufgaben umfassen. Besondere Anforderungen an Inhalt und Gestaltung der Aufsicht ergeben

sich aus der Verbindlichkeit der Entscheidungen des Spitzenverbands in Grundsatz- und Querschnittsangelegenheiten. Das Bundesversicherungsamt und der LSV-SpV haben deshalb regelmäßige Gespräche aufgenommen, in denen bereits Grundsatzfragen erörtert und Verfahren festgelegt werden konnten, die eine rechtzeitige Information des Bundesversicherungsamtes und eine zeitnahe Prüfung der getroffenen Entscheidungen ermöglichen sollen. Verlauf und Ergebnisse dieser Gespräche bestätigen die Erwartung einer kooperativen und sachdienlichen Zusammenarbeit zur Umsetzung der gesetzgeberischen Ziele.

Abgeschlossen werden konnte u.a. die Prüfung der vom Spitzenverband erlassenen Richtlinien für die Beitragsberechnungsgrundlagen der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gemäß § 182 Absätze 2 bis 6 SGB VII, mit denen insbesondere ein Rahmen für die Bildung von Risikogruppen und die Berücksichtigung des solidarischen Ausgleichs durch die Satzungsgeber vorgegeben werden soll. Abgesehen von einzelnen Anmerkungen des Bundesversicherungsamtes, die der LSV-SpV aufgreifen wird, begegnen die getroffenen Regelungen keinen rechtlichen Bedenken. Das Bundesversicherungsamt wird die weitere Wahrnehmung dieser Regelungskompetenz aufsichtsrechtlich begleiten.

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6.1 Gerichtsverfahren / Statistik

Gerichtsverfahren / Statistik

Für das Berichtsjahr sind 153 neue Gerichtsverfahren – 149 Klage- und vier vorläufige Rechtsschutzverfahren – unter Beteiligung des Bundesversicherungsamtes zu verzeichnen. Fast ausschließlich wurden hierbei Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes beklagt. In zwei Fällen erfolgte die Einbeziehung in ein laufendes Verfahren im Wege der Beiladung.

Thematisch betrafen die Rechtsstreite überwiegend aufsichtsrechtliche Fragestellungen (136 Fälle).

Hervorzuheben sind an dieser Stelle allein 115 Klagen von Krankenkassen gegen die Einsetzung von Schiedspersonen durch das Bundesversicherungsamt. Die Schiedspersonen wurden in Folge gescheiterter Vertragsverhandlungen zur Sicherstellung des Angebots von hausarztzentrierter Versorgung zwischen Krankenkassen und Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der kassenärztlichen Vereinigung vertreten, berufen. Die Gemeinschaften können beim Scheitern der Verhandlungen die Einleitung eines Schiedsverfahrens beantragen. Können sich die Verhandlungspartner, bislang ist auf Seiten der Gemeinschaften fast ausschließlich der Hausärzteverband tätig, zudem nicht auf eine Schiedsperson einigen, wird diese von der Aufsichtsbehörde der beteiligten Krankenkasse bestimmt. Erste Entscheidungen sind für

das Jahr 2010 zu erwarten (§ 73b Abs. 1, 4 und 4a SGB V).

Aus dem Tätigkeitsfeld des Bundesversicherungsamtes als Verwaltungsbehörde kamen insgesamt 17 neue Rechtsstreite hinzu. Hiervon betrafen 13 Verfahren die seit dem 1. Januar 2009 vom Bundesversicherungsamt vorzunehmenden Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds. Weitere drei Verfahren betrafen andere Fragestellungen des Risikostrukturausgleichs. Ein Rechtsstreit betraf das Prüfungsamt für den gehobenen nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung.

Im Laufe des Jahres 2009 ergingen 20 gerichtliche Entscheidungen (Urteile und Beschlüsse) in Klage- und vorläufigen Rechtsschutzverfahren, an denen das Bundesversicherungsamt beteiligt war. In den entschiedenen zwei Revisionsrechtsstreiten hat das Bundessozialgericht letztinstanzlich jeweils Urteile zugunsten des Bundesversicherungsamtes verkündet:

Das Bundessozialgericht bestätigte mit einem Urteil vom 3. März 2009 (Az.: B 1 A/08 R) einen Verpflichtungsbescheid des Bundesversicherungsamtes, mit dem einer Krankenkasse die von ihr praktizierte kreditfinanzierte Anlagepolitik untersagt wurde. Diese beinhaltete Geldanlagen in längeren Festlegungszeiträumen für eigentlich kurzfristig benötigte Mittel der Krankenkasse, was zwar zu höheren Zinserträgen geführt, zur Sicherstellung der Liquidität jedoch zugleich tageweise Kreditaufnahmen erforderlich gemacht hatte. Das Bundessozialgericht sah hierin

in Übereinstimmung mit dem Bundesversicherungsamt einen Verstoß gegen das gesetzliche Verbot der Kreditaufnahme für Krankenkassen. Das Gericht sah ferner die für Krankenkassen geltenden gesetzlichen Gebote der Liquidität und Anlagesicherheit als verletzt an (§ 222 SGB V; § 80 Abs. 1 und § 81 SGB IV sowie § 260 Abs. 3 SGB V).

Darüber hinaus bestätigte das Bundessozialgericht das Bundesversicherungsamt auch im Bereich des Risikostrukturausgleichs: Die Abwicklung der seit einigen Jahren durch den Bund mittels Steuergeldern erfolgende Beteiligung an den Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung und die erforderliche Verteilung dieser Gelder auf die einzelnen Krankenkassen darf den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs nicht zuwiderlaufen. Das Bundessozialgericht wies mit Urteil vom 2. September 2009 (Az.: B 12 KR 4/08 R) abschließend die Klage einer Krankenkasse ab, die gegen die Einbeziehung des jeweiligen Krankenkassenanteils am Steuerzuschuss in den Risikostrukturausgleich gerichtet war. Die Krankenkasse wollte stattdessen eine direkte Weiterleitung des anteiligen Betrags erreichen. Die Einbeziehung in den Risikostrukturausgleich hatte im Falle der klagenden Krankenkasse zu einer Reduzierung des letztlich ausgezahlten Betrags geführt (§ 221 und § 266 Abs. 4 Nr. 1 SGB V).

Vor den Landessozialgerichten und Sozialgerichten wurde ebenfalls in der weit überwiegenden Zahl der Fälle die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigt. In insgesamt 17 Rechtsstreiten ergingen Urteile bzw.

Beschlüsse zugunsten des Bundesversicherungsamtes.

13 gerichtliche Verfahren wurden durch rechtskräftige gerichtliche Entscheidungen abgeschlossen. In 73 Fällen erfolgte die Beendigung auf nicht streitigem Wege (Vergleich, Klagerücknahme, Erledigung).

Den 153 neuen Rechtsstreiten stehen damit im Ergebnis 86 erledigte Verfahren gegenüber. Damit ist zum Ende des Jahres der Bestand der Rechtsstreite, an denen das Bundesversicherungsamt beteiligt ist, von 149 Fällen zu Beginn des Berichtsjahres auf nunmehr 216 Fälle angestiegen.

Strafanzeigen / Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaften und anderen Ermittlungsbehörden

Die Einschaltung von Strafverfolgungsbehörden im Aufsichtsbereich des Bundesversicherungsamtes war auch im Berichtsjahr erforderlich.

Hervorzuheben ist der Fall einer Krankenkasse, deren turnusgemäße Prüfung durch den Prüfdienst Krankenversicherung im Bereich der Kooperations- und Werbeverträge zur Aufdeckung erheblicher finanzieller Unregelmäßigkeiten führte. Die Prüfergebnisse machten die Einschaltung der Staatsanwaltschaft erforderlich. Ein zwischenzeitlich eingeleitetes Ermittlungsverfahren hat bereits zu erheblichen Aktivitäten der Strafverfolgungsbehörden (u.a. breit angelegte Durchsuchungen) geführt, über die auch in den Medien berichtet wurde.

6.2 Selbstverwaltung

Größe der Vertreterversammlungen bei Vereinigungen der Berufsgenossenschaften

Bei freiwilligen Vereinigungen haben die beteiligten Berufsgenossenschaften der nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde u.a. die Satzung der neu entstehenden Berufsgenossenschaft gemäß § 118 Abs. 1 SGB VII zur Genehmigung vorzulegen. In dieser Satzung müssen die beteiligten Berufsgenossenschaften auch die Zahl der Mitglieder in der Vertreterversammlung der zukünftigen Berufsgenossenschaft festlegen.

Diese Aufgabe verlangte im Hinblick auf die gesetzlich begrenzte Zahl der Mitglieder in der Vertreterversammlung im zurückliegenden Berichtszeitraum von den Selbstverwaltungen ein Höchstmaß an Kompromissbereitschaft, da zahlreiche freiwillige Vereinigungen zwischen Berufsgenossenschaften der unterschiedlichsten Branchen durchzuführen waren.

Die Vertreterversammlung kann gemäß § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB IV aus höchstens 60 Mitgliedern bestehen. Eine Satzungsregelung, wonach die Vertreterversammlung dauerhaft mit mehr Mitgliedern besetzt ist, ist nicht genehmigungsfähig.

Eine Ausnahme bildet lediglich § 119 Abs. 4 Satz 1 SGB VII, wonach sich die Zahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane einer vereinigten Berufsgenossenschaft bis zur nächsten allgemeinen Wahl nach der Summe der Zahl der Mitglieder richtet, die in den Satzungen der aufgelösten Berufsgenossenschaften bestimmt worden ist. Wegen

der Bezugnahme auf den Ersten Abschnitt des Fünften Kapitels des SGB VII findet § 119 Abs. 4 Satz 1 SGB VII auch auf gewerbliche Berufsgenossenschaften und nicht nur auf landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger Anwendung.

Da es Sinn und Zweck der Regelung des § 119 Abs. 4 Satz 1 SGB VII ist, Vereinigungen zu erleichtern, muss es der Selbstverwaltung unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit auch möglich sein, in den jeweiligen Satzungen von der nach § 119 Abs. 4 Satz 1 SGB VII zulässigen Höchstzahl nach unten abzuweichen. Ansonsten wäre die neue Berufsgenossenschaft gezwungen, für die Dauer der laufenden Wahlperiode eine unwirtschaftlichere und ggf. unpraktikable Größe der Selbstverwaltungsorgane beizubehalten.

Entgegen der Auffassung mehrerer Berufsgenossenschaften kann aus dem durch das UVMG eingefügten § 222 Abs. 3 SGB VII, wonach bei den freiwilligen Vereinigungen eine angemessene Vertretung der Interessen der in den bisherigen gewerblichen Berufsgenossenschaften vertretenen Branchen sicherzustellen ist, nicht der Anspruch hergeleitet werden, die durch § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB IV vorgegebene Höchstzahl an Mitgliedern überschreiten zu dürfen. Vielmehr ist es Aufgabe der Selbstverwaltung im Rahmen der durch § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB IV begrenzten Zahl der Mitglieder eine angemessene Vertretung der Branchen sicherzustellen. § 222 Abs. 3 SGB VII nimmt keinerlei Bezug auf die zulässige Höchstzahl der Mitglieder in den Selbstverwaltungsorganen. Demnach ergeben sich aus § 222 Abs. 3 SGB VII auch keinerlei

Anhaltspunkte für eine Nichtanwendbarkeit des § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB IV auf aus freiwilligen Vereinigungen hervorgegangenen Berufsgenossenschaften; sei es dauerhaft oder auch begrenzt auf bestimmte Wahlperioden.

Anpassung der Entschädigungsregelung infolge der Änderung der Empfehlungsvereinbarung durch die Sozialpartner

Die Aufsichtsbehörden haben die Entschädigungen für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane gemäß § 41 Abs. 4 Satz 3 SGB IV zu genehmigen. Im Interesse einer einheitlichen Genehmigungspraxis legen die Aufsichtsbehörden hierbei die Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner (DGB und BDA) für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane zugrunde.

Am 28. August 2009 haben die Sozialpartner die Empfehlungsvereinbarung für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane mit Wirkung zum 1. Januar 2010 aktualisiert. Die neue Empfehlungsvereinbarung sah unter anderem eine Pauschale für Zeitaufwand (sog. Sitzungskostenpauschale) von höchstens 70 € vor. Bisher galt ein Rahmen von 26 € bis 52 €.

Da die neue Empfehlungsvereinbarung nicht mit den Aufsichtsbehörden abgestimmt worden war, hat das Bundesversicherungsamt veranlasst, dass sich die Aufsichtsbehörden und die Bundesministerien für Gesundheit sowie für Arbeit und Soziales am 4. November 2009 auf ihrer 75. Arbeitsta-

gung in Bremen mit der Genehmigungsfähigkeit der Erhöhung der Sitzungskostenpauschale befassen. Sie haben hierzu folgenden Beschluss gefasst:

„Die Aufsichtsbehörden halten die durch die Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner vom 28. August 2009 für die Zeit ab 1. Januar 2010 empfohlene Erhöhung der Pauschale für Zeitaufwand (sog. Sitzungskostenpauschale) für Organmitglieder der Selbstverwaltung um rund 35 % auf 70 € in Zeiten knapper Kassen, in denen auch Mitgliedern Leistungsbeschränkungen und/oder höhere Beiträge zugemutet werden, für ein falsches Signal.“

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass nach 14 Jahren erstmals eine Anhebung der Sitzungskostenpauschale erfolgt. Diese sollte sich jedoch in einem der derzeitigen Situation angepassten Rahmen bewegen. Eine Erhöhung der Sitzungskostenpauschale um rund 35 % auf bis zu 70 € hält das Bundesversicherungsamt nicht für angebracht, zumal nicht nachvollzogen werden kann, dass es - wie von den Sozialpartnern vorgetragen - tatsächlich zu einer derartigen Tariflohnentwicklung in den vergangenen 14 Jahren gekommen ist.

Am 17. November 2009 änderten die Sozialpartner ihre Empfehlungsvereinbarung. Sie sieht nun eine maximale Sitzungskostenpauschale von 62 € ab dem 1. Januar 2010 vor. Damit wird nunmehr eine Erhöhung der höchsten Sitzungskostenpauschale um rund 20 % vorgenommen.

Eine Erhöhung in diesem Umfang hält das Bundesversicherungsamt für akzeptabel

und hat entsprechende Anträge der Sozialversicherungsträger zur Änderung ihrer Entschädigungsregelungen genehmigt.

Rundschreiben zur Vorstandsvergütung

Vor dem Hintergrund der Diskussion über die Angemessenheit von Vorstandsgehältern in der gesetzlichen Krankenversicherung hatten sich die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder im November 2005 auf einheitliche Maßstäbe für die Bewertung von Vorstandsvergütungen verständigt. Das Bundesversicherungsamt hat diese in einem Arbeitspapier festgehaltenen Grundsätze den seiner Aufsicht unterstehenden Krankenkassen im Dezember 2005 übersandt, damit sie diese beim Abschluss von Vorstandsverträgen beachten.

Auf Grund der Erkenntnisse, die das Bundesversicherungsamt hinsichtlich der Umsetzung dieses Arbeitspapiers gewonnen hat, sah es sich veranlasst, die bundes-unmittelbaren Kassen am 27. April 2009 in einem weiteren Rundschreiben in dieser Angelegenheit zu informieren.

Dabei wurde im Wesentlichen deutlich gemacht, dass im Bereich der bundes-unmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen das Niveau der Grundvergütungen in Relation zu den Versichertenzahlen im Durchschnitt seit Jahren relativ stabil geblieben und insoweit weiterhin ein verlässlicher Maßstab für die Beurteilung der Angemessenheit von Vorstandsvergütungen ist.

Die Krankenkassen wurden aber darauf aufmerksam gemacht, dass zahlreiche Vorstandsverträge formal nicht ordnungsgemäß zustande gekommen sind. Die Ausgestaltung und Unterzeichnung eines Vorstandsvertrages ist grundsätzlich Angelegenheit des gesamten Verwaltungsrates. Der Verwaltungsrat kann jedoch nach § 33 Abs. 2 Satz 2 i.V.m Abs. 3 Satz 1 SGB IV im Einzelfall oder durch Satzung festlegen, dass das Vertretungsrecht des Verwaltungsrates gegenüber dem Vorstand gemeinsam durch die (beiden) Vorsitzenden des Verwaltungsrates ausgeübt wird. Solange danach ein Dienstvertrag nicht von beiden Vorsitzenden des Verwaltungsrates unterschrieben worden ist, ist der Vertrag schwebend unwirksam. Einige Dienstverträge waren aber nur von einem Vorsitzenden unterschrieben und erfüllten somit die formalen Voraussetzungen für einen wirksamen Vertrag daher nicht. Sie wurden aufgefordert dies nachzuholen.

Da es zu den generellen Zielen der Rechtsaufsicht gehört, Rechtsverstöße von vorneherein zu vermeiden, wurden die bundesunmittelbaren Krankenkassen mit Rundschreiben vom 27. April 2009 erneut gebeten, bereits Vertragsentwürfe – auch bei beabsichtigter Ergänzung, Änderung oder Aufhebung bestehender Verträge – unaufgefordert zu übersenden.

Das Rundschreiben findet nach ersten Erkenntnissen durchaus Berücksichtigung; Vertragsentwürfe werden zunehmend vor dem Abschluss vorgelegt, so dass konkrete aufsichtsrechtliche Hinweise zur Ausgestaltung der Verträge und zur Wirtschaftlichkeit der Vergütung gegeben werden konnten.

6.3 Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung

PBE-Sachstands-anfrage Krankenkasse

Mit Einführung des § 69 Abs. 6 SGB IV wurden die Sozialversicherungsträger dazu verpflichtet, Planstellen und Stellen nur auszubringen, soweit sie unter Anwendung angemessener und anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung begründet sind. Die Entscheidung für die konkret angewandte Ermittlungsmethode bleibt allerdings den Trägern überlassen. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass den innerbetrieblichen Organisationsformen der unterschiedlichen Träger hinreichend Rechnung getragen werden kann. Gleichzeitig darf mit dem Instrument der Personalbedarfsermittlung kein überhöhter Verwaltungsaufwand entstehen. Ziele einer Personalbedarfsermittlung sind u.a. die angemessene Auslastung der Mitarbeiter und die schnelle und sichere Anpassung des Personalbedarfs an veränderte Arbeitssituationen, die zu einer wirtschaftlicheren Aufgabenerledigung führt.

Um den aktuellen Umsetzungsstand zu ermitteln, ob und mit welchen Methoden die bundesumittelbaren Krankenkassen den Anforderungen aus § 69 Abs. 6 SGB IV nachgekommen sind, erfolgte eine entsprechende Abfrage bei den Sozialversicherungsträgern. Im Ergebnis hat das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass ein Großteil der Kassen nunmehr Personalbedarfsermittlungen durchführt. Im Hinblick auf den weiten Entscheidungsspielraum der Kassen und des unbestimmten Rechtsbegriffs der „angemessenen und anerkannten

Methoden der Personalbedarfsermittlung“ ist ein aufsichtrechtliches Tätigwerden in diesem Feld vom Einzelfall abhängig.

Raumnutzung der Sozialversicherungsträger

Im Falle eines großen Sozialversicherungsträgers beanstandete der Bundesrechnungshof (BRH) in seinem Prüfbericht im Jahre 2007 die Art und Weise der Nutzung seiner Diensträume. Der BRH stellte im Wesentlichen fest, die Nutzung der Räume stehe mit den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gem. § 69 Abs. 6 SGB IV nicht im Einklang, da der Träger mehr Flächen als erforderlich in Anspruch nehme. Es sei vom Träger ferner versäumt worden, die Organisationsstrukturen für eine effiziente Raumnutzung auszubauen, so dass die Raumnutzung weitgehend ungesteuert verlaufe. Des Weiteren würden die Richtwerte für die Raumzuweisung nahezu ausnahmslos nicht eingehalten.

In der Folgezeit wurde die Raumnutzung dieses Trägers im Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages wiederholt thematisiert. Dieser forderte sodann den Träger auf sicherzustellen, dass

1. die Büroflächen für die leitenden Bediensteten und für die obersten Führungsebenen unter Beachtung der Richtlinien für die Durchführung von Bauaufgaben des Bundes (RBBau) neu festgelegt werden,
2. die Raumplanung an den Richtwerten für Büroflächen ausgerichtet wird,
3. durch eine wirksame Steuerung und Überwachung der Raumnutzung sichergestellt wird, dass in allen

Abteilungen die Richtwerte eingehalten werden und

4. leerstehende Büroflächen aufgegeben oder vermietet werden.

Infolge der intensiven aufsichtsrechtlichen Begleitung durch das Bundesversicherungsamt sagte der Träger zu, bei Neubauten und Umbauten für alle Mitarbeiter künftig die Berechnung der Büroflächen unter Beachtung der entsprechenden Richtlinien des Bundes (RBBau) vorzunehmen. Ferner hat er konkrete Maßnahmen ergriffen, um durch die Einführung eines Flächenmanagements den Raumbedarf gezielt zu steuern.

Hinsichtlich der leerstehenden Büroflächen hat der Träger seine Vermietungsbemühungen intensiviert. Insoweit hat sich jedoch herausgestellt, dass durch die Lage auf dem Immobilienmarkt - insbesondere in den neuen Bundesländern - erhebliche Schwierigkeiten bestehen, die Flächenüberhänge abzubauen.

Dem Träger ist aufgegeben worden, dem Bundesversicherungsamt künftig jährliche Berichte über den aktuellen Sachstand zu übermitteln, um die Entwicklung der Raumnutzung aufsichtsrechtlich eng zu begleiten.

Neufassung der Musterdienstordnung der Laufbahnrichtlinien

Die Vertreterversammlung eines Unfallversicherungsträgers hat gemäß § 144 Abs. 1 Satz 1 SGB VII die Ein- und Anstellungsbedingungen und die Rechtsverhältnisse der dienstordnungsmäßigen Angestellten unter Berücksichtigung des Grundsatzes der funktionsgerechten

Stellenbewertung durch eine Dienstordnung angemessen zu regeln.

Durch das Gesetz zur Neuordnung und Modernisierung des Bundesdienstrechts (Dienstrechtsneuordnungsgesetz - DNeuG) vom 05. Februar 2009 haben sich zahlreiche beamtenrechtliche Vorschriften geändert, die für die dienstordnungsmäßigen Angestellten der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger analog anzuwenden sind. In Folge dieser Änderungen entsprachen die bisher von den Berufsgenossenschaften beschlossenen Dienstordnungen teilweise nicht mehr der Rechtslage. Anzupassen war daher auch die Musterfassung der Dienstordnung, die mittlerweile zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), dem zuständigen Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, und dem Bundesversicherungsamt abgestimmt wurde.

Bestandteil der Dienstordnung sind auch die Richtlinien für den berufsgenossenschaftlichen Dienst (Laufbahnrichtlinien). Diese regeln die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für den Zugang eines Bewerbers zu den einzelnen Laufbahngruppen.

Die von der DGUV vorgelegte Neufassung der Muster-Richtlinien wird in 2010 vom Bundesversicherungsamt auf die Vereinbarkeit mit den beamtenrechtlichen Vorschriften geprüft.

Wirtschaftlicher Betrieb der Kantinen der Sozialversicherungsträger: Darstellung des Ergebnisses einer Umfrage bei den Unfall- und Rentenversicherungsträgern

Das Bundesversicherungsamt hat bei den bundesunmittelbaren Renten- und Unfallversicherungsträgern eine Abfrage zum Betrieb ihrer Kantinen durchgeführt. Hintergrund war, dass in der Vergangenheit bei verschiedenen Aufsichtsprüfungen festgestellt worden war, dass der wirtschaftliche Betrieb der Kantinen durch die Sozialversicherungsträger nicht sichergestellt ist.

Die Auswertung der Umfrage ergab, dass die vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen nur bei 11 % der Kantinen durchgeführt und die in den Kantinenrichtlinien des Bundes vorgegebenen Kontrollinstrumente nicht oder nicht ausreichend genutzt wurden. Es wurden nicht einmal für die Hälfte der Kantinen die Bewirtschaftungs- und Unterhaltskosten ermittelt.

Darüber hinaus wurden zahlreiche Kantinen durch die Sozialversicherungsträger in einem Umfang gefördert, der deutlich über die in der Kantinenrichtlinie des Bundes abschließend geregelten Förderungsmöglichkeiten hinausgeht. Dementsprechend wurden die Personalkosten in 19% der Fälle zumindest anteilig, die Reinigung der Kantine in 38% und der Unterhalt bzw. Ersatz der Ausstattungsgegenstände mit einem Einzelanschaffungswert unter 150 € in 36 % vom jeweiligen Sozialversicherungsträger übernommen.

Trotz dieser Förderung ergab sich bei den von den Sozialversicherungsträgern selbst bewirtschafteten Kantinen im Jahr 2007 ein kumulierter Verlust von 1.063.022,72 €. Im Durchschnitt hat somit jede selbst bewirtschaftete Kantine einen Verlust von 70.868,18 € zu verzeichnen. Dabei gaben 10 Sozialversicherungsträger an, den Verlust durch eigene Haushaltsmittel ausgeglichen zu haben. Hierbei handelt es sich um einen Verstoß gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, der aufsichtsrechtlich grundsätzlich nicht toleriert werden kann. Das Bundesversicherungsamt hat den betroffenen Sozialversicherungsträgern jedoch zunächst die Möglichkeit eingeräumt, das Wirtschaftsergebnis ihrer Kantinen zu verbessern. Die Ergebnisse für das Jahr 2010 werden für die betroffenen Kantinen entscheidend sein. Dabei sind auch Schließungen nicht ausgeschlossen. In Einzelfällen hat das Bundesversicherungsamt diese auch aufgrund der bei Turnusprüfungen gewonnen Erkenntnisse bereits durchgesetzt.

Bei den fremdbewirtschafteten Kantinen ist das Ergebnis insgesamt erfreulicher. Im Jahr 2007 wurde insgesamt ein Gewinn von 278.570,40 € erwirtschaftet. Dennoch gaben auch hier vier Sozialversicherungsträger an, den Verlust der Kantine durch eigene Haushaltsmittel ausgeglichen zu haben. Der Ausgleich des Verlustes eines Fremdbetreibers durch den Sozialversicherungsträger ist nicht statthaft, da mit Verpachtung der Kantine das wirtschaftliche Risiko auf den externen Betreiber übergeht. Sachliche Gründe, die eine Übernahme dieses Risikos durch den Sozialversicherungsträger rechtfertigen könnten, sind nicht ersichtlich. Die Übernahme des Verlustes eines Fremdbetreibers verstößt somit gegen § 30 Abs.

1 SGB IV. Dies wurde den betroffenen Trägern bereits mitgeteilt. Das Bundesversicherungsamt wird diese Fälle weiterhin aufsichtsrechtlich verfolgen.

6.4 Allgemeines Aufsichtsrecht

Erhebung von Säumniszuschlägen, Buß- und Zwangsgeldern durch die Künstlersozialkasse

Die Künstlersozialkasse (KSK) hat die Aufgabe, die Zugehörigkeit von Künstlern und Publizisten zum versicherungspflichtigen Personenkreis der Künstlersozialversicherung zu prüfen und die zur Finanzierung erforderlichen Mittel einzuziehen. Hierbei handelt es sich um die Beitragsanteile der Versicherten zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, die Abgabe der Verwerter der künstlerischen oder publizistischen Leistungen (sog. Künstlersozialabgabe) sowie den Bundeszuschuss in Höhe von 20 % der Ausgaben der KSK. Der Bund trägt darüber hinaus die Verwaltungskosten der KSK in voller Höhe.

Das Bundesversicherungsamt hat die Jahresrechnung der KSK nach § 43 Abs. 7 des Künstlersozialversicherungsgesetzes (KSVG) zu prüfen. Im Rahmen der Prüfung der Jahresrechnung 2008 wurde festgestellt, dass die KSK sowohl Säumniszuschläge als auch Bußgelder nicht in gebotener Maßnahme erhoben hat. Diese Vorgehensweise steht im Widerspruch zu den Vorgaben des § 76 Abs. 1 SGB IV, die eine rechtzeitige und vollständige Erhebung der Einnahmen vorsehen.

Ein Säumniszuschlag ist gemäß § 24 SGB IV i.V.m. § 18 KSVG dann zu erheben, wenn versicherte Künstler oder Pub-

lizisten ihren Beitragsanteil bis zum Ablauf des Fälligkeitstages nicht gezahlt haben. Entsprechendes gilt nach § 24 SGB IV i.V.m. § 30 KSVG im Falle der nicht rechtzeitigen Zahlung der Künstlersozialabgabe durch einen Verwerter künstlerischer oder publizistischer Leistungen. Der Säumniszuschlag beträgt für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Prozent des geschuldeten und auf 50 Euro nach unten abgerundeten Betrages.

Bußgelder können von den vorgenannten Versicherten bzw. Abgabepflichtigen erhoben werden, wenn diese gegenüber der KSK ordnungswidrig i.S.d. § 36 KSVG gehandelt haben. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn sie ihrer erforderlichen Auskunft- und Meldepflicht nicht, nicht richtig oder nicht vollständig nachgekommen sind.

Die Mindereinnahmen bei den Säumniszuschlägen führten zu einer verminderten Betriebsmittelzuführung. Die nicht erhobenen Verwaltungseinnahmen aus Bußgeldern bedingten zudem einen höheren Bundeszuschuss für Verwaltungskosten.

Ursächlich für die unzureichende Erhebung der Säumniszuschläge und Bußgelder war insbesondere ein fehlendes maschinelles Verfahren der Zahlungseingangskontrolle. Das Bundesversicherungsamt hat daher eine zügige Realisierung des in Planung befindlichen automatisierten Erfassungssystems angeordnet. Der Träger hat die Erledigung zugesagt.

West/Ost-Erfassung von RV- Beitragseinnahmen durch die Einzugsstellen

Die Einzugsstellen der Krankenkassen haben nach der Beitragsverfahrensverordnung (BVV) unter anderem der Rentenversicherung als Beitragsempfänger bis zum 20. eines Monats eine Abrechnung für den Vormonat einzureichen. Die in dieser Monatsabrechnung enthaltenen Beitragseinnahmen der Rentenversicherung sind für das Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet (West) und für das Beitragsgebiet (Ost) auszuweisen. Dies ist erforderlich, weil bis zur Herstellung einheitlicher Einkommensverhältnisse in Deutschland einerseits die für die Anpassung der Renten maßgeblichen Rentenwerte getrennt nach West und Ost zu ermitteln sind und andererseits die Rentenversicherung eine nach West und Ost getrennte Abrechnung vornehmen muss.

Vier Einzugsstellen aus dem Bereich der Betriebskrankenkassen sind ihrer Verpflichtung zur Trennung der Beitragseinnahmen der Rentenversicherung in West und Ost in den Monatsabrechnungen im Jahr 2009 nicht mehr nachgekommen. Zwei weitere Einzugsstellen haben sich mit dem Begehren nach Aufhebung der West-Ost-Trennung an das Bundesversicherungsamt gewandt. Das Bundesversicherungsamt ist in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde in diesen Fällen beratend tätig geworden und wirkte auf eine Wiederaufnahme bzw. Beibehaltung der getrennten Monatsabrechnung hin.

Schornsteinfegerversorgungsanstalt (Rechtsstreit wegen Beitragshöhe)

Die Versorgungsanstalt der deutschen Bezirksschornsteinfegermeister (VdBS) ist eine bundesunmittelbare rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts mit der Aufgabe, ihren Mitgliedern und deren Hinterbliebenen eine Zusatzversorgung zu gewähren. Die Beiträge der aktiven Mitglieder finanzieren zusammen mit den Erträgen aus den Vermögensanlagen in einem Umlageverfahren die von jedem Mitglied erworbenen Versorgungsleistungen.

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

Im Juli 2008 hatte die Vertreterversammlung der VdBS vor dem Hintergrund der Neuregelungen für den Berufsstand durch das Schornsteinfegerhandwerksgesetz (SchfHWG) beschlossen, die Beiträge für das Jahr 2009 gegenüber den Vorjahresbeiträgen abzusenken. Diesen Absenkungsbeschluss hatte das Bundesministerium der Finanzen im September 2008 als damals zuständige Aufsichtsbehörde nicht genehmigt, weil ansonsten die Finanzierung der VdBS langfristig nicht gesichert sei. Gegen die Nichtgenehmigung des Beschlusses der Vertreterversammlung hat die Bayerische Versorgungskammer als geschäftsführende Stelle der VdBS im Oktober 2008 beim Verwaltungsgericht Berlin Klage eingereicht. Das Verwaltungsgericht hat im Juni 2009 in erster Instanz der Klage der Bayerischen Versorgungskammer

stattgegeben. Hiergegen hat das Bundesversicherungsamt, als nunmehr zuständige Aufsichtsbehörde, im Juli 2009 beim Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg Berufung eingelegt. Mit einer Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts ist voraussichtlich noch im Jahr 2010 zu rechnen.

6.5 Vermögenswirtschaft

Prüfung der Geldvermögensanlagen

Vor dem Hintergrund der Insolvenz der Investment Bank „Lehman Brothers“ und der damit verbundenen Finanzmarktkrise prüfte das Bundesversicherungsamt im Herbst 2009 die liquiden Geldvermögensanlagen der damals 131 bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger. Das Hauptaugenmerk der Erhebung betraf die Bereiche „Einlagensicherung“ und „Klumpenrisiko“. Im Rahmen der Einlagensicherung wurde geprüft, ob auf Ebene des einzelnen Sozialversicherungsträgers die individuellen Einlagensicherungsgrenzen der verschiedenen Sicherungseinrichtungen eingehalten wurden. Im Kontext des „Klumpenrisikos“ stand die Verteilung der liquiden Geldvermögensanlagen auf verschiedene Kreditinstitute im Fokus der Prüfung. Das Klumpenrisiko ist umso höher, je mehr Anlagemittel zu einem bestimmten Fälligkeitszeitpunkt bei einem einzigen Anbieter konzentriert sind.

Insgesamt verfügten die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger zum Stichtag am 30. September 2009 über ein Geldvermögen in Höhe von ca. 35,8 Milliarden Euro, das die Träger in Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit, insbesondere zum Ausgleich von Einnahme- und Ausgaben-

schwankungen oder Beitragsschwankungen vorhalten. Das Geldvermögen teilte sich wie folgt auf die verschiedenen Anlageklassen auf: Der überwiegende Teil des Geldvermögens in Höhe von 83,1 Prozent (ca. 29,8 Milliarden Euro) wurde in Einlagen (Girokonten, Tages- und Termingelder) investiert. Mit einem Anteil von 10,1 Prozent (ca. 3,6 Milliarden Euro) lagen die Wertpapiersondervermögen (Investmentfonds) deutlich vor den Wertpapieren (Staatsanleihen, Pfandbriefe, Schuldverschreibungen u.a.) mit einem Anteil von 6,7 Prozent (ca. 2,4 Milliarden Euro). Die Anlageklasse „Sonstiges“ diente mit einem Anteil von rd. 0,1 Prozent (ca. 15,2 Millionen Euro) lediglich als Hilfsposten für Geldvermögen, die sich keiner anderen Anlageklasse eindeutig zuordnen ließen.

Anlagekategorie	Geldanlagen	
	in Mio. €	in %
Einlagen	29.757,6	83,1
Sondervermögen	3.617,7	10,1
Wertpapiere	2.413,7	6,7
Sonstiges	15,2	0,1
Gesamt	35.804,2	100,0

Die Auswertung lieferte wichtige Erkenntnisse über das Anlageverhalten der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger: Alle Sozialversicherungsträger haben die vorgegebenen Einlagensicherungsgrenzen der jeweiligen Sicherungseinrichtungen eingehalten. Nur in Einzelfällen stellte das Bundesversicherungsamt im Rahmen der getätigten Geldanlagen sogenannte „Klumpenrisiken“ fest.

7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

7.1 Allgemeines / Verfahren

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit dem 1. Januar 2009 neu geregelt. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes 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 Beitragssatzes als Bestandteile des Gesundheitsfonds verstanden. Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ist bereits seit dem Jahr 2001 gesetzlich vorgesehen.

Seit dem 1. Januar 2009 erhalten die Krankenkassen nunmehr aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Finanzierung ihrer Ausgaben. 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 durch den Risikostrukturausgleich angepasst, um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen. Mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen sind alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger am RSA beteiligt.

Grundgedanke des Risikostrukturausgleiches ist es, die Ungleichverteilung der Morbiditätsrisiken, der Familienlasten sowie der Beitragseinnahmen zwischen den Krankenkassen, die früher zu erheblichen Beitragsdifferenzen geführt hatten, aufzuheben.

Seit 2009 wird der Risikostrukturausgleich morbiditätsorientiert durchgeführt. Es werden Morbiditätszuschläge für 80 Krankheiten eingeführt. Die Morbidität der Versicherten wird dabei auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen erfasst. Jede Krankenkasse erhält nun für jeden Versicherten eine Grundpauschale, die durch ein System alters-, geschlechts- und

risikoadjustierter Zu- und Abschläge an den konkreten Betragsbedarf angepasst wird. Durch die Zuweisungssystematik des Gesundheitsfonds entfällt die Notwendigkeit eines Finanzkraftausgleichs, der Bestandteil des Alt-RSA war. Zur Umsetzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wurde in 2009 rund 5 Milliarden Datensätzen importiert. Zudem wurde der Aufbau völlig neuer Bescheidstrukturen erforderlich.

Die kasseneinheitlichen Werte werden entsprechend den Festlegungen gemäß § 31 Abs. 4 RSAV berechnet. Das Bundesversicherungsamt hatte die Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2009 bis zum 30. September 2008 zu treffen. Das waren insbesondere die Festlegung der im RSA zu berücksichtigen Krankheiten, Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge. Bei diesen Fragen wird das BVA vom **Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs** beraten. Dem Beirat gehören Prof. Dr. Saskia Drösler, Prof. Dr. Joerg Hasford, Dr. Bärbel-Maria Kurth, Prof. Dr. Marion Schaefer, Prof. Dr. Jürgen Wasem (Vorsitzender) und Prof. Dr. Eberhard Wille an.

7.2 RSA: Monatliches Verfahren und Strukturanpassungen

Gem. § 39 Abs. 1 RSAV ermittelt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Zuweisungen und führt den Zahlungsverkehr durch. Das Verfahren ist als monatliches Abschlagsverfahren, mit drei Strukturanpassungen und abschließendem Jahresausgleich vorgesehen.

Vorabinformation

Bereits Mitte November 2008 waren die Krankenkassen mittels einer Vorabinformation über die für sie ermittelten kassenindividuellen Werte, die ab 1. Januar 2009 als Grundlage für die Berechnung der monatlichen Zuweisungen dienen, unterrichtet worden.

Die Berechnung der individuellen Zuweisungen fußt auf kasseneinheitlichen Werten (z.B. der Grundpauschale, der Höhe der einzelnen alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge, standardisierte Verwaltungskosten je Versicherten, standardisierte Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen, etc), die jährlich bekannt zu geben sind.

Monatliche Zuweisungen

Am 1. Januar 2009 wurden die Grundlagenbescheide I/2009 für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie die monatlichen Zuweisungsbescheide für Januar 2009 fristgerecht an jede Krankenkasse versandt. Die Grundlagenbescheide enthalten für jede Krankenkasse die individuellen Einzel- und Gesamtsummen der alters- und geschlechtsadjustierten Zu- und Abschläge für die 40 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG), der risikoadjustierten Zuschläge für sechs Erwerbsminderungsgruppen (EMG) sowie der risikoadjustierten Zuschläge für die 106 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (AGG) detailliert aufgeschlüsselt.

Die Grundlagenbescheide werden durch monatliche Zuweisungsbescheide über die der Krankenkasse zustehenden Zuweisungen ergänzt. Dabei werden

Änderungen der Versichertenzahlen berücksichtigt. Die Auszahlungen aus dem Gesundheitsfonds beginnen jeweils zum 16. des jeweiligen Monats und werden spätestens bis zum 15. des Folgemonats vollständig erfüllt (siehe 7.4).

Im Rahmen der nach der RSAV vorgesehenen Strukturanpassungen am 31. März 2009 und 30. September 2009 waren die kassenindividuellen Kenngrößen der Grundlagenbescheide an aktuellere Versichertenstrukturen anzupassen. Ebenso wurden kurzfristige Änderungen der Rechtsvorschriften umgesetzt.

Die folgende Tabelle zeigt die Zuweisungen 2009 einschließlich erster und zweiter Strukturanpassung auf. Die Zuweisungen 2009 werden nochmals im Rahmen der dritten Strukturanpassung im März 2010 und endgültig im Rahmen des Jahresausgleichs bis Ende 2010 angepasst werden.

Kassenart	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2009 in Euro (einschl. 1. und 2. SA)					
	für Pflichtleistungen	für Verwaltungskosten	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	Anpassung § 272 SGB V	Summe
AOK	54.533.844.401	3.025.337.241	402.276.533	389.633.745	257.280.843	63.924.096.011
BKK	24.159.858.104	1.508.464.985	227.863.860	123.517.515	150.937.364	28.573.995.247
VdEK	48.570.237.861	2.906.369.055	418.246.978	274.772.685	244.389.305	57.184.645.479
IKK	9.334.936.590	606.777.905	94.022.842	45.545.415	38.466.519	11.042.121.117
KB S	4.968.596.468	246.895.615	28.516.717	37.724.490	4.891.988	5.766.209.757
GKV	141.567.473.425	8.293.844.801	1.170.926.930	871.193.850	695.966.019	166.491.067.611

Vorbereitende Arbeiten für das Jahr 2010

Daneben waren in 2009 die vorbereitenden Arbeiten für das Ausgleichsjahr 2010 umzusetzen: Das sind insbesondere die Überprüfung und Anpassung der Festlegungen gem. § 31 Abs. 4 RSAV (im RSA zu berücksichtigende Krankheiten, Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das

Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsverfahren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge) bis zum 30. September 2009. Die Grundpauschale 2010 wurde mit der „5. Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds“ am 23. November 2009 mit rund 195 Euro bekannt geben. Ebenso wurden die Grundlagenbescheide über die kassenindividuellen Kenngrößen für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2010 bereits im November 2009 versandt.

7.3 Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt

Der Schätzerkreis hat die Aufgabe, unter anderem auf Basis amtlicher Statistiken die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung des laufenden Jahres zu bewerten und auf dieser Grundlage eine Prognose über den erforderlichen Beitragsbedarf des jeweiligen Folgejahres zu treffen.

Der Schätzerkreis hatte mit seiner Expertise vom 2. Oktober 2008 die Entscheidung der Bundesregierung über die Höhe des erforderlichen allgemeinen Beitragssatzes unterstützt. Gleichzeitig diente die Prognose des Schätzerkreises als Grundlage für die Feststellung der Grundpauschale 2009 durch das Bundesversicherungsamt.

7.4 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

Das Bundesversicherungsamt verwaltet seit dem 1. Januar 2009 die eingehenden Krankenkassenbeiträge und die Zahlungen des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen (Bundeszuschuss). Der Gesundheitsfonds weist den Krankenkassen monatlich die ihnen zustehenden Zuweisungen zu. Dabei ist zwischen dem **Ausgleichsmonat** und dem **Auszahlungsmonat** zu unterscheiden. Bei dem **Ausgleichsmonat** handelt es sich um den Kalendermonat, für den die monatliche Zuweisung berechnet ist. Der **Auszahlungsmonat** umfasst regelmäßig den Abrechnungszeitraum vom 16. des Ausgleichsmonats bis zum 15. des darauf folgenden Monats (= monatsübergreifende Zahlungsperiode). Abweichend hiervon erstreckte sich der Auszahlungsmonat Januar 2009 ausnahmsweise auf den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 15. Februar 2009.

Innerhalb eines Auszahlungsmonats zahlt der Gesundheitsfonds Teilbeträge auf den monatlich festgestellten Zuweisungsbetrag einer Krankenkasse aus. Dazu schüttet der Gesundheitsfonds arbeitstäglich seine Einnahmen an die Krankenkassen aus, soweit sie einen Betrag von 50 Mio. € übersteigen. Der Auszahlungsbetrag einer Krankenkasse ergibt sich wie folgt:

täglicher Auszahlungsbetrag der Krankenkasse X

= tägliche Einnahmen des Gesundheitsfonds

x monatlicher Zuweisungsbetrag der Krankenkasse X

÷ Summe der monatlichen Zuweisungsbeträge aller Krankenkassen

Das Bundesversicherungsamt informiert die Krankenkassen auf seiner Homepage über die Höhe der täglichen Zuweisung. Die Werte werden bankarbeitstäglich zweimal aktualisiert, gegen 13:00 Uhr wird die voraussichtliche und gegen 15:00 Uhr die tatsächlich geleistete Zuweisung veröffentlicht.

Der monatliche Zuweisungsanspruch der Krankenkassen wird spätestens bis zum 15. des Folgemonats erfüllt. Sofern die laufenden Einnahmen des Gesundheitsfonds innerhalb des Auszahlungsmonats zur Finanzierung der Zuweisungen nicht ausreichen, erhält der Gesundheitsfonds vom Bund einen Vorschuss auf den monatlichen Bundeszuschuss oder ein Liquiditätsdarlehen. Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über die Höhe der vom Bund geleisteten Zahlungen an vorgezogenem Bundeszuschuss bzw. an Liquiditätsdarlehen.

Auszahlungsdatum	Vorgezogener Bundeszuschuss	Liquiditätsdarlehen
16.02.2009	48.002.601,99	
16.03.2009	733.955.808,96	
15.04.2009	853.080.736,09	
15.05.2009	583.714.709,64	
15.06.2009	474.153.142,74	
15.07.2009	318.580.425,94	
17.08.2009	788.596.552,18	
15.09.2009	1.153.717.918,53	
15.10.2009	1.059.185.127,18	
16.11.2009	159.040.655,62	879.384.808,59

Die vorgezogenen Bundeszuschussraten wurden mit der jeweils zum 1. des Folgemonats fälligen Rate an regulärem Bundeszuschuss verrechnet, insgesamt hat der Gesundheitsfonds im Jahr 2009 einen Bundeszuschuss von rd. 7,1 Mrd. € erhalten. Das am 16. November 2009 aufgenommene Liquiditätsdarlehen von rd. 0,88 Mrd. wurde vom 8. bis zum 15. Dezember 2009 vollständig zurückgezahlt, zum Jahresende 2009 hat der Gesundheitsfonds keine Darlehen in Anspruch genommen.

Im Jahr 2009 standen den Einnahmen des Gesundheitsfonds von rd. 164,5 Mrd. € Ausgaben von rd. 167,0 Mrd. € gegenüber. Dies führte zu einem Überschuss der Ausgaben von rd. 2,5 Mrd. € (s. Tabelle).

Voraussichtliches Rechnungsergebnis 2009 des Gesundheitsfonds (lt. KV 45 4. Quartal 2009)	
Beitragseinnahmen	157.397.398.895
Sonstige Einnahmen (z.B. Bundeszuschuss)	7.112.889.329
Einnahmen gesamt	164.510.288.224
Zuweisungen an Krankenkassen	166.953.292.057
Netto-Verwaltungskosten (inkl. Einzugskostenvergütung Minijob-Zentrale)	38.551.234
Überschuss der Ausgaben	2.481.555.067

In den Netto-Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds ist auch die Einzugskosten-Vergütung der Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rd. 35,9 Mio. € erhalten, die „reinen“ Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds belaufen sich auf rd. 2,7 Mio. €.

Die Krankenkassen erhalten für das Jahr 2009 Zuweisungen von voraussichtlich knapp 167,0 Mrd. €. Davon wurden bis zum Jahresende 2009 rd. 163,7 Mrd. € ausgezahlt. Von den verbleibenden 3,3 Mrd. € wurden rd. 2,5 Mrd. € in der ersten Januarhälfte ausgezahlt. Der Restbetrag

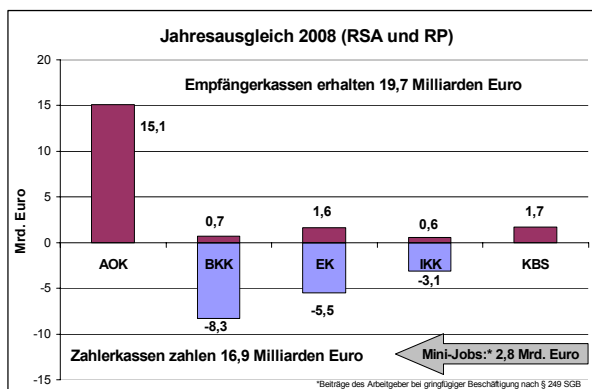
von rd. 0,8 Mrd. € wird im April 2010 in der dritten Strukturanpassung bzw. im Herbst im Jahresausgleich ausgezahlt. Zur Finanzierung der Zuweisungen für das Jahr 2009, die im Jahr 2010 zahlungswirksam werden, zieht der Gesundheitsfonds die laufenden Einnahmen des Jahres 2010 heran. Aufgrund des skizzierten Auseinanderfallens von Ausgleichs- und Auszahlungsjahr musste der Gesundheitsfonds zum Jahresende 2009 trotz eines Defizits von knapp 2,5 Mrd. € keine Darlehen in Anspruch nehmen.

7.5 Jahresausgleich 2008 (Altverfahren)

Die Jahresausgleiche 2008 für den Risikostrukturausgleich sowie den Risikopool wurden im November 2009 durchgeführt. Insgesamt 206 Krankenkassen nahmen am letzten Jahresausgleichsverfahren nach dem sogenannten Altverfahren teil. Das RSA-Umteilungsvolumen betrug rund 18,65 Milliarden €. Im Risikopool wurden rund 1 Milliarde € zwischen den Krankenkassen umverteilt. Insgesamt ergab sich ein Umteilungsvolumen für das Jahr 2008 von rund 19,65 Milliarden € (vgl. Abbildung), das damit knapp 1,2 Milliarden € über dem Vorjahresergebnis lag. Das Transfervolumen bestimmte sich etwa zur Hälfte aus Unterschieden in der Finanzkraft und zur anderen Hälfte aus Unterschieden in der Risikostruktur der Krankenkassen.

Zur Deckung der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im RSA in Höhe von 140 Milliarden € wurde ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz für das gesamte Bundesgebiet von 13,25% ermittelt. Im Risikopool wurden weitere

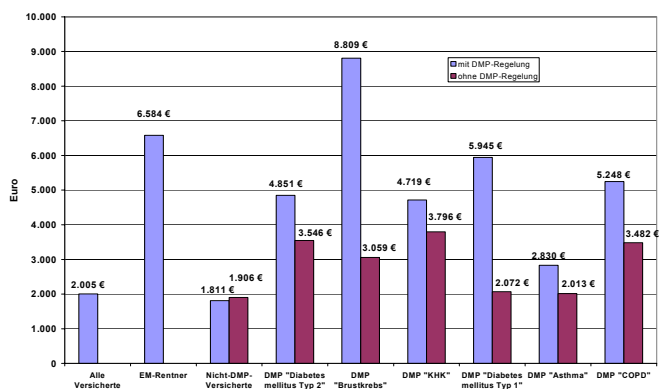
6,5 Milliarden € ausgeglichen. Hierfür wurde ein weiterer Ausgleichsbedarfssatz von 0,65 % erhoben. Die entsprechenden jährlichen durchschnittlich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für einen Versicherten im RSA betragen somit im Bundesdurchschnitt 2.005 €.



DMP im Jahresausgleich 2008

Seit 2003 wurden für in Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) eingeschriebene Versicherte eigene Versichertengruppen gebildet. Im Jahresausgleich 2008 betraf das rund 4,6 Millionen Versicherte. Allein in das Programm Diabetes mellitus Typ 2 hatten sich über 2,6 Millionen Versicherte RSA-wirksam eingeschrieben.

Während im Durchschnitt bei jeder Krankenkasse 2.005 € pro Versicherten als Beitragsbedarf berücksichtigt wurden, erhöhen sich diese Werte für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte. Die folgende Abbildung stellt die durchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben nach Versichertengruppen im Vergleich mit und ohne DMP-Regelung im Jahresausgleich 2008 dar.



Zusätzlich wurden Aufwendungen für die Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation für strukturierte Behandlungsprogramme in Form einer Programm-kostenpauschale von 85,88 € je Versichertenjahr über den Ausgleichsbedarfssatz finanziert.

Risikopool

Der Risikopool nach § 269 SGB V i.V.m. § 28a RSAV ergänzte vom 01. Januar 2002 bis 31. Dezember 2008 als zusätzliches Ausgleichsverfahren den Risikostrukturausgleich. Ziel war die solidarische Finanzierung besonderer Risikobelastungen von Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Morbiditäten ihrer Versicherten entstanden und durch die indirekte Morbiditätszuordnung des Risikostrukturausgleichs nicht hinreichend berücksichtigt werden konnten.

Im Risikopool wurden die finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Ausgleichsfähig waren 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 21.352,21 € im Berichtsjahr 2008 überstiegen. Der Schwellenwert unterlag

seit 2004 einer jährlichen Anpassung, die sich nach der entsprechenden prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB V richtete.

Der Risikopool Jahresausgleich für das Berichtsjahr 2008 (letztmalige Durchführung) wurde am 09. November 2009 durchgeführt. Kennzahlen dazu sind den Übersichten im Anhang zu entnehmen.

Abgeltung für die Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen

Der Jahresabgeltungsbetrag 2008 wurde letztmalig und endgültig gem. § 4 Abs. 3 PauschAV unter Berücksichtigung der bereits geleisteten Abschläge im Monatlichen Verfahren des Altverfahrens Risikostrukturausgleich mit den Ausgleichsansprüchen bzw. -verpflichtungen der Krankenkassen in dem für das Kalenderjahr 2008 durchzuführenden Zwischenausgleich vom 06. April 2009 gem. § 17 Abs. 3a RSAV verrechnet. Diese Abgeltungsbeträge waren gem. § 4 Abs. 5 PauschAV gesondert in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Krankenkasse auszuweisen (Kontenart 326).

Von 2004 bis 2008 leistete 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 jährliche Pauschale betrug für das Jahr 2008 2,5 Milliarden € 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 oblag dem Bundesversicherungsamt. Die Auszahlung an die Krankenkassen erfolgte über das Bundesversicherungsamt

und AOK-Bundesverband als „Zentrale Stelle“.

Im Gegensatz zu den sonstigen RSA-Regelungen wurden auch die Landwirtschaftlichen Krankenkassen in dieses Verfahren mit einbezogen. Während bei den am Altverfahren Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen der Abgeltungsbetrag über den „Vordruck Teil D“ in das monatliche Verfahren eingebracht wurde und zur Verringerung des Beitragsbedarf führte, erhielten die Landwirtschaftlichen Krankenkassen den ihnen zustehenden Betrag direkt über die Zentrale Stelle. Im Risikostrukturausgleich verminderte der Gesamtabgeltungsbetrag im jeweiligen Auszahlungsmonat den Ausgleichsbedarfsatz für die GKV.

8. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

8. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

8.1 20 Jahre PDK – Rückblick und Ausblick

Vor 20 Jahren wurde die gesetzliche Grundlage für den Prüfdienst Krankenversicherung (PDK) im Bundesversicherungsamt geschaffen. Seit dieser Zeit werden die bundesunmittelbaren gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen von insgesamt fünf Prüferferaten mit Sitz in Cloppenburg, Fulda, Berlin, Duisburg und Ingolstadt umfassend geprüft. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Prüferferaten stehen den Kassen seit dieser Zeit mit ihren Beratungsleistungen zur Verfügung.

Im Jahr 2001 wurde dem Bundesversicherungsamt die Prüfung der landwirtschaftlichen Alterskassen und Berufsgenossenschaften und ihrer Verbände übertragen (§ 88 Abs. 3 SGB IV). Das Bundesversicherungsamt hat daraufhin den Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL) errichtet und mit zwei Dienstposten in der Außenstelle Fulda des PDK angesiedelt.

Eine weitere Aufgabe wuchs dem PDK im Jahre 2005 zu. Die bis dato im Bundesministerium für Gesundheit existierende Prüfgruppe nach § 274 SGB V wurde dem Bundesversicherungsamt zugeordnet und prüft seitdem als neues sechstes Prüferferat in Bonn den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.

Mit der Schaffung des Gesetzes über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG) im Jahr 2005 erweiterte sich das Prüfspektrum des

PDK erneut. Diese Aufgabe wird von einer Prüfgruppe wahrgenommen, die an eines der Bonner Referate angebunden ist.

Um auf die stetigen Veränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung flexibel und unmittelbar reagieren zu können, wird die Arbeit der Prüferferate durch die in der Zentrale in Bonn angesiedelte Abteilungsleitung sowie die beiden strategischen Steuerungsreferate koordiniert und unterstützt.

Im Jahr 2009 leitete der Prüfdienst Krankenversicherung eine grundlegende Neuausrichtung seiner Arbeit ein. Der Startschuss für das neue Konzept erfolgte am Anfang des Jahres mit den insgesamt rund 130 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des PDK durchgeführten Prüfertagung. Als Reaktion auf die gravierenden Änderungen in der Kassenlandschaft in Folge von zahlreichen Fusionen und der zunehmenden Verlagerung der Aufgabenerledigung auf Dritte (Outsourcing) hat der Prüfdienst seine Prüfmethodik und Prüfinhalte inzwischen weitreichend verändert, indem er beispielsweise spezialisierte Fachprüfgruppen gebildet und den Einsatz elektronischer Prüfwerkzeuge verstärkt hat.

Es ist abzusehen, dass der Trend zu immer größeren aber dafür zahlenmäßig weniger Krankenkassen anhält. Gleichzeitig organisieren sich die Kassen neu, indem sie die Wahrnehmung bestimmter Aufgaben von den Hauptverwaltungen oder Geschäftsstellen auf Kompetenzzentren oder Regionalzentren verlagern. Der PDK sieht sich nach seiner Umstrukturierung gut gerüstet, auch in den kommenden Jahren

die Krankenkassen kompetent und umfassend zu prüfen und zu beraten.

8.2 Prüfstatistiken

Der Prüfdienst hat im Jahr 2009 insgesamt 244 Prüfungen durchgeführt. Dabei lag der Schwerpunkt wie im vergangenen Jahr bei den Prüfungen nach § 274 SGB V, da aufgrund der Änderung des § 15a RSAV (siehe Tätigkeitsbericht des BVA für 2008, Punkt 7.4) auch in diesem Jahr bei allen bundesunmittelbaren Krankenkassen nur eine Prüfung zum Risikostrukturausgleich durchgeführt wurde (siehe Punkt 8.4).

Die im Tätigkeitsbericht des Jahres 2008 ausführlich beschriebene Neustrukturierung der Prüfgruppen im Hinblick auf spezialisierte Fachprüfungen wurde im Berichtsjahr vollumfänglich umgesetzt. Die sogenannten Gesamtverwaltungsprüfungen unterteilen sich jetzt in Prüfungen der fünf einzelnen Prüfgebiete, die jeweils im gesetzlich vorgeschriebenen Fünf-Jahres-Turnus abgearbeitet werden.

Die Neuerungen der GKV, die Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, haben bereits im Jahr 2009 die Arbeit des Prüfdienstes beeinflusst. Neben der Aufstellung entsprechender Prüfansätze wurden in beiden Bereichen Pilotprüfungen durchgeführt (siehe Punkt 8.5).

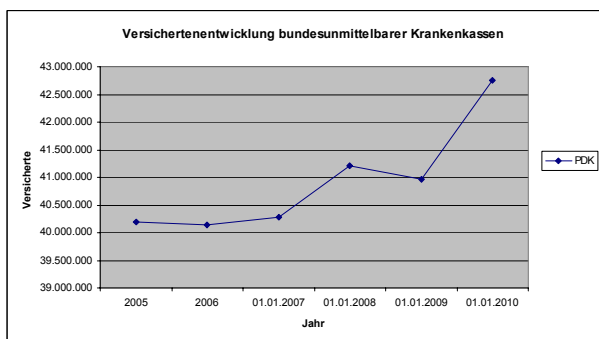
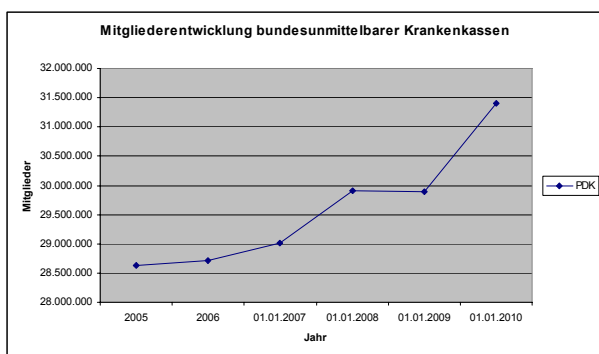
Auf dem Gebiet Kassensicherheit haben bei zwei Kassen Sonderprüfungen stattgefunden.

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2009	Durchgeführte Prüfverfahren 2008
Prüfungen nach § 274 SGB V	104	127
Turnusprüfungen bei Krankenkassen	81	80
Allgemeine Verwaltung	8	
Finanzen	16	14*
Mitgliedschaft/Beiträge	15	
Leistungen Krankenversicherung	24	
Leistungen Pflegeversicherung	18	
Nachprüfungen	4	7
Prüfung von Eigenbetrieben	4	7
Prüfungen EDV/Informationstechnik	4	9
Prüfungen DRG	6	3
Prüfung Spitzenverband	1	1
Prüfungen AAG	4	6
Prüfungen § 88 SGB IV i.V.m. § 274 SGB V	5	6
Prüfungen Landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger	5	6
RSA-Prüfungen	121	134
Prüfungen Versicherungszeiten/DMP	118	127
Nachprüfungen nach § 15a Abs. 3 Satz 9 RSAV	3	7
Sonderprüfungen	14	2
Pilotprüfung Morbi RSA	2	
Pilotprüfung IT Morbi RSA	3	
Pilotprüfung Gesundheitsfonds	6	
Pilotprüfung Prüfhandbuch	1	
Weitere Sonderprüfungen	2	
Insgesamt	244	269

* Finanzstatusprüfungen

Eine weitere Tendenz hat sich ebenfalls im Berichtsjahr fortgesetzt: Durch Fusionen sinkt die Anzahl der bundesunmittelbaren Krankenkassen weiter, deren Versicherten- und Mitgliederzahl im Gegenzug durch Fusionen mit landesunmittelbaren Krankenkassen allerdings deutlich ansteigt.

Die größer werdenden Prüfobjekte mit ihren spezialisierten Aufgabenbereichen haben unmittelbaren Einfluss auf die Zeitansätze der Prüfungen der einzelnen Kassen, wie die nachfolgenden Übersichten zeigen.



8.3 MASDAT – Definition einer systemunabhängigen Datengrundlage

Um auch bei großen Einheiten eine zielgerichtete und effektive Prüfung durchführen zu können, wurde im Rahmen des Projektes „Maschinelle Datenanalyse“ (MASDAT) auch im Jahr 2009 die

Auswertung und Analyse operativer Daten der Krankenkassen als erste Stufe einer Prüfung nach § 274 SGB V weiter verfolgt.

Nach dem im Jahr 2008 durchgeführten Test der Routinen anlässlich zweier Pilotprüfungen erfolgte im Berichtsjahr der allgemeine Einsatz der mittlerweile ca. 200 Auswertungsroutinen, die entsprechend der fachlichen Vorgaben der Facharbeitsgruppen auch im Jahr 2009 weiterentwickelt wurden, bei allen Prüfungen des Prüfdienstes Krankenversicherung.

Um das Ziel einer umfassenden Unterstützung aller Prüfungen auf der Basis einheitlicher Maßstäbe zu erreichen, wurde der im Jahr 2008 begonnene Dialog mit den Krankenkassen über eine einheitliche, systemunabhängige Datengrundlage vertieft und auf weitere Kassensysteme ausgeweitet.

Grundlage der Erörterungen bildet dabei die sukzessive Umsetzung der von der Projektgruppe entworfenen 33 Satzarten für die Bereiche Finanzen/Kassensicherheit, Mitgliedschaft/Versicherung, Beitragseinzug und Beitragsweiterleitung (insbesondere im Hinblick auf Gesundheitsfonds), Leistungen der Krankenversicherung (inkl. DRG und Arzneimittel) sowie Leistungen der Pflegeversicherung.

8.4 Ergebnis der RSA-Prüfungen 2009

Die Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool gemeldeten Daten und die Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten erfolgt nach § 15a RSAV.

Im Berichtsjahr fanden Prüfungen der Datenmeldungen zum Risikostrukturausgleich 2006 im Bereich Versichertenzeiten/DMP statt, wobei die gemeldeten DMP-Versicherten im Rahmen der Prüfung der Versicherungszeiten mitgeprüft wurden.

Vom Prüfdienst wurden im Berichtsjahr 118 bundesunmittelbare Kassen mit insgesamt 111.868 Stichprobenfällen geprüft. Davon entfielen 3.561 Stichprobenfälle auf die DMP-Versicherten. Als fehlerhaft bewertet wurden vom Prüfdienst Krankenversicherung insgesamt 901 Stichprobenfälle.

Hauptfehler bei der Prüfung der Meldungen im Bereich der Versicherungszeiten war, dass für die im Rahmen des RSA in die entsprechende Datenmeldung der Kasse eingeflossene Familienversicherungszeit keine gültigen Nachweise vorlagen.

Bei den Prüfungen der DMP-Zeiten konnten als Hauptfehler festgestellt werden, dass die Erstdokumentation nicht fristgerecht übermittelt wurde, bzw. dass die DMP-Versicherungszeit trotz zweier fehlender Folgedokumentationen innerhalb von drei Jahren nicht beendet wurde.

8.5 Vorbereitung der Prüfungen des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA

Die geänderte Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen und die Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 hatten auch Auswirkungen auf das Prüfgeschehen des Prüfdienstes. Es mussten neue Prüfansätze für den Beitragseinzug und die Weiterleitung der Beiträge an den Gesundheitsfonds sowie

für den Übergang des alten auf das neue Verfahren entwickelt werden.

Auf der Grundlage der in 2009 bereits erfolgten Prüfungen wurde ein neues Prüfhandbuch mit Ausrichtung der Prüfgegenstände auf die neuen Bedingungen und Belange des Gesundheitsfonds erstellt und weiter angepasst. Hierbei wurden insbesondere folgende Ansatzpunkte verfolgt:

Die z.T. mit der Aufsicht durchgeführten Prüfungen (siehe auch Punkt 1.5.1 des Tätigkeitsberichts) der Rechnungsabgrenzung 2008/2009 im Rahmen des Verrechnungsverfahrens aus der Monatsabrechnung für Gesamtsozialversicherungsbeiträge (Teil B Ziffer 5.6) zielten ab auf die Prüfung der ordnungsgemäßen Verrechnung der den Kassen zustehenden Altbeiträge für Zeiten vor dem 1. Januar 2009 mit dem Gesundheitsfonds.

In den Fällen, in denen keine ordnungsgemäße Verrechnung festgestellt werden konnte, waren die ausgewiesenen Verrechnungsbeträge in der MOA-GSV aus dem ersten Quartal 2009 von der Höhe her nach nicht nachvollziehbar bzw. unplausibel. Zum Teil sind die insgesamt zu erwartenden rechtmäßigen Verrechnungsbeträge bereits im Januar 2009 um mehr als das Doppelte ausgeschöpft worden. Einige Kassen haben wegen dieser Unzulänglichkeiten das Verrechnungsverfahren insgesamt eingestellt.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Entwicklung von Prüfansätzen für die zum 1. Januar 2009 erstmalig eingeführte Monatsabrechnung „Sonstige Beiträge“ (MOA Sonstige). Insbesondere zur Sollstellung der Beiträge, zum Beitragseinzug, zur Weiterleitung der

Beiträge an den Gesundheitsfonds haben wir soweit möglich diese Prüfansätze bereits in Pilotprüfungen getestet. Darüber hinaus war die Entwicklung der grundlegenden Quoten (Rückstand, Guthaben, Soll-/Ist-Beiträge, Säumnis) in diesem Bereich Gegenstand der Prüfungen. Eine Prüfung der systemseitig erstellten MOA Sonstige auf ihre Richtigkeit war – bis auf wenige Ausnahmen – aufgrund systemseitiger Unzulänglichkeiten der von den meisten Kassen eingesetzten DV-Systeme im Berichtszeitraum nicht möglich.

Mit der Frage neuer Prüfansätze im Zuge der Einführung des Gesundheitsfonds befasste sich auch der entsprechende Arbeitskreis der Prüfdienste des Bundes und der Länder unter Federführung des PDK. Auf der Grundlage der in mehreren Sitzungen erarbeiteten Prüfansätze wurden gemeinsam zwei Pilotprüfungen durchgeführt, deren Ergebnisse einen weiteren Überblick über die Umsetzung in verschiedenen Kassensystemen zulassen. Die Prüfansätze werden nach der noch erforderlichen Klärung von grundsätzlichen Fragen (Verrechnung) bzw. nach endgültiger Erstellung der technischen Grundlagen seitens der DV-Anbieter (insbesondere MOA Sonstige Beiträge) allen Prüfdiensten für ihre Prüfungen zur Verfügung gestellt.

Parallel zu den Prüfungen im Bereich des Gesundheitsfonds hat der Prüfdienst Pilotprüfungen im Bereich des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) durchgeführt. Die Prüfungen dienten in erster Linie der Beratung von Krankenkassen sowie dem Gewinn von Kenntnissen für künftige Prüfungen nach der RSAV. So galt es u.a. festzustellen, ob rechnungsbegründende

Unterlagen entsprechend den gesetzlichen Grundlagen aufbewahrt werden, die Lesbarmachung von Ursprungsdaten für spätere Prüfhandlungen sichergestellt wird oder externe Dienstleister oder Software bei der Verarbeitung von morbiditätsorientierten Daten eingesetzt werden. Auch wenn es sich hierbei um reine Verfahrensprüfungen handelte, ergaben sich doch Hinweise auf technische Möglichkeiten, anhand derer die Krankenkassen unzulässig die Daten für den Morbi-RSA verändern oder ergänzen könnten.

Mit Inkrafttreten der gesetzlichen Prüfermächtigung in der RSAV werden künftig die an das Bundesversicherungsamt gemeldeten RSA-Satzarten systematisch mit den Daten der Leistungserbringer und/oder der Krankenkasse abgeglichen und somit auf Richtigkeit überprüft.

8.6 Aus der Arbeit der Prüfgruppen

Outsourcing, Prüfungen bei Dienstleistern

Der Prüfdienst hat in den vergangenen Jahren nicht nur Outsourcing-Entscheidungen der Krankenkassen im Hinblick auf ihre Wirtschaftlichkeit (Kosten-Nutzen-Analyse vor der Entscheidung und laufende Überprüfung während der Vertragsabwicklung), sondern auch die Aufgabenwahrnehmung durch den Dienstleister selbst (z.B. nach § 19 SVRV, § 42 SRVwV oder im Rahmen einer Prüfung nach § 274 SGB V bei einer Kasse) geprüft. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse veranlassten in einigen Fällen die Kassen, das Vertragsverhältnis mit dem Dienstleister einer kritischen Würdigung zu unterziehen bzw. zu beenden. Im

Berichtszeitraum gaben die Prüfungen zweier großer und eines kleinen Dienstleistungsunternehmens Anlass zu Bemerkungen:

Vollstreckung und Insolvenzbearbeitung

Insbesondere schnell wachsende Kassen können häufig den immer größer werdenden Bereich der Vollstreckung von Beitragsrückständen und der Insolvenzbearbeitung nicht mehr allein bewältigen und übertragen diese Aufgabe auf entsprechend spezialisierte und nach Eigeneinschätzung kompetente Dienstleistungsunternehmen. Anlässlich der Prüfung eines solchen Dienstleisters stellte der Prüfdienst fest, dass dieser von vielen Kassen zunächst sämtliche Rückstandsfälle, ungeachtet ihres Bearbeitungsstandes, übernommen hatte. Entgegen seiner ursprünglichen Überlegungen, lediglich kleinere und mittlere Kassen im Bereich Vollstreckung zu unterstützen, half der Dienstleister damit vielen Wachstumskassen, ihre eigenen „Altlasten“ auszulagern. Infolgedessen liefen seit Beginn des Dienstleistungsgeschäfts enorme Arbeitsrückstände auf, die in der Folgezeit letztendlich nie mehr in den Griff zu bekommen waren.

Die vom Prüfdienst festgestellten Probleme in der Qualität der Sachbearbeitung korrelierten mit einer wegen des Aufgabenzuwachses zu geringen Personaldecke. Diese Personalprobleme wurden dem jeweils verantwortlichen Vorstand bereits seit mehreren Jahren durch interne wie externe Prüfer bzw. Berater dargelegt. Trotz mehrerer im eigenen Haus durchgeführter Personalbedarfsermittlungen stellte der jeweilige Vorstand das für die Aufgabenerledigung erforderliche Personal

nicht zur Verfügung. Die Anzahl der unbearbeitet gebliebenen Vollstreckungsakten bzw. auch unbearbeiteten Poststücke aus dem Bereich Insolvenz wurde vor diesem Hintergrund zusehends größer.

Das Bundesversicherungsamt hat den Aufsichtsrat des Dienstleisters über die Feststellungen informiert und ihn aufgefordert, die erforderlichen Schritte einzuleiten.

Zum Jahresende 2009 hat der Dienstleister seine Tätigkeit eingestellt und befindet sich in der Abwicklungsphase.

Abrechnungsprüfung, insbes. Heil- und Hilfsmittel, Hebammenhilfe

Eine weitere Prüfung betraf einen Dienstleister, der für eine große bundesunmittelbare Krankenkasse u.a. Heil- und Hilfsmittel sowie Leistungen der Hebammenhilfe mit den rechnunglegenden Stellen begleicht. Im Ergebnis hat der Prüfdienst der auslagernden Krankenkasse gebeten, bei dem Dienstleister eine stringentere Rechnungsprüfung bei Heil- und Hilfsmitteln, orientiert an den einschlägigen Rechtsvorschriften und insbesondere den ergangenen Richtlinien, anzumahnen.

Während der Prüfung der Hebammenhilfe wurde festgestellt, dass eine Vielzahl verschiedener Hebammen dieselben von ihnen erbrachten Leistungen mehrfach abgerechnet hatten, so u.a. auch eine Leistung, die im Zusammenhang mit einem Geburtsfall nur einmal abgerechnet werden darf. Es wurde daher eine exakte Datenhaltung/bzw. -speicherung angemahnt, um etwaige Mehrfachabrechnungen zu vermeiden. Als Folge der Prüfung konnte die Kasse sämtliche zu Unrecht

ausgezählten Beträge zurückfordern, so dass ihr kein materieller Schaden entstanden ist. Die Prüfhinweise des Prüfdienstes hat die Kasse aufgenommen und den Dienstleister beauftragt, entsprechende maschinelle Plausibilitätsprüfungen in das Abrechnungsverfahren zu implementieren.

Sowohl für die Heil- und Hilfsmittel, als auch für die Leistungen der Hebammenhilfe hat der Prüfdienst ferner empfohlen, dass sich künftig die jährlichen Prüfungen der internen Revision beim Dienstleister (§ 19 Satz 2 SVRV i.V.m. § 42 SRVwV) auch mit Vorgängen aus diesen Themenkreisen befassen sollen. Die Kasse und der Dienstleister haben in ersten Beratungsgesprächen bereits die Umsetzung der gegebenen Empfehlungen bestätigt bzw. signalisiert.

Wirtschaftlichkeit von Call-Centern

24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche telefonisch erreichbar zu sein, kostet Geld, insbesondere dann, wenn man mit dieser Dienstleistung ein externes Call-Center beauftragt. Der Prüfdienst rechnete einer betroffenen Betriebskrankenkasse vor, dass allein das Einsparungspotential für die Zeit, in der sie selbst telefonisch erreichbar ist, rund ein Drittel der Gesamtkosten beträgt. Der Umstand, dass mehr als 40 Prozent der Anrufer, die im Call-Center landeten, entweder erklärten, wieder anrufen zu wollen, sofort auflegten oder sich schlicht verwählt hatten, ließ gut 20.000 € jährlich faktisch ergebnislos „verpuffen“. Und schließlich hätte diese Betriebskrankenkasse die Dienstleistung, wenn sie diese öffentlich ausgeschrieben hätte, je nach Vertragsgestaltung um bis zu 1.730 € im Monat günstiger bekommen können. Die Krankenkasse wurde aufgefordert, die Konzeption insgesamt zu

überdenken, um Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten.

Finanzen

Kassensicherheit

Der Prüfdienst prüft seit 2009 bei allen Kassen im Prüffeld Finanzen auch das Thema „Kassensicherheit“. Dabei steht vor allem die Sicherheit im Zahlungsverkehr und in der Buchhaltung im Fokus. Insbesondere die Regelungen der Zeichnungsbefugnisse sowie der DV-Zugriffsrechte sind bei vielen Kassen veraltet, unvollständig, teilweise auch gar nicht vorhanden.

Der Prüfdienst empfiehlt den von ihm geprüften Kassen - sofern noch nicht vorhanden - eine Kassenordnung zu erlassen. Diese sollte auf einer Risikoanalyse aufbauend die Geschäftsprozesse abbilden und die Benutzer- und Berechtigungsverwaltung regeln. Ferner sind Regelungen zu treffen, die u.a. verhindern, dass zur Anordnung oder Feststellung Befugte nicht an der Abwicklung des Zahlungsverkehrs beteiligt sind und Doppelzeichnungen mit den Kreditinstituten vereinbart werden, sodass je zwei Mitarbeiter nur gemeinschaftlich über die Konten verfügen können.

Die Sicherheit eines EDV-Systems steht und fällt mit der sinnvollen und zweckmäßigen Vergabe von Zugriffsberechtigungen. Diese ist von den grundsätzlichen und individuellen Anforderungen des jeweiligen Aufgabengebietes abhängig. Grundlage hierfür sollten die jeweiligen Stellenbeschreibungen der Mitarbeiter der Kasse sein. Bei der Vergabe der Zugriffsberechtigungen sind die Vorschriften des Datenschutzes,

der Kassen- und der Verfahrenssicherheit zu beachten. Deshalb sind nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes bei der Beurteilung strenge Maßstäbe anzulegen und folgende Grundsätze zu beachten:

1. Einheitliche Vergabe der Zugriffsrechte für Mitarbeiter mit gleichen Aufgaben.
2. Es dürfen nur die Zugriffsrechte erteilt werden, die für die Erledigung der übertragenen Aufgaben erforderlich sind. Darüber hinaus gehende Rechte sollten nicht erteilt werden (Minimalprinzip).
3. Bereits durch die Vergabe von unterschiedlichen Berechtigungen soll Missbrauch verhindert bzw. minimiert werden (Prinzip der Kassensicherheit).

Liquiditätskredite der Krankenkasse bei der Pflegekasse

In der Regel bewirtschaften Kassen die Mittel der Kranken- und Pflegeversicherung gemeinsam. Sie weisen die Vermögen in den Tagesabstimmungen getrennt aus. Die sich aus der gemeinsamen Mittelbewirtschaftung ergebende Zinsverteilung nehmen die Kassen nach Erkenntnissen des Prüfdienstes überwiegend ordnungsgemäß vor. In einem Fall haben wurde allerdings festgestellt, dass die Kasse Mittel der Pflegeversicherung zur Finanzierung der Krankenversicherung verwendet hat, obwohl ausreichende Finanzreserven vorhanden waren. Dieses Vorgehen widerspricht den Bestimmungen des § 220 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 222 SGB V, wonach Darlehensaufnahmen für Krankenkassen grundsätzlich nicht zulässig sind.

Der Kasse wurde aufgefordert, ihre Geldanlagestrategie zu verändern und keine Liquiditätskredite mehr bei der

Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen.

Verwaltung

Vergabeverfahren

Weiterhin beschäftigt den Prüfdienst das Thema Auftragsvergabe und Ausschreibungsverfahren. Zwar hat sich der Prüfungsansatz der „(zu) freien Vergabe von Aufträgen unter Hinweis auf die Bedingungen des § 3 Abs. 4a VOL/A“ im Berichtsjahr durch die Vereinfachungen des Vergaberechts durch Ziffer 2 des Konjunkturpaketes II (befristet bis zum 31.12.2010) bei Beschaffungen entspannt. Unter anderem besteht für Dienst- und Lieferverträge unterhalb eines Schwellenwertes von 100.000,- € die Möglichkeit, ohne Nachweis eines Ausnahmestatbestandes beschränkte Ausschreibungen oder freihändige Vergaben ohne Teilnahmewettbewerb durchzuführen.

Ein „Dauerbrenner“ bleibt allerdings das Verfahren einzelner Kassen bei der Bestimmung oder Schätzung des jeweiligen Auftragswertes für Dienstleistungen mit längeren Vertragslaufzeiten. Nach § 3 Abs. 1 Vergabeverordnung (VgV) ist hierbei von einer Gesamtvergütung für die Leistung auszugehen. Bei zeitlich befristeten Verträgen mit einer beabsichtigten Laufzeit von unter 48 Monaten ist der Auftragswert durch Summieren der einzelnen Monatsbeträge zu bestimmen; bei längeren Laufzeiten ist der Monatsbetrag mit 48 zu multiplizieren. Hierdurch wird der Schwellenwert (auch zur EU-weiten Ausschreibung) oftmals überschritten. Natürlich darf nach § 3 Abs. 2 VgV der Wert eines beabsichtigten Auftrages nicht in der Absicht aufgeteilt werden, die

Auftragsvergabe der Anwendung des VgV zu entziehen.

Noch immer bedienen sich Betriebskrankenkassen der Einkaufsabteilungen ihrer (ehemaligen) Trägerunternehmen, weil sie meinen, dass sie damit bereits dem Gebot der wirtschaftlichen Mittelverwendung Genüge tun; schließlich könne das Unternehmen deutlich höhere Rabatte am Markt erzielen als sie selbst. Die Kassen lassen dabei stets außer Acht, dass es sich hierbei um eine bloße Vermutung handelt, die eben nicht durch die Einhaltung des förmlichen Vergabeverfahrens belegt ist. In einem Einzelfall stellte eine Betriebskrankenkasse sogar in ihrer Arbeitsanweisung fest, dass die Vorschriften der Verdingungsordnungen immer dann als automatisch erfüllt zu gelten hätten, wenn nur die unternehmenseigene Einkaufsabteilung mit der Beschaffung beauftragt wurde. Die Kasse hat nach einer entsprechenden Beratung durch den Prüfdienst zugesagt, die Arbeitsanweisung zu ändern.

Wirtschaftlichkeitsberechnung bei Kauf / Leasing / Miete

Wirtschaftlichkeitsberechnungen (vgl. § 69 Abs. 3 SGB IV) hinsichtlich der richtigen Auswahl der Beschaffungsalternativen Miete, Leasing oder Kauf finden nicht überall im erforderlichen Umfang statt. Die Kassen mussten daran erinnert werden, dass, um insbesondere bei der Beschaffung von Hardware und Dienstfahrzeuge die günstigste Beschaffungsalternative bestimmen zu können, alle relevanten Vor- und Nachteile einer Beschaffungsart im Rahmen einer Vergleichsberechnung vollständig ermittelt und gegenüber gestellt werden müssen. Der gesamte Ent-

scheidungsprozess ist nachvollziehbar zu dokumentieren.

Aufwandsentschädigung bei Mitgliederwerbung

Insbesondere Kassen, die ihr eigenes Geschäftsstellennetz abgebaut haben oder als „virtuelle Kasse“ von vorneherein hierauf verzichteten, bedienen sich verstärkt einzelner Dienstleister für die Gewinnung neuer Mitglieder und die Mitgliederbetreuung „vor Ort“. Die „Vergütung“ der Mitgliederwerbung durch Dritte ist oftmals sehr uneinheitlich. Einige Kassen zahlen gewerblich tätigen Vermittlern (teilweise sind je nach Kassengröße mehrere Hundert Vertriebspartner registriert) unterschiedlich hohe Prämien, die je nach Vertragspartner zum Teil die nach den Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden als Wirtschaftlichkeitsgrenze festgelegte Marge für die Aufwandsentschädigung (für 2009 gerundet 76,00 € je aufgenommenes Mitglied) einhalten – aber auch erheblich überschreiten.

Besondere Partner erhalten Prämien bis zu 150 € für jedes neue Mitglied, bestehend aus Aufwandsentschädigung sowie Sach- und Reisekostenentschädigung. Bei der nach den Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden festgelegten Aufwandsentschädigungen handelt es sich um eine Pauschale für die Vermittlungstätigkeit, mit der sämtliche Kosten abgedeckt sind. Für weitere „Nebenkostenabrechnungen“ für die Vermittlungstätigkeit Dritter besteht kein Raum.

Eine Kasse hat auch an eigene Mitarbeiter Prämien für die von diesen im Laufe eines Jahres angeworbenen Mitglieder gezahlt. Die Vermittlungsprämie betrug hier ab

dem 16. gewonnenen Neumitglied 25,00 € und stieg bei jeweils weiteren 5 Neuvermittlungen um jeweils zusätzliche 5,00 € an. Die Kasse berücksichtigte bei diesen Prämien auch Vertriebsmitarbeiter. Allein ein Vertriebsmitarbeiter hat im Jahr 2007 zusätzlich zu seinem Gehalt für neue Mitgliedschaften mehr als 40.000 € erzielt. Dies führte zu einer extremen Verwerfung im Gehaltsgefüge der Kassen-Mitarbeiter. In diesem Zusammenhang wurden die Kassen auf die gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden hingewiesen. Danach darf Mitarbeitern der Krankenkassen, die hauptamtlich Mitglieder zu werben haben (Vertriebsmitarbeiter), kein über die Dienstbezüge/Vergütung sowie die Reisekostenvergütung hinausgehendes Entgelt gezahlt werden.

Umfang von Schulungsveranstaltungen

Der Personalrat einer Betriebskrankenkasse führte regelmäßig einmal jährlich für seine ordentlichen Mitglieder – und teilweise auch Ersatzmitglieder – einwöchige Veranstaltungen durch. Nicht nur, dass die Dienststelle ihre Beschäftigten dafür unter Fortzahlung des Gehalts freistellte, sie übernahm darüber hinaus auch sämtliche Kosten, angefangen bei den Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis hin zu den erheblichen Aufwendungen für die Leitung und Moderation der Veranstaltung durch einen externen Dritten – immerhin durchschnittlich gut 15.000 € im Jahr. Der Prüfdienst hat die Dienststelle unter Verweis auf den Grundsatz der sparsamen Haushaltsführung und die einschlägige höchstgerichtliche Rechtsprechung darauf hingewiesen, dass ihre Verpflichtung, die durch die Tätigkeit des Personalrats

entstehenden notwendigen Kosten tragen zu müssen, sie nicht davon befreit, die Voraussetzungen hierfür eigenverantwortlich und kritisch zu prüfen – eine Verpflichtung, die den Personalrat in gleicher Weise trifft. Nicht jede Schulungsveranstaltung gehört zum unentbehrlichen Rüstzeug jedes einzelnen Personalratsmitglieds, dies trifft insbesondere auf nicht sachbezogene Inhalte wie beispielsweise Rhetorikseminare zu. Im Übrigen müssen die Personalratsmitglieder bei (notwendigen) auswärtigen Geschäften ihre Kosten für Essen und Getränke aus dem (Rest-)Tagegeld bestreiten, eine „Vollfinanzierung“ durch die Dienststelle scheidet in aller Regel aus.

Leistungen

Die Prüfungen auf dem Prüffeld „Leistungen“ ergaben auch im Jahr 2009 Fehlerschwerpunkte bei den Krankenkassen, die bereits Gegenstand früherer Tätigkeitsberichte waren. Insbesondere die Kostenerstattung für Leistungen im Ausland sowie die Kostenübernahme für Leistungen ohne Rechtsgrundlage gaben immer wieder Anlass zu Prüfbemerkungen.

Kostenerstattung für Krankenbehandlung im Ausland

Nach § 18 Abs. 3 Satz 2 SGB V ist bei der Erstattung von Kosten, die bei einer Behandlung im Ausland entstanden sind, der Erstattungsumfang auf die Höhe der Vergütung begrenzt, die die Kasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Versicherten können auch nur die Leistungen in Anspruch nehmen, die als vertragsgemäße Sachleistungen zugelassen sind. Andernfalls würden die für Vertragsleistungen geltenden Qualitäts-

sicherungskriterien unterlaufen. Die Kasse hat neben den in der Satzung festgelegten Abschlägen vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch die gesetzlichen Zuzahlungen in Abzug zu bringen.

Auch im vergangenen Prüffjahr musste der Prüfdienst in etlichen Fällen Kassen dazu anhalten, Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung zu berücksichtigen.

Kostenübernahme für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Krankenkassen dürfen nur solche Leistungen übernehmen, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung legen die anerkannten ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden fest und benennen diejenigen Methoden, die von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind.

Trotz dieser Vorgaben haben etliche Krankenkassen wiederum Kosten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden übernommen, die von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind. Unter der Vielzahl der von den Kassen finanzierten Maßnahmen finden sich z. B.:

- die hyperbare Sauerstofftherapie,
- die radiale Stoßwellentherapie,
- die pulsierende Magnetfeldtherapie,
- die Magnet-Resonanztherapie,

- die Gammaknife- oder Cyberknife-Behandlung
- ~~die Misteltherapie.*~~

Der Prüfdienst berät seine Kassen regelmäßig und ausführlich über dieses Thema. Umso erstaunlicher ist es, dass bei den Prüfungen immer wieder solche Fälle aufgedeckt werden. Die Erklärung der Kassen, es handele sich dabei um „Einzelfälle“ vermag angesichts der Häufigkeit – bezogen auf einen mehrjährigen Zeitraum – nicht zu überzeugen.

Primärprävention

Krankenkassen sollen in ihrer Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen (§ 20 Abs.1 SGB V). Der Spitzenverband der Krankenkassen beschließt dazu prioritäre Handlungsfelder und Kriterien, u.a. Bedarf, Zielgruppen, Inhalte und Methodik. Diese sind in einem Leitfaden Prävention zusammengefasst und veröffentlicht.

Dessen ungeachtet bezuschussen viele Krankenkassen Maßnahmen, die weder nach ihrer eigenen Satzung noch nach dem Leitfaden Prävention förderungsfähig sind. Dazu gehören u. a.:

- Babyschwimmen
- Fastenwochen
- Freizeitreisen in Kur- oder Gesundheitszentren
- Beiträge für Sportvereine bzw. Fitnesszentren

Zu letzterem hat das Bundesversicherungsamt in seinem Rundschreiben vom 28. Mai 2009 an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen eindeutig Stellung bezogen. Die Kostenübernahme für

* Mistelpräparate können unter den in den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Voraussetzungen vertragsärztlich verordnet werden. Umstritten ist zwischen dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Bundesministerium für Gesundheit allerdings, ob die Mistelpräparate in bestimmten Fällen auch zur kurativen bzw. prophylaktischen Therapie als Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie zugelassen sind (siehe Urteil des Landessozialgerichtes NRW vom 11.11.2009, Az.: L 11 KA 101/06, anhängig vor dem Bundessozialgericht, Az.: B 6 KA 25/10 R).

Vereinsbeiträge zu Sportvereinen, Fitness-Studios etc. durch die gesetzliche Krankenversicherung ist grundsätzlich ausgeschlossen.

Einige Kassen haben Kurse zur Primärprävention aus dem gleichen Handlungsfeld mehrfach im Kalenderjahr bzw. für mehrere Jahre hintereinander erstattet. Diese Praxis widerspricht ebenfalls dem Leitfaden Prävention: Die Teilnehmer von Maßnahmen sollen befähigt und motiviert werden, nach Abschluss der Maßnahme das erworbene Wissen bzw. die erworbenen Fertigkeiten / Übungen selbständig anzuwenden und fortzuführen sowie in ihren Alltag zu integrieren. Dementsprechend liegt für Anschlusskurse und Folgemaßnahmen die Kostenverantwortung beim Versicherten. Die kontinuierliche Inanspruchnahme dieser Maßnahme kann von den Krankenkassen nicht finanziert werden.

Die von uns geprüften Kassen haben sämtlich zugesichert, sich künftig bei Leistungen zur Primärprävention nach dem Leitfaden Prävention zu richten.

8.7 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL)

Im Mittelpunkt der Tätigkeit des Prüfdienstes Landwirtschaftliche Sozialversicherung standen im Jahr 2009 die Schwerpunktprüfungen zum Thema „Einhaltung des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei den sächlichen Verwaltungskosten“ sowie die Beachtung der sachgerechten Kostenaufteilung nach § 143f SGB VII bei der Zusammenarbeit von vier landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträgern (LSV-Träger).

Die Verwaltungskosten der landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger sind zwar im Laufe der letzten Jahre auf unter fünf Prozent der Gesamtausgaben zurückgegangen (95 Prozent sind Leistungsausgaben). Sie bleiben aber ein Dauerthema, da die regionalen Träger durch das Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung vom 18.12.2008 (LSVMG) verpflichtet wurden, ihre Verwaltungskosten bis zum Jahre 2014 um 20 Prozent zu reduzieren.

Bei der Prüfung von Beschaffungsmaßnahmen wurden Verstöße gegen das Vergaberecht festgestellt, insbesondere in den Fällen, in denen eine öffentliche Ausschreibung zu erfolgen hatte. Zum Teil wurde sogar die von dem jeweiligen LSV-Träger erlassene eigene Beschaffungsrichtlinie missachtet. Beispielsweise konnte der Prüfdienst in den Fällen, in denen vorschriftswidrig keine öffentliche Ausschreibung durchgeführt bzw. keine Vergleichsangebote eingeholt wurden, im Nachhinein nicht mehr ermitteln, ob Gegenstände günstiger und ggf. zu welchen Preisen hätten beschafft werden können.

Bei der Beschaffung von Dienstkraftfahrzeugen hat ein bundesunmittelbarer LSV-Träger nicht immer das Wirtschaftlichkeitsgebot, sondern vielmehr die persönlichen Wünsche der Bediensteten als Selbstfahrer hinsichtlich des Typs, Motorisierung und Ausstattung des jeweiligen Fahrzeugs in den Vordergrund gestellt. Dieser Träger erlaubte es den Selbstfahrern, dass diese gegen Entrichtung einer Kilometerpauschale die Dienstfahrzeuge auch privat nutzen durften. Bei einigen Abrechnungen konnte der Prüfdienst die jeweiligen Erstattungs-

beträge nicht nachvollziehen, weil die Eintragungen in den entsprechenden Fahrtenbüchern nicht stimmig waren. Zudem wurden bei der Abrechnung der Prämien zur Kfz.-Versicherung in einigen Fällen Doppelzahlungen festgestellt.

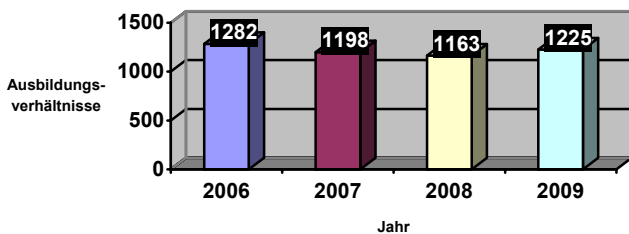
Nach § 143f SGB VII sind der Spitzenverband der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV) und die LSV-Träger verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Verwaltungsaufgaben und bei der Betreuung und Beratung der Versicherten eng zusammenzuarbeiten, um eine wirtschaftliche und sparsame Aufgabenerfüllung zu gewährleisten. Werden hierzu gemeinsame Einrichtungen geschaffen oder unterhalten oder werden in sonstiger Weise Mittel und Kräfte eines Trägers für die Erfüllung von Aufgaben anderer oder aller Träger eingesetzt, ist durch geeignete Verfahren eine sachgerechte Kostenaufteilung sicherzustellen. Die Verfahren bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörden. Der Prüfdienst hat das Kostenverteilungsverfahren bei dem LSV-SpV und den dem BVA unterstellten LSV-Trägern geprüft. Dabei wurde festgestellt, dass die vorgenommene Kostenverteilung nicht immer im Einklang mit dem genehmigten Verfahren stand, so dass einige LSV-Träger gelegentlich übermäßig belastet, andere hingegen entlastet wurden.

9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSBILDUNGSGESETZ (BBIG)

9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSBILDUNGSGESETZ (BBIG)

Ausbildungsplatzsituation

Der seit Jahren anhaltende Abwärtstrend wurde im Berichtsjahr mit 1.225 geschlossenen Ausbildungsverträgen, einem Plus von 5,33 Prozent gegenüber dem Vorjahr, gestoppt. Damit wurde zwar das aufgrund der Prognoseabfrage im Vorjahresbericht ins Auge gefasste Ziel, im Jahr 2009 auf das Niveau von 2006 zu kommen, nicht ganz erreicht. Gleichwohl lag das Ergebnis immerhin rund 2,25 Prozent über dem des Jahres 2007. Die aktuelle Prognoseabfrage bei den Trägern für das Jahr 2010 hat aber ergeben, dass die Zahl neuer Ausbildungsverhältnisse vermutlich wieder deutlich und möglicherweise sogar unter den Wert von 2008 sinken wird.

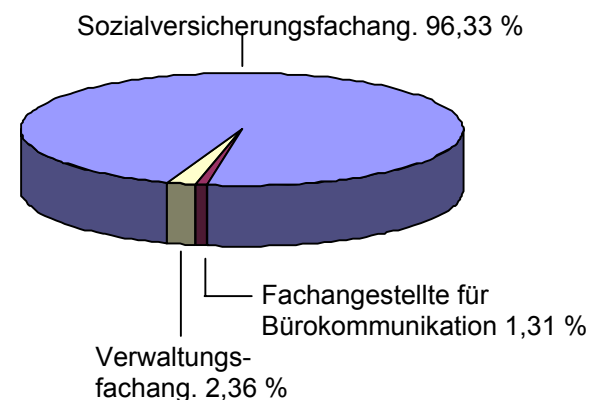


Mit 1.180 Neuverträgen, das sind rund 3,23 Prozent mehr als im Vorjahr, stellten die Sozialversicherungsfachangestellten auch im Berichtsjahr den Hauptteil der neu eingestellten Auszubildenden. Mit Ausnahme der Fachrichtung Landwirtschaftliche Sozialversicherung - bei ihr wurde die Anzahl neuer Verträge mit einem Minus von rund 45,45 Prozent auf das Niveau von 2004 zurückgefahren - waren alle Fachrichtungen an dem Zuwachs mehr oder weniger beteiligt. Wie immer stellten die Krankenversicherungsträger mit 875 die meisten „neuen“ Sozialversicherungsfachangestellten ein.

Das sind rund 74,15 % aller neuen Ausbildungsverhältnisse in diesem Beruf. Sie verteilen sich mit 521 auf die Ersatzkassen, mit 279 auf die Betriebskrankenkassen und mit 75 auf die Innungskrankenkassen. Der geringe Zuwachs in dieser Fachrichtung von rund 0,81 Prozent gegenüber dem Vorjahr kann durchaus damit zusammenhängen, dass im Berichtsjahr nun auch die großen Ersatzkassen zu Lasten der Sozialversicherungsfachangestellten in die Ausbildung von Kaufleuten im Gesundheitswesen eingestiegen sind.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund machte ihr Vorjahresergebnis von rund 14,3 Prozent weniger Ausbildungsverträgen wieder wett und schloss im Jahr 2009 rund 28,33 Prozent mehr Ausbildungsverträge ab als 2008. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit rund 12,62 Prozent mehr und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See mit 11 Prozent mehr Ausbildungsverträgen haben ihre positiven Vorjahresergebnisse nicht nur gehalten, sondern weiter ausgebaut.

Ausbildungsverhältnisse 2009



Das eingangs erwähnte positive Gesamtergebnis ist aber nicht nur auf

die Entwicklung im Ausbildungsberuf der Sozialversicherungsfachangestellten zurückzuführen, die daran zu gut dreiviertel beteiligt sind. Rund 16,13 Prozent entfallen auf den Beruf der Fachangestellten für Bürokommunikation und gut 8 Prozent auf den Beruf der Verwaltungsfachangestellten. Hatten die Träger der allgemeinen Krankenversicherung zuletzt im Jahr 2007 drei Auszubildende zu Fachangestellten für Bürokommunikation eingestellt und im Vorjahr gar keine, sind sie im Jahr 2009 gleich mit 10 neuen Verträgen wieder in die Ausbildung dieses Berufes eingestiegen. Bei den Unfallversicherungsträgern werden ebenfalls Fachangestellte für Bürokommunikation ausgebildet. Sie stellten 2009 mit fünf einen Auszubildenden für diesen Beruf mehr ein als 2008. Das Plus bei den Verwaltungsfachangestellten geht auf das Konto der Deutschen Rentenversicherung Bund, die allerdings im kommenden Jahr möglicherweise mit der Ausbildung in diesem Beruf aussetzen wird.

Beim Bundesversicherungsamt werden wie bisher beide Berufe ausgebildet, vier Verwaltungsfachangestellte und ein Fachangestellter für Bürokommunikation.

Das Verhältnis von Auszubildenden mit Hoch- oder Fachhochschulreife zu denen mit einem Realschul- oder gleichwertigen Abschluss ist im Berichtsjahr mit rund 69,47 Prozent zu rund 30,45 Prozent im Vergleich zum Vorjahr mit rund 69,6 Prozent zu rund 29,6 Prozent annähernd gleich geblieben. Allerdings hatte nur noch ein neuer Auszubildender (rd. 0,08 Prozent) einen Hauptschulabschluss. In der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung blieb das Verhältnis von Auszubildenden mit (Fach-) Hochschul-

abschluss (702 = rund 79,32 Prozent) zu denjenigen mit einem mittleren Schulabschluss (183 = rund 20,68 Prozent) unverändert. War es in der Fachrichtung gesetzliche Unfallversicherung im Vorjahr ausgeglichen, verschob es sich im Jahr 2009 um rund 2,59 Prozent leicht zu Gunsten der (Fach-) Abiturienten. Hier wird auch der einzige neue Auszubildende mit Hauptschulabschluss ausgebildet. Lag der Anteil der (Fach-) Abiturienten bei der Deutschen Rentenversicherung Bund im Jahr 2008 bei fast 60 Prozent, lag er im Berichtsjahr nur noch bei rund 45,1 Prozent. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gab es eine leichte Verschiebung um 2,62 Prozent zugunsten der (Fach-) Abiturienten. Bei den Trägern der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung waren im Jahr 2009 beide Schulabschlüsse, anders als noch im Vorjahr mit 1 zu 8 zugunsten der mittleren Schulabschlüsse, gleich stark vertreten.

Neben Bayern (plus 11,4 Prozent) und dem Saarland (plus 23,68 Prozent), die bereits im Vorjahr im Aufwärtstrend lagen, steigerten im Berichtsjahr auch Baden-Württemberg (plus 20,1 Prozent) und Mecklenburg-Vorpommern (plus 14,28 Prozent) die Ausbildungszahlen. Bei allen anderen landesunmittelbaren Trägern ging die Anzahl der bestehenden Ausbildungsverhältnisse mit Sozialversicherungsfachangestellten jedoch zurück. Zum 31. Dezember 2009 bestanden daher nur noch 3.335 Verträge. Das ist ein Minus gegenüber dem Vorjahr von 5,17 Prozent.

Am Stichtag 31. Dezember 2009 betreute das Bundesversicherungsamt 3.348 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten und damit gut die Hälfte

(rund 50,1 Prozent) aller Auszubildenden dieses Berufes auf Bundes- und Landesebene.

Ausbildungsberatung

Im Berichtsjahr hat das Bundesversicherungsamt als Zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz in 255 Veranstaltungen 3.100 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten, Kaufleuten im Gesundheitswesen, Verwaltungsfachangestellten und Fachinformatikern beraten. Hierzu wurden Lehrgänge, Geschäftsstellen und Bezirksverwaltungen besucht. Die meisten Beratungen wurden bei Sozialversicherungsfachangestellten durchgeführt, davon rund 75 Prozent der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung.

Bei vielen Krankenversicherungsträgern stand im Jahr 2009 die Ausbildung ganz im Zeichen der Fusion. Gerade kassenartübergreifende Fusionen führten zum Teil zu erheblichen Problemen. Bei den in der Ausbildung tätigen Fachlehrern, Ausbildern und Ausbildungshelfern waren „Soft Skills“ daher besonders gefragt. Ausgeprägte pädagogische Fähigkeiten, viel Einfühlungsvermögen und Sensibilität für die Wahrnehmung von Stimmungen waren für ihre Arbeit unerlässlich. Jetzt zahlte es sich aus, wenn - wie das inzwischen erfreulicherweise vermehrt der Fall ist - die Träger bei Auswahlverfahren nicht nur auf eine hohe fachliche Qualifikation der Ausbilder und Ausbilderinnen, sondern auch auf deren arbeitspädagogische Kompetenz und Persönlichkeit Wert gelegt haben. Denn es waren Auszubildende mit z. T. stark unterschiedlichen Vorkenntnissen auf ein Wissensniveau zu bringen und gemeinsam zum erfolgreichen Berufsabschluss zu

führen. Die Auszubildenden der übernommenen Träger mussten sich in der Regel auf unbekannte Ausbildungskonzepte mit anderen Schwerpunkten und neue Ausbilder und Ausbilderinnen einstellen. Für die Auszubildenden des zweiten und dritten Ausbildungsjahres war das besonders schwer.

Hinzu kam die Sorge um die berufliche Zukunft. Die Auszubildenden befürchteten, dass künftig fusionsbedingt weniger Übernahmestellen für mehr Auszubildende zur Verfügung stehen. Sie berichteten daher von erheblichem Konkurrenzdruck zwischen „alten“ und „neuen“ Auszubildenden. Diese Sorge ist wohl nicht unbegründet. Zwar war im Jahr 2009 bei fast allen Versicherungsträgern ein positives Übernahmeklima festzustellen. Viele Auszubildende bekamen oft schon in der Mitte der Ausbildungszeit eine Übernahmegarantie und nach Abschluss der Ausbildung sogar ein Dauerarbeitsverhältnis. Die Verantwortlichen erklärten jedoch, dass fusionsbedingte Synergieeffekte genutzt werden und damit auch Personaleinsparungen einhergehen würden.

Trotz dieser hohen Anforderungen wird bei Geschäftsstellenberatungen immer wieder beobachtet, dass Ausbilder und Ausbilderinnen nicht für diese verantwortungsvolle Aufgabe freigestellt werden. Selbst dann nicht, wenn die Zahl der zu betreuenden Auszubildenden durch eine Fusion steigt. Dies ist aus Sicht des Bundesversicherungsamtes wenig hilfreich. Denn gerade dann und in Problemfällen, z.B. bei leistungsschwachen Auszubildenden, wirkt sich diese Situation negativ aus.

Die Verantwortung der Ausbildungsberater des Bundesversicherungsamtes ist in diesem schwierigen Umfeld groß. Sie versuchen zu motivieren, indem sie Wege aufweisen, mit der Situation umzugehen und indem sie mögliche Berufsalternativen aufzeigen.

Im Berichtsjahr wurden rund 150 Auszubildende für den Beruf der Kauffrau/des Kaufmanns im Gesundheitswesen eingestellt. Damit gewinnt das Berufsbild insbesondere bei den Ersatzkassen immer mehr an Bedeutung. Die Träger schätzen die Ausrichtung des Ausbildungsprofils auf kaufmännische Kenntnisse und die hohe Spezialisierung in einem bestimmten Fachbereich. Allerdings sind die Absolventen nicht so flexibel einsetzbar wie erhofft. Grund dafür sei, so wurde berichtet, ein Defizit an sozialversicherungsrechtlichen Kenntnissen. Bisher gingen die Träger davon aus, 25 Prozent der den Sozialversicherungsfachangestellten während der Ausbildung vermittelten Kenntnisse im Sozialversicherungsrecht seien für einen Einsatz der Kaufmänner und Kauffrauen im Gesundheitswesen auch außerhalb deren Spezialgebiete ausreichend. In der Praxis habe sich dann aber doch ein hoher Nachschulungsbedarf ergeben. Deshalb sei der Anteil des zu vermittelnden Sozialversicherungsrechts auf 50-60 Prozent erhöht worden.

Prüfungen

Im Jahr 2009 hat das Bundesversicherungsamt 2.614 Prüflinge und somit 100 weniger als im Vorjahr geprüft.

An 16 Zwischenprüfungen nahmen 1.053 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten, neun zu Fachangestellten für Bürokommunikation, einer zum Fachangestellten für Medien und Informationsdienste und 27 angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 62 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 15 Abschlussprüfungen, bei denen 73 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 1.252 Prüflinge teil, darunter 25 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r entfielen 1.222 Prüflinge, 24 auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte/r, fünf auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Bürokommunikation und einer auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Medien- und Informationsdienste. 1.213 Prüflinge bestanden die Prüfung (ca. 97 Prozent). Unter den 1.222 Prüflingen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellte/r waren 44, die wir nach § 45 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen hatten. Von diesen kam einer von der Deutschen Rentenversicherung Bund, alle anderen kamen von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin/zum Krankenkassenfachwirt nahmen 170 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Betriebs- und Innungskrankenkassen teil. 39 davon kamen von landesunmittelbaren Kassen und wurden von uns in Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen

haben. Sechs Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. 148 Prüflinge bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das Bundesversicherungsamt - wie auch im Jahr zuvor - von der „Geschäftsstelle für das Prüfungswesen bei BKK/IKK“ unterstützt.

Zudem wurden zehn Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 102 Ausbilderinnen und Ausbilder - und damit rund 28 Prozent mehr als im Vorjahr - teilnahmen. 47 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder sind bei Krankenkassen, 23 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften, 12 bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und 20 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund beschäftigt. Alle Prüfungsteilnehmer und -teilnehmerinnen bestanden die Prüfung.

Für die tatkräftige Hilfe der Versicherungsträger, Verbände und der Prüfungsausschüsse bei der Organisation und Durchführung der Prüfungen bedankt sich das Bundesversicherungsamt auch in diesem Jahr wieder herzlich.

Ausbildereignungsverordnung vom 21.01.2009 und deren Auswirkungen auf die Ausbildereignungsprüfungen

Um der Ausbildungskrise entgegenzuwirken, wurde mit der Neuregelung der Ausbildereignungsverordnung vom 28. Mai 2003 die Verpflichtung der Ausbilder, einen Nachweis ihrer berufs- und arbeitspädagogischen Qualifikation zu erbringen, ausgesetzt. Durch den Wegfall des als Ausbildungshemmnis angesehenen Qualifizierungsnachweises wollte die Bundesregierung seinerzeit insbesondere auch kleinere Betriebe animieren, Ausbildungsplätze zur Verfügung zu

stellen. Der Berufsbildungsausschuss beim Bundesversicherungsamt sah das kritisch und befürchtete, ein Verzicht auf den Qualifikationsnachweis könne negative Folgen für die Ausbildungsqualität und damit auch die Qualifikation der künftigen Nachwuchskräfte nach sich ziehen. Diese Befürchtung hat sich offenbar, so ist es der Stellungnahme des Hauptausschusses des Bundesinstitutes für Berufliche Bildung zum Berufsbildungsbericht 2008 zu entnehmen, bewahrheitet.

Um den gewonnenen Erkenntnissen, aber auch den in den vergangenen Jahren weiter gestiegenen inhaltlichen und pädagogischen Anforderungen in der Berufsausbildung Rechnung zu tragen und auch künftig einen qualifizierten Fachkräftenachwuchs sicherzustellen, wurde die Ausbildereignungsverordnung vom 16. Februar 1999 grundlegend überarbeitet. Die Neufassung trat am 01. August 2009 in Kraft. Nun haben die in der Ausbildung Tätigen ihre berufs- und arbeitspädagogische Eignung wieder nachzuweisen. Ausbilder und Ausbilderinnen, die wegen der Aussetzung der Nachweispflicht ohne Prüfung in der Ausbildung tätig sind, sind aber weiterhin von der Nachweispflicht befreit.

Im Folgenden ein kurzer Überblick über die wesentlichen Neuerungen:

Die bisher sieben Handlungsfelder wurden auf die vier Handlungsfelder

- Prüfung der Ausbildungsvoraussetzungen und Planung der Ausbildung,
- Vorbereitung der Ausbildung und Mitwirkung bei der Einstellung von Auszubildenden,
- Durchführung der Ausbildung und

- Abschließen der Ausbildung

reduziert. Ihre bisherigen Inhalte blieben dabei aber - modernisiert und ergänzt - weitgehend erhalten. Geändert haben sich auch die Prüfungsanforderungen und der Prüfungsablauf. Nunmehr müssen im schriftlichen Teil der Prüfung aus allen - bisher hieß es „aus mehreren“ - Handlungsfeldern fallbezogene Aufgaben bearbeitet werden. Dabei sollen - auch anders als bisher - drei Stunden nicht unterschritten werden. In der praktischen Prüfung ist zwar, zumindest dem Wortlaut nach, die Präsentation einer Ausbildungssituation mehr in den Vordergrund gerückt. Den Prüfungsteilnehmern/Prüfungsteilnehmerinnen steht es jedoch nach wie vor frei, ob sie in der Prüfung die Form der Präsentation oder die der Durchführung einer Ausbildungssituation wählen. An der Gesamtdauer der praktischen Prüfung hat sich nichts geändert.

Die genannten Änderungen führten dazu, dass auch die Prüfungsordnung für die Durchführung von Prüfungen zum Nachweis der berufs- und arbeitspädagogischen Eignung entsprechend überarbeitet werden musste. Nachdem der Berufsbildungsausschuss beim Bundesversicherungsamt die neue Prüfungsordnung beschlossen hatte, wurde sie am 6. November 2009 vom Präsidenten des Bundesversicherungsamtes erlassen und trat am 18. Dezember 2009 in Kraft. § 8 der Ausbildereignungsverordnung ermöglicht es jedoch, begonnene Prüfungsverfahren bis zum Ablauf des 31. Juli 2010 nach den bisherigen Vorschriften zu Ende zu führen. Ab August 2010 muss dann endgültig nach den neuen Regeln geprüft werden.

**10. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST
IN DER SOZIALVERSICHERUNG**

10. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG

Ergebnisse der Laufbahnprüfungen

In zwei Laufbahnprüfungen wurden insgesamt 113 Verwaltungsinspektorenanwärter/innen geprüft (67 von der Deutschen Rentenversicherung Bund, 46 von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, darunter vier, die das Bundesversicherungsamt dort ausbilden lässt).

Von 38 Teilnehmer/innen der Deutschen Rentenversicherung Bund an der Frühjahrsprüfung bestanden vier die Prüfung nicht. Die Misserfolgsquote von 10,53 Prozent war damit höher als bei der vergleichbaren Prüfung im Jahr 2008 mit 7,27 Prozent (Frühjahr) bzw. 6,82 Prozent (Herbst). Etwas positiver als im Frühjahr gestaltete sich das Ergebnis der Anwärterinnen und Anwärter der Deutschen Rentenversicherung Bund bei der Herbstprüfung. Von 29 Prüflingen erreichten drei (10,34 Prozent) das Ziel des Erwerbs der Laufbahnbefähigung nicht. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See haben in der Herbstprüfung von 46 Prüflingen drei die Prüfung nicht bestanden, das sind 6,52 Prozent, darunter ein Prüfling vom Bundesversicherungsamt. Dieses Ergebnis ist deutlich erfreulicher und erfolgreicher als das der Prüfungen aus dem Jahr 2008 mit 13,04 Prozent (Frühjahr) bzw. 16,95 Prozent (Herbst).

88 Prüflinge legten gegen die Prüfungsentscheidung Widerspruch ein. 59 nahmen ihn nach Einsichtnahme in ihre Prüfungsarbeiten zurück. 29 Widersprüche

wurden als unzulässig bzw. als unbegründet zurückgewiesen.

Vor dem Verwaltungsgericht Berlin war ein Verfahren anhängig. In diesem Fall wurde das Bundesversicherungsamt verpflichtet, eine teilweise Neubewertung der Klausur durch die Prüfungskommission zu veranlassen. Der zuständige Prüfungsausschuss bewertete die in Rede stehende Prüfungsarbeit mit 5 Rangpunkten und der Note ausreichend. Diese Entscheidung hatte zur Folge, dass der Anwärter nunmehr zur mündlichen Prüfung zugelassen wurde.

Eine positive Entwicklung hat es sowohl bei der Deutschen Rentenversicherung Bund als auch bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gegeben, indem entgegen der Praxis in den vergangenen Jahren eine größere Anzahl der Anwärterinnen und Anwärter mit sehr guten oder guten Prüfungsergebnissen als Beamtin oder Beamter auf Probe übernommen worden sind. Die übrigen Prüflinge erhielten befristete Verträge im Tarifbeschäftigtenverhältnis.

Die Diplomarbeit, deren Bewertung mit mindestens 5 Rangpunkten Bestehensvoraussetzung für die Laufbahnprüfung ist und die mit 15 v. H. zum Ergebnis der Laufbahnprüfung beiträgt, deckt weiterhin ein breites Themenspektrum aus den Inhalten der Ausbildung ab. Mithilfe einer entsprechenden Software, wurden erstmals alle Diplomarbeiten auf Plagiate überprüft.

39 Studierende der DRV-Bund der Frühjahrsprüfung meldeten ein Thema selbständig über den betreuenden Dozenten bzw. die betreuende Dozentin der Fachhochschule an.

Im Rahmen der Herbstprüfung fertigten 23 Studierende der DRV-Bund und 38 Studierende der DRV-KBS ihre Diplomarbeit an. Alle Studierenden dieses Jahrganges haben ihr Diplomarbeitsthema selbständig gefunden. Das Prüfungsamt konnte alle Themen bis auf marginale Änderungen genehmigen und folgte auch den Vorschlägen des Fachbereichs zum Zweitkorrektor.

2 Studierende der KBS haben in der Diplomarbeit nicht die geforderte Mindestpunktzahl von 5 Rangpunkten (Note ausreichend) erhalten und haben deshalb unmittelbar nach Beendigung der mündlichen Prüfung eine Diplomarbeit neu geschrieben.

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.

11. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

11. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

Seit nunmehr 30 Jahren werden in der Mutterschaftsgeldstelle beim Bundesversicherungsamt Anträge auf Zahlung des Mutterschaftsgeldes nach § 13 Absatz 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG) in Höhe von maximal 210 Euro bearbeitet. Insgesamt hat das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr für Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft rund 3,5 Millionen Euro ausgegeben. In diesem Betrag sind rund 40.000 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung nach § 26 Absatz 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 347 Nr. 8 SGB III für die Frauen enthalten, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Infolge der Beitragsatzreduzierung von 3,3 Prozent auf 2,8 Prozent zum 01. Januar 2009 fielen die Ausgaben hierfür rund 16,7 Prozent niedriger aus als im Vorjahr. Die Ausgaben für Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld stiegen hingegen um nahezu das Siebeneinhalbfache auf rund 46.000 Euro an. Hier macht sich die Konjunkturlage stark bemerkbar. Denn mit einer Ausnahme handelte es sich ausschließlich um Zuschusszahlungen nach § 14 Absatz 3 MuSchG wegen Insolvenz der Arbeitgeber.

Im Jahr 2009 wurden rund 21.800 Anträge auf Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt gestellt, unwesentlich weniger (1,4 Prozent) als im Vorjahr. In rund 75 Prozent der Fälle wurde den Anträgen entsprochen und das Mutterschaftsgeld ausgezahlt. In den Fällen, in denen die Zahlung des Mutterschaftsgeldes abgelehnt wurde, hatten die Antragstellerinnen meistens zu Beginn der Schutzfrist kein Arbeitsverhältnis. In den

Fällen, in denen bestehende Arbeitsverhältnisse während der Schwangerschaft und vor Beginn der Schutzfrist durch Zeitablauf endeten, von den Antragstellerinnen selbst beendet oder von ihnen im gegenseitigen Einvernehmen mit den Arbeitgebern aufgelöst wurden, handelte es sich nicht um eine Auflösung im Sinne von § 9 Absatz 3 MuSchG. Der Anspruch auf das Mutterschaftsgeld nach § 13 Abs. 2 Satz 3 MuSchG war ausgeschlossen.

Selbständig berufstätige Frauen, deren Anträge die Mutterschaftsgeldstelle wegen Fehlens eines Arbeitsverhältnisses ablehnen musste, fühlen sich den abhängig beschäftigten Frauen gegenüber regelmäßig benachteiligt. Bereits vor Jahren hat das Bundessozialgericht jedoch die Frage, ob die Geltung des MuSchG ausschließlich für Arbeitnehmerinnen gegen Artikel 6 Absatz 4 oder Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz verstoße, verneint. Mit dem Mutterschutzgesetz gestalte der Gesetzgeber den Schutz- und Fürsorgeanspruch einer ganz bestimmten Personengruppe aus, nämlich der Mütter, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, ohne gleichzeitig allen anderen Müttern diesen Anspruch abzusprechen. Die unterschiedliche Behandlung von Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen und solchen, die selbständig berufstätig sind, sei auch sachlich begründet. Denn ohne die Regelung des MuSchG hinge bei einer in einem Arbeitsverhältnis stehenden Frau im Falle von Schwangerschaft und Mutterschaft der Fortbestand ihrer Erwerbsquelle, und damit die Chance auf die zukünftige wirtschaftliche Absicherung von Mutter und Kind, vom Wohlwollen des Arbeitgebers ab. Diese

Abhängigkeit gegenüber einem Dritten sei bei einer selbständig berufstätigen Frau nicht gegeben. Sie könne in gewissem Umfang durch eigene Dispositionen erreichen, dass ihr Betrieb auch während einer Schwangerschaft „weiterläuft“ und sich so ihre zukünftige wirtschaftliche Absicherung erhalten. Diese Argumentation nachzuvollziehen fällt gerade den betroffenen beruflichen „Einzelkämpferinnen“ sehr schwer.

Wenn es darum geht, sich auf Kosten der Steuerzahler oder der Versichertengemeinschaft zu bereichern, wohl wissend, dass die Anspruchsvoraussetzungen dafür nicht vorliegen, sind der Kreativität zuweilen kaum Grenzen gesetzt. So erklärte eine Antragstellerin, die das selbst gegründete Kosmetikstudio bis kurz vor Beginn der Schutzfrist noch selbst führte, dass nunmehr ihr Ehemann das Studio übernommen habe und leite. Sie arbeite lediglich im Rahmen eines Minijobs als einzige angestellte Kosmetikerin. Zum Nachweis legte sie einen Arbeitsvertrag und eine Gewerbebeanmeldung des Ehemannes vor. Der Antrag wurde zurückgewiesen. Ein Arbeitsverhältnis liegt nämlich nur dann vor, wenn sich aus den tatsächlichen Umständen ergibt, dass ein Beschäftigter in die Ordnung eines Betriebes eingegliedert ist und die Leistung in persönlicher Abhängigkeit im Rahmen eines Über-Unterordnungsverhältnisses erbringt. Daran bestanden hier jedoch erhebliche Zweifel. Denn der Ehemann war vollzeitbeschäftigter technischer Angestellter. Unabhängig davon, ob er für das Führen eines Kosmetikstudios ausreichend Zeit hatte, fehlten ihm insbesondere die notwendigen Fach- und Branchenkenntnisse. Diese hatte allein seine Ehefrau. In einem solchen Fall kann von einem Über-

Unterordnungsverhältnis, in dem der Ehemann seiner Frau fachliche Weisungen gibt, keine Rede sein. Das Vorliegen eines Arbeitsverhältnisses wurde daher verneint.

12. ANHANG

TABELLEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

ÜBERSICHT AUFSICHTSPRÜFUNGEN

ÜBERSICHT DER BUNDESUNMITTELBAREN TRÄGER, VERBÄNDE
UND EINRICHTUNGEN DER SOZIALVERSICHERUNG

ORGANISATIONSPLAN DES BVA (Stand: 31.12.2009)

Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2008

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Ausgaben Dialyse	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme ¹
RSA gemeldet	69.975.264	32.806.481	53.670.840	1.788.343	6.581.228	150.452.677
RP gemeldet	664.181	6.727.822	15.843.415	1.688.702	1.705.911	25.965.851
Proz. Anteil RP an RSA pro HLB	0,95%	20,51%	29,52%	94,43%	25,92%	17,26%
RP-Beträge		1.622.167	4.021.408	425.507	285.994	6.355.078
Proz. Anteil RP- Betrag an RSA pro HLB		4,94%	7,49%	23,79%	4,35%	4,22%

Alle Angaben in Tausend €

Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2007

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Ausgaben Dialyse	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme ²
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 €

Durchgeführte Aufsichtsprüfungen im Jahr 2009

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.

Durchgeführte Aufsichtsprüfungen im Jahr 2009

<i>Aufsichtsprüfungen</i>						
Referat	durchgeführte Prüfungen nach Prüfplan		Prüfungen außerhalb des Prüfplans		Prüfungen insgesamt	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
I 4	1	1	0	0	1	1
I 5	3	4	10	5	13	9
I 6	4	2	0	0	4	2
II 4	120	109	35	19	155	128
III 4	15	14	1	0	16	14
IV 5	13	7	0	0	13	7
V 5	9	4	2	1	11	5
Gesamt	165	141	48	25	213	166

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.08	Anzahl 31.12.09
Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ³		
Ersatzkassen	8	8
Barmer Ersatzkasse		
Deutsche Angestellten Krankenkasse		
KKH-Allianz		
Hamburg-Münchener Ersatzkasse		
Handelskrankenkasse		
Hanseatische Krankenkasse		
Gmünder Ersatzkasse		
Techniker Krankenkasse		
Innungskrankenkassen	7	6
Innungskrankenkasse Hamburg		
IKK gesund plus		
Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG)		
SIGNAL IDUNA IKK		
IKK Niedersachsen		
IKK Sachsen		

³ nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.08	Anzahl 31.12.09
Sonstige Krankenkassen	1	1
Knappschaft		
Landwirtschaftliche Krankenkassen	2	2
Krankenkasse für den Gartenbau		
Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland		
Betriebskrankenkassen	99	86
in Baden-Württemberg	13	12
in Bayern	10	7
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	2	2
in Hamburg	8	6
in Hessen	11	11
in Mecklenburg-Vorpommern	1	1
in Niedersachsen	9	9
in Nordrhein-Westfalen	33	27
in Rheinland-Pfalz	7	7
in Sachsen	2	1
in Sachsen-Anhalt	1	-
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	1	1
in Thüringen	-	-
Krankenversicherungsträger insgesamt	117	102

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.08	Anzahl 31.12.09
----------------------------	----------------------------	----------------------------

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung		
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	23	21
Bergbau-Berufsgenossenschaft		
Steinbruchs-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft Elektro Textil Energie		
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 31.12.08	Anzahl 31.12.09
Übertrag	23	21
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	28	26

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.08	Anzahl 31.12.09
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 31.12.08	Anzahl 31.12.09
Träger der Alterssicherung der Landwirte	2	2
Alterskasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Alterskasse Mittel- und Ostdeutschland		
Alterskassen insgesamt	2	2
Verbände	1	2
Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Spitzenverband „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.“		
Verbände insgesamt	1	2
Weitere Einrichtungen	3	3
Seemannskasse Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft Versorgungsträger Ernst-Abbé-Stiftung		
Weitere Einrichtungen insgesamt	3	3
Zusammenstellung		
Krankenversicherungsträger	117	102
Unfallversicherungsträger	28	26
Rentenversicherungsträger	2	2
Alterskassen	2	2
Verbände	1	2
Weitere Einrichtungen	3	3
Insgesamt	153	137

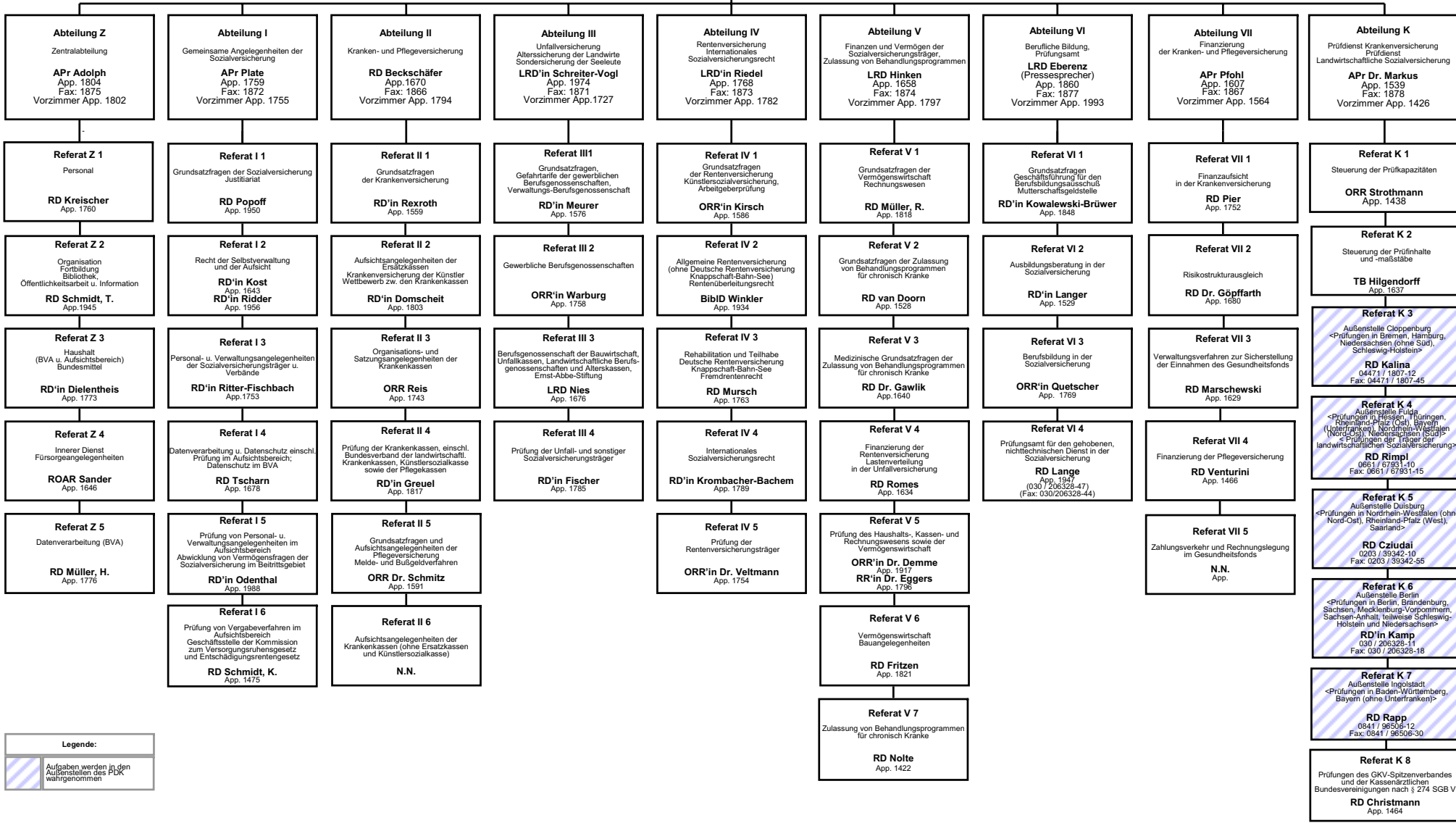
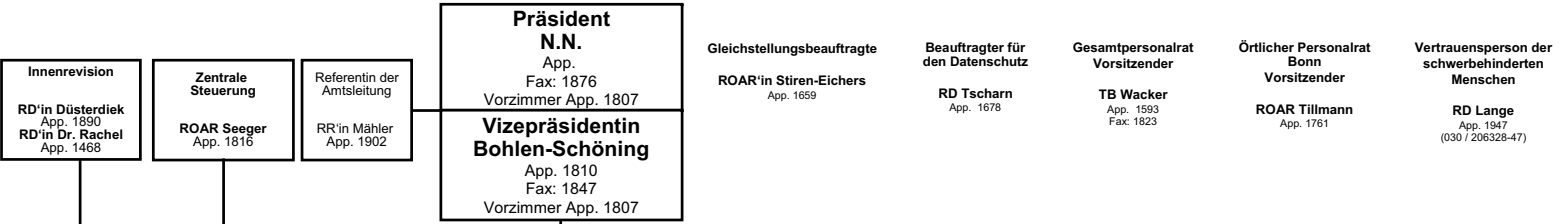


Bundesversicherungsamt

Organisationsplan

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

Stand: Dezember 2009



Legende:

Aufgaben werden in den Außenstellen des BVA wahrgenommen