



Bundesversicherungsamt

# Tätigkeitsbericht 2005



**Herausgeber:**

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



## Vorwort

Wir ziehen hier die Bilanz des Jahres 2005 – zugleich blicken wir voller Stolz auf ein halbes Jahrhundert, in dem wir unseren Beitrag zum Erfolg der Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland geleistet haben. Die Errichtung des Bundesversicherungsamtes als selbstständige Bundesoberbehörde am 9. Mai 1956 war eine Antwort auf die starke Zersplitterung des Sozialversicherungsrechts nach dem Kriege. Auf dem Gebiet der Verwaltung „erbte“ das Amt die Aufgaben des 1884 gegründeten Reichsversicherungsamtes, während die Aufgaben der Rechtsprechung gemäß dem Grundsatz der Gewaltenteilung nunmehr der Sozialgerichtsbarkeit obliegen.

Das Bundesversicherungsamt führt die staatliche Aufsicht über die Selbstverwaltung der Träger, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet dreier Bundesländer hinaus erstreckt. So viele Aufgaben uns in den vergangenen Jahrzehnten auch zugewachsen sind, noch immer sind Aufsicht und Verteilung von Lasten die tragenden Säulen unserer Arbeit. Die gesetzlich geregelte Sozialversicherung – und insbesondere die Finanzaufsicht – wird ständig komplexer, die Nähe zum Bürger haben wir uns erhalten. 540 engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, für die Rechtssicherheit und Vertrauensschutz keine leeren Begriffe sind, sehen hinter jeder Eingabe nicht nur den juristischen Sachverhalt, sondern auch die ökonomischen und sozialen Folgen für die Beschwerdeführer und die Solidargemeinschaft.

Die Verantwortung angesichts der Summen in Milliardenhöhe, die wir bewirtschaften, ist beträchtlich. Schwierigen Sachverhalten, wie sie sich z. B. aus der Überleitung der Sozialversicherungsanstalt der DDR ergaben, haben sich unsere Experten immer mit besonderem Engagement gestellt. Der Blick in die Annalen zeigt, dass wir den Umbau der Sozialversicherungslandschaft mit Anregungen und Augenmaß begleitet haben. Beispiele sind die Zusammenschlüsse der gesetzlichen Krankenversicherungsträger zu größeren Organisationseinheiten, wodurch sich die Zahl der Träger in den letzten fünfzehn Jahren auf rund ein Fünftel reduziert hat, sind die Einführung der Pflegeversicherung und des Risikostrukturausgleichs ebenso wie die der Disease-Management-Programme: Stets war das Bundesversicherungsamt nicht nur Kritiker und Wächter, sondern in erster Linie Ratgeber.

Als Folge der Verlagerung des Regierungssitzes nach Berlin haben wir Ende 2000 auch den Umzug von der Spree an den Rhein bewältigt. Dabei haben wir sowohl die Probleme gemeistert als auch die Chancen genutzt, die mit dem umfangreichen Personaltausch verbunden waren.

2005 gab es auch Veränderungen an der Spitze: Nach 31 Jahren im Bundesversicherungsamt ging Herr Eckhart Eitner in den Ruhestand. Als Vizepräsident hatte er seit 1993 die Arbeit des Hauses und nicht zuletzt unseren jährlichen Rechenschaftsbericht entscheidend mitgeprägt. Frau Sylvia Bohlen-Schöning, die am 1. August das Amt der Vizepräsidentin übernommen hat, bringt Erfahrungen nicht nur aus Trägersicht, sondern auch aus einer Landesbehörde ein.

Das Jahr 2005 bot nicht in jeder Hinsicht Anlass zu Euphorie. Noch immer gab es zahlreiche Beanstandungen bei den vorgelegten Haushaltsplänen. Mängel im Verwaltungsverfahren der Kassen haben unsere Prüfungen verzögert und die Versicherten teilweise unbilligen Härten ausgesetzt. Bei Finanzstatusprüfungen wurden unzulässige Kreditaufnahmen ermittelt. Und wir mussten auch einschreiten, weil Kassen ihre gesetzliche Verpflichtung zur Senkung des Beitragssatzes zu irreführender Werbung für ihr Unternehmen nutzten. Das Aufsichtsrecht geriet dort an seine Grenzen, wo wir Anhaltspunkte für Betrug oder Untreue fanden. Hier haben wir die Strafverfolgungsbehörden eingeschaltet.

Probleme gab es dieses Jahr erstmalig bei den Zahlungsströmen in der Rentenversicherung. Um die Zahlungsfähigkeit im Jahresverlauf 2005 sicherzustellen, musste das Bundesversicherungsamt Bundeszahlungen vorfristig ausführen.

In der Pflegeversicherung gab es zwar eine Atempause durch einen den Beitragszuschlag für Kinderlose und die pauschalen Beiträge für Arbeitslosengeld-II-Empfänger, die sich 2006 infolge eines „dreizehnten Beitragsmonats“ nach Änderung des Fälligkeitstermins der Gesamtsozialversicherungsbeiträge fortsetzen wird; doch lindert dies nur vorübergehend das Problem des anhaltenden Abbaus der Liquiditätsreserve.

Lichtblicke, die schon 2005 sichtbar wurden, zeigen aber, dass Bemühungen um Lösungen Frucht tragen. So gingen nach jahrelangem Anstieg die Verwaltungskosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung um 0,9 Prozent zurück – auch ein Erfolg des GKV-Modernisierungsgesetzes. Gleichzeitig setzte sich die finanzielle Konsolidierung der Kassen unter dem Einfluss des GKV-Modernisierungsgesetzes fort, bei 55 Kassen bis zur völligen Entschuldung. Einige Kassen haben allerdings noch erhebliche Probleme.

Die Zahl der Verfahren gegen den Risikostrukturausgleich ist weiter rückläufig und die Rechtskreisangleichung Ost und West innerhalb des Risikostrukturausgleichs nähert sich dem Abschluss. Die zur Sicherung korrekter Datenlieferungen eingeführten Instrumente des § 15a Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) ergaben, dass die Krankenkassen nach Prüfung der Datenlieferungen nicht unerhebliche Korrekturbeträge zu zahlen hatten.

Dem Prüfdienst der Krankenversicherung (PDK) wurde mit der Prüfung der Spitzenverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine neue Aufgabe übertragen, die bislang beim damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung angesiedelt war. In den Zentralreferaten des PDK wurden neue Schwerpunkte gesetzt.

Das Bundesversicherungsamt hat den Fokus seiner Tätigkeit insbesondere auf eine vorausschauende, Umsetzungsprozesse begleitende und partnerschaftliche Aufsichtstätigkeit gerichtet und wird diesen Ansatz fortsetzen.

A handwritten signature in black ink, reading "Rainer Daubenbüchel". The signature is written in a cursive, flowing style.

Dr. Rainer Daubenbüchel  
Präsident des Bundesversicherungsamtes



<b>I. FACHABTEILUNGEN</b>	<b>15</b>
<b>1. KRANKENVERSICHERUNG</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung</b>	<b>15</b>
Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung	15
<b>1.2 Eingaben</b>	<b>16</b>
Eingabestatistik Krankenversicherung	16
<b>1.3 Mitgliedschafts- und Beitragsrecht in der Krankenversicherung</b>	<b>16</b>
Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind	16
Krankenkassenwahlrechte	16
Versicherungspflicht von Arbeitslosengeld-II-Empfängern	17
Anwartschaftsversicherung bei beruflichem Auslandsaufenthalt auch für freiwillig versicherte Beamte	18
<b>1.4 Leistungsrecht in der Krankenversicherung</b>	<b>18</b>
Erstattung der Kosten von Behandlungen im Ausland	18
Höhe des Anspruchs auf Erstattung nach deutschen Sätzen	19
Zuzahlungen bei Serienbehandlung (Fahrkosten)	20
<b>1.5 Vertragsrecht</b>	<b>20</b>
Versorgungsverträge mit Leistungser-bringern der häuslichen Krankenpflege	20
<b>1.6 Satzungsrecht</b>	<b>21</b>
Beitragssatzsenkungen zum 1. Juli 2005	21
Änderung der Fälligkeitsregelung zum 1. Januar 2006	22
Satzungsgenehmigungen im Zusammenhang mit dem Arbeitgebераufwendungsausgleichsgesetz – AAG	22
<b>1.7 Verwaltungsverfahren</b>	<b>22</b>
Mängel im Verwaltungsverfahren	22

<b>1.8</b>	<b>Aufsicht bei Krankenkassen</b>	<b>23</b>
	Stellungnahmen der Krankenkassen	23
	Arbeitspapier der Aufsichtsbehörden zu Vorstandsvergütungen in der gesetzlichen Krankenversicherung	24
	Rahmen für die Erfüllung der Veröffentlichungspflicht	25
	Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge und der Beiträge für freiwillig Versicherte	25
	Vollstreckung von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung	28
	Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung	28
<b>1.9</b>	<b>Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)</b>	<b>28</b>
<b>2.</b>	<b>PFLEGEVERSICHERUNG</b>	<b>33</b>
<b>2.1</b>	<b>Finanzen</b>	<b>33</b>
	Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung	33
	Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung	34
	Entwicklung des Mittelbestandes	34
	Ausblick	35
<b>2.2</b>	<b>Eingaben</b>	<b>35</b>
	Eingabestatistik Pflegeversicherung	35
<b>2.3</b>	<b>Beitragsrecht</b>	<b>35</b>
	Kinder-Berücksichtigungsgesetz	35
<b>2.4</b>	<b>Leistungsrecht</b>	<b>36</b>
	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen gemäß § 44 SGB XI	36
	Hilfsmittel gemäß § 40 SGB XI	36
	Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel nach § 40 Abs. 2 SGB XI	36
<b>3.</b>	<b>UNFALLVERSICHERUNG</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>Eingaben</b>	<b>39</b>



<b>Eingabestatistik Unfallversicherung</b>	<b>39</b>
<b>3.2 Satzungsrecht</b>	<b>39</b>
<b>Versicherungsschutz von ehrenamtlich Tätigen</b>	<b>39</b>
<b>Gefahrtarifangelegenheiten</b>	<b>40</b>
<b>Änderungen der Lastenausgleichsregelung in den Satzungen von Berufsgenossenschaften</b>	<b>41</b>
<b>3.3 Aufsichtsprüfungen</b>	<b>41</b>
<b>Fusionen von Berufsgenossenschaften</b>	<b>41</b>
<b>Fusion in der Bauwirtschaft zum 1. Mai 2005</b>	<b>42</b>
<b>Gesetzliche Verankerung des Vorschlagsrechts der Versicherten?</b>	<b>43</b>
<b>Rentenablehnungen im Vorgriff auf eine Verordnung sind grundgesetzwidrig</b>	<b>44</b>
<b>Probleme bei der Feststellung und Anpassung von Jahresarbeitsverdiensten von Versicherten aus dem Beitrittsgebiet</b>	<b>44</b>
<b>Beschleunigung im Feststellungsverfahren</b>	<b>45</b>
<b>4. RENTENVERSICHERUNG</b>	<b>49</b>
<b>4.1 Finanzentwicklung in der Rentenversicherung</b>	<b>49</b>
<b>4.2 Eingaben</b>	<b>51</b>
<b>Eingabestatistik Rentenversicherung</b>	<b>51</b>
<b>Vorschüsse bei gesetzlichen Neuregelungen</b>	<b>52</b>
<b>Anhörung im Statusfeststellungsverfahren</b>	<b>52</b>
<b>Hinweis auf die Sozialklausel</b>	<b>53</b>
<b>Aufbewahrung von Unterlagen bei der Ablehnung von Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten</b>	<b>53</b>
<b>Nachversicherung gem. § 233 Abs. 1 Satz 3 SGB VI</b>	<b>54</b>
<b>Unterhaltsgeld eines Entwicklungshelfers kein Hinzuverdienst gem. § 34 Abs. 2 SGB VI</b>	<b>54</b>
<b>Neuberechnung umgewerteter Bestandsrenten bei nachträglicher Anerkennung von Zusatz- oder Sonderversorgungszeiten</b>	<b>55</b>
<b>4.3 Rehabilitation</b>	<b>55</b>

Weiterzahlung von Übergangsgeld bis zur Wiederholungsprüfung	55
Anpassung des Übergangsgeldes	56
Amtsermittlungen bei Teilhabeleistungen	56
<b>4.4 Auslandsberührungen</b>	<b>57</b>
Internationale Kontakte	57
<b>4.5 Aufsichtsprüfungen</b>	<b>58</b>
Datenübermittlung von der Künstlersozialkasse an die Rentenversicherungsträger	58
Doppelzahlungen aufgrund eines Zuständigkeitswechsels	58
Ausschluss von Doppelversorgungen	58
Statistische Erfassung der Bearbeitungszeit von Rentenanträgen	59
Zahlung des Vorschusses für das sog. Sterbevierteljahr	59
Begründung von Bescheiden	60
Rentenantrag online – Einrichtung eines automatisierten Verfahrens	60
<b>II. ALLGEMEINER TEIL</b>	<b>63</b>
<b>5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN</b>	<b>63</b>
<b>5.1 Gerichtsverfahren</b>	<b>63</b>
<b>5.2 Strafanzeigen</b>	<b>66</b>
<b>5.3 Selbstverwaltung</b>	<b>67</b>
Begleitung der Sozialwahlen und Beobachtung des Wahlverfahrens	67
<b>5.4 Personal-, Dienstrecht und Verwaltung</b>	<b>68</b>
Entscheidungen der Kommission zum Versorgungsruhens- und Entschädigungsrentengesetz	68
Richtlinien für die Bestellung von Vollstreckungspersonal	68
<b>5.5 Organisation</b>	<b>69</b>
„Leitlinien 88“ – Anmietung von Büroraum –	69

<b>5.6 Vergaberecht</b>	<b>70</b>
<b>5.7 Vermögenswirtschaft</b>	<b>71</b>
Einsparung durch geänderte Umsatzsteuerabrechnung	71
Genehmigung von Vermögensanlagen	71
Immobilienleasing	72
<b>5.8 Fälligkeit des Gesamtsozialversicherungsbeitrags</b>	<b>73</b>
<b>6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH</b>	<b>77</b>
<b>6.1 Allgemeines</b>	<b>77</b>
Verfahren	77
<b>6.2 Jahresausgleich 2004</b>	<b>78</b>
DMP im Jahresausgleich 2004	79
<b>6.3 Monatliches Verfahren</b>	<b>80</b>
Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV	80
Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen	80
<b>6.4 Risikopool</b>	<b>80</b>
<b>6.5 Prüfung nach § 15a RSAV</b>	<b>81</b>
<b>7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG</b>	<b>85</b>
<b>7.1 Neue Aufgaben und Zuständigkeiten</b>	<b>85</b>
<b>7.2 Finanzstatusprüfungen</b>	<b>85</b>
<b>7.3 Vorbereitung der RSA-Prüfungen</b>	<b>86</b>
<b>7.4 Einzelne Prüffeststellungen</b>	<b>87</b>
Einhaltung förmlicher Vergabeverfahren – Beschaffungen	87

<b>Abschluss von Mietverträgen</b>	<b>87</b>
<b>Doppelversicherungen</b>	<b>88</b>
<b>Ende der freiwilligen Mitgliedschaft bei Zahlungsverzug</b>	<b>88</b>
<b>Firmenzahler</b>	<b>89</b>
<b>Zuzahlungen zu stationären Krankenhausbehandlungen</b>	<b>89</b>
<b>Abgrenzung der Leistungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung</b>	<b>89</b>
<b>Wiederholungsbegutachtung in der Pflegeversicherung</b>	<b>90</b>
<b>7.5 Gemeinsame Prüfungen externer Dienstleister</b>	<b>90</b>
<b>7.6 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung</b>	<b>91</b>
<b>Sonderprüfung „Verwaltungsausgaben“ in den Landwirtschaftlichen Alterskassen</b>	<b>91</b>
<b>8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG</b>	<b>95</b>
<b>Ausbildungsplatzsituation</b>	<b>95</b>
<b>9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG</b>	<b>99</b>
<b>Ergebnisse der Laufbahnprüfungen</b>	<b>99</b>

## **ANHANG**

**Tabellen Risikostrukturausgleich**

**Übersicht Aufsichtsprüfungen**

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

**Organisationsplan**

## **I. FACHABTEILUNGEN**

### **1. KRANKENVERSICHERUNG**

- 1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung
- 1.2 Eingaben
- 1.3 Mitgliedschafts- und Beitragsrecht in der Krankenversicherung
- 1.4 Leistungsrecht in der Krankenversicherung
- 1.5 Vertragsrecht
- 1.6 Satzungsrecht
- 1.7 Verwaltungsverfahren
- 1.8 Aufsicht bei Krankenkassen
- 1.9 Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)



# I. FACHABTEILUNGEN

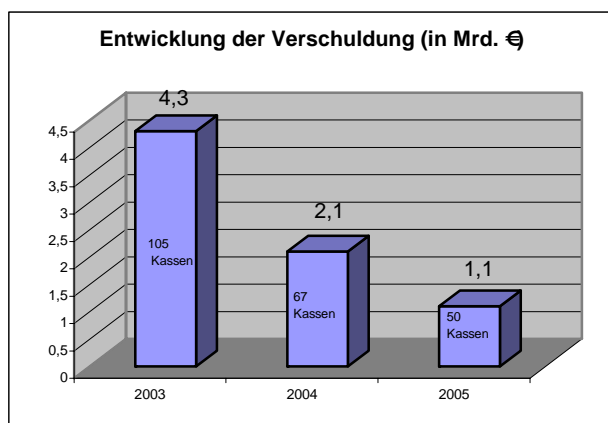
## 1. KRANKENVERSICHERUNG

### 1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung

#### Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Beitragssatzgestaltung gehört zu den Aufsichtsaufgaben des Bundesversicherungsamtes, die regelmäßig das Interesse der Öffentlichkeit auf sich ziehen.

Die durch das GKV-Modernisierungsgesetz bewirkte finanzielle Konsolidierung der bundesunmittelbaren Krankenkassen setzte sich erfreulicherweise auch im Jahr 2005 fort. Von den 105 bundesunmittelbaren Krankenkassen, deren Schulden sich Ende 2003 auf insgesamt 4,3 Milliarden € beliefen, haben sich 55 Krankenkassen bis Ende 2005 vollständig entschuldet; die Restverschuldung zum 31. Dezember 2005 verringerte sich auf ca. 1,1 Milliarden € (Quellen: Jahresrechnungen 2003 und 2004, voraussichtliche Rechnungsergebnisse 2005 lt. Haushaltsplänen 2006).



Allerdings haben sich nicht alle bundesunmittelbaren Krankenkassen im gleichen Umfang konsolidiert. Unverändert ist die finanzielle Situation einiger Krankenkassen so angespannt, dass sie sich nicht aus eigener Kraft bis Ende 2007 entschulden können. In den Fällen, in denen an sich erforderliche Beitragssatzanhebungen wegen der zu erwartenden Mitgliederverluste nicht zu den notwendigen Mehreinnahmen führen würden, hat das Bundesversicherungsamt die zuständigen Krankenkassenverbände gedrängt, die gesetzlich geforderte Entschuldung durch die Gewährung finanzieller Hilfen sicherzustellen.

Die heterogene Finanzentwicklung bei den einzelnen Krankenkassen spiegelt sich auch in den Beitragssatzveränderungen der bundesunmittelbaren Krankenkassen wider: So galt im Dezember 2005 für rund 61 Prozent aller Versicherten bundesunmittelbarer Krankenkassen ein niedrigerer Beitragssatz als zwei Jahre zuvor, für 24,6 Prozent der Versicherten blieb der Beitragssatz stabil und nur 14,4 Prozent hatten höhere Beitragssätze zu entrichten als vor Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004.

Das Bundesversicherungsamt hat im vergangenen Jahr bei zwei Krankenkassen höhere Beitragssätze angeordnet. Während eine Krankenkasse die verfügte Beitragssatzerhöhung durch einen Verwaltungsratsbeschluss nachvollzogen hat, hat die andere Kasse die Anordnung zunächst beklagt. Das zuständige Sozialgericht hat dem Antrag der Kasse im einstweiligen Rechtsschutzverfahren zwar stattgegeben, kurz darauf kam die betroffene Kranken-

kasse jedoch nicht umhin, den höheren Beitragssatz selbst zu beschließen.

Mit großem Öffentlichkeitsaufwand sind die IKK Direkt und die BKK MOBIL OIL gegen die vom Bundesversicherungsamt nicht genehmigten Beitragssatzsenkungen vorgegangen. Die IKK Direkt zählte jedoch bereits zu den Wachstumskassen und hätte nach der Beitragssatzsenkung einen derart beschleunigten Mitgliederzuwachs zu erwarten gehabt, der nach allen Erfahrungen zu einem organisatorischen und finanziellen „Wachstumsinfarkt“ geführt hätte. Das Bundesversicherungsamt hat die zum 1. Juli 2005 beantragte Beitragssatzsenkung der BKK MOBIL OIL um 0,1 Prozent abgelehnt, weil die Krankenkasse im ersten Halbjahr 2005 mit ihrem zulässigen Kreditrahmen von 75 Millionen € nicht in der Lage war, jederzeit ihren Zahlungsverpflichtungen nachzukommen. Beide Krankenkassen haben gegen die Ablehnung einstweiligen Rechtsschutz beantragt, in beiden Fällen war der Antrag jedoch erfolglos.

## 1.2 Eingaben

### Eingabestatistik Krankenversicherung

Einen Schwerpunkt der Arbeit des BVA stellt die Bearbeitung von Eingaben und Petitionen dar.

Eine Übersicht über die zahlenmäßige Aufteilung gibt folgende Tabelle:

Referat	Gesamtzahl der Eingaben	davon Petitionen
Referat II 1	223	19
Referat II 2	1.539	160
Referat II 6	1.229	95
<b>insgesamt</b>	<b>2.991</b>	<b>274</b>
Eingaben im Bereich Krankenversicherung im Jahr 2005		

## 1.3 Mitgliedschafts- und Beitragsrecht in der Krankenversicherung

### Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind

Im letzten Jahr berichteten wir über unsere Rechtsauffassung zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind. Mit dem Rundschreiben vom 23. November 2005 haben wir die unserer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen dahingehend informiert, dass die Beitragsbemessung dieses Personenkreises grundsätzlich anhand amtlicher Unterlagen zu erfolgen hat und die generelle Verwendung vorläufiger Bescheide zur Festsetzung der Beiträge nicht mit § 240 Abs. 4 S. 3 SGB V vereinbar ist.

### Krankenkassenwahlrechte

Auch im Jahr 2005 hatten wir wieder Veranlassung, uns mit den Krankenkassenwahlrechten zu befassen. Teilweise hatten Krankenkassen sich geweigert, Versicherte, die ihre Mitgliedschaft bei ihnen gekündigt und von der neu gewählten Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist keine Mitgliedsbescheinigung erhalten hatten, weiterhin als ihre Mitglieder zu akzeptieren. Sie waren der Auffassung, die Kündigung sei unabhängig von der Vorlage der Mitgliedsbescheinigung wirksam geworden.

Für die Versicherten war unklar, ob der Kassenwechsel zustande gekommen war, ob sie Mitglied ihrer alten Krankenkasse geblieben oder womöglich gar nicht versichert waren.

Wir stützen uns in unserer Rechtsauffassung auf die Regelung des § 175 Abs. 4 S. 4 SGB V, nach der die Kündigung wirk-



sam wird, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.

Im Gespräch mit dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Aufsichtsbehörden der Länder wurde dies bestätigt. Die ursprünglichen Krankenkassen mussten daher die Mitgliedschaften fortsetzen.

Soweit eine zur Meldung verpflichtete Stelle (etwa Arbeitgeber) vorhanden ist, wird die Kündigung allerdings bereits dann wirksam, wenn die Mitgliedsbescheinigung nicht erst bei der gekündigten Krankenkasse, sondern bei der zur Meldung verpflichteten Stelle erfolgt. Ist für freiwillige Mitglieder eine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden (z.B. Rentenversicherungsträger), gilt dies auch für diesen Personenkreis.

Diskutiert wurde außerdem die Frage, wie lange Versicherte ihre Kündigungs- und Wahlerklärungen widerrufen können. Schließlich hat das Bundesversicherungsamt seine bisherige Auffassung aufgegeben, Versicherte könnten ihre Erklärungen nur bis zum Zugang bei der Krankenkasse widerrufen. Um der Wahlentscheidung der Versicherten möglichst Rechnung zu tragen, haben wir uns der Ansicht der Spitzenverbände der Krankenkassen angeschlossen. Danach können Mitglieder sowohl ihre Kündigungserklärung als auch ihre Wahlerklärung bis zum Ablauf der Kündigungsfrist widerrufen. Wir haben die bundesunmittelbaren Krankenkassen mit Rundschreiben vom 8. Juni 2005 entsprechend informiert. Wir gehen davon aus, dass uns die Krankenkassenwahlrechte auch im Jahr 2006 weiter beschäftigen werden.

## **Versicherungspflicht von Arbeitslosengeld-II-Empfängern**

Die Frage nach der Versicherungspflicht solcher Beziehender von Arbeitslosengeld II, die hauptberuflich selbstständig waren, sorgte zu Beginn des Berichtsjahres für Probleme. Die Krankenkassen verneinten überwiegend eine Krankenversicherungspflicht dieses Personenkreises. Das Bundesversicherungsamt sieht dagegen die Kassen in der Pflicht, die Versicherung durchzuführen.

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V sind Personen in der Zeit, für die sie nach dem SGB II Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG II) beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, versicherungspflichtig, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 S.1 SGB II bezogen werden. Die Versicherungspflicht gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II die besondere Schutzbedürftigkeit dieses Personenkreises herausgestellt. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass für diesen Personenkreis die Regelung der Versicherungsfreiheit gem. § 6 Abs. 3a SGB V keine Anwendung findet.

Das Bundesversicherungsamt hat die Krankenkassen ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in den oben genannten Fällen Versicherungspflicht bei Erfüllung der Voraussetzungen für die Zeit eintritt, für die diese Personen Arbeitslosengeld II beziehen.

Die Versicherungsträger haben mittlerweile ihre Auffassung geändert und gehen auch bei den hauptberuflich Selbstständigen, die Arbeitslosengeld II beziehen, von einer Krankenversicherungspflicht aus.

Meinungsverschiedenheiten bestehen auch bei der Frage, welche Möglichkeiten den Krankenkassen offen stehen, wenn sie Zweifel an der Erwerbsfähigkeit eines ALG-II-Beziehers haben, die für die Entscheidung über das ALG II zuständige Stelle die Erwerbsfähigkeit aber bejaht hat.

Hierzu haben wir klargestellt, dass nach unserer Auffassung die Krankenkassen die Entscheidung der für das ALG II zuständigen Stelle (zunächst) zu akzeptieren haben. Bei ihrer Auffassung, dass in diesen Fällen die Entscheidung der ALG-II-Stelle nichtig und für die Krankenkassen unbeachtlich sei, berücksichtigen die Krankenkassen und ihre Spitzenverbände nicht, dass für die Annahme einer Nichtigkeit die offensichtliche Fehlerhaftigkeit des Bescheides der ALG-II-Stelle völlig außer Zweifel stehen muss.

Die Beschwerden zu diesem Problemfeld sind im Laufe der zweiten Hälfte des Berichtsjahres jedoch abgeklungen, so dass davon auszugehen ist, dass trotz der hierzu vertretenen unterschiedlichen Auffassungen die Fälle im Interesse der Betroffenen geregelt wurden.

#### **Anwartschaftsversicherung bei beruflichem Auslandsaufenthalt auch für freiwillig versicherte Beamte**

Halten sich freiwillig Versicherte beruflich bedingt im Ausland auf und bestehen für diese Zeit keine Ansprüche gegenüber der Krankenkasse, können die Krankenkassen gem. § 240 Abs. 4a SGB V durch Sat-

zungsbestimmung festlegen, dass Betroffene nur Beiträge auf der Grundlage von zehn Prozent der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zu entrichten brauchen. Damit soll für die freiwillig Versicherten ein Anreiz geschaffen werden, ihre Mitgliedschaft während des Auslandsaufenthaltes nicht zu kündigen und weiterhin Mitglied der Solidargemeinschaft zu bleiben.

Eine Krankenkasse weigerte sich, Beamte nach dem in ihrer Satzung vorgesehenen Anwartschaftstarif zu versichern, mit der Begründung, dass diese nicht zu den von der gesetzlichen Regelung erfassten Personen gehören.

Der Versicherungsträger hatte allerdings übersehen, dass § 240 Abs. 4a SGB V allen freiwillig versicherten Mitgliedern und damit auch freiwillig versicherten Beamten offen steht. Ein Ausschluss der Beamten von der Anwartschaftsversicherung ergibt sich weder aus der gesetzlichen Vorschrift noch aus der Gesetzesbegründung.

Der Versicherungsträger hat seine ablehnende Haltung aufgrund unserer Hinweise überprüft und z.B. eine Beamtin während ihres Forschungsauftrages in Amerika nach dem günstigen Anwartschaftstarif versichert.

#### **1.4 Leistungsrecht in der Krankenversicherung**

##### **Erstattung der Kosten von Behandlungen im Ausland**

Versicherte deutscher Krankenkassen, die während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem anderen Staat der Europäischen Gemeinschaft, des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweiz erkranken, können die benötigten Behand-

lungen oft nicht – wie im überstaatlichen Recht vorgesehen – über den ausländischen Versicherungsträger erhalten. Die medizinischen Leistungen müssen dann zunächst von den Versicherten – wie bei Privatpatienten – selbst bezahlt werden. Die verauslagten Kosten erhalten die Versicherten auf Antrag von ihren Krankenkassen nach Maßgabe des Art. 34 der Verordnung (EWG) 574/72 erstattet. In der Regel erhält der Versicherte von seiner deutschen Kasse nur den Teil der Kosten zurück, den der ausländische Krankenversicherungsträger für die Behandlung hätte selbst aufwenden müssen.

Bei verauslagten Kosten bis 1.000 € kann der Erstattungsbetrag nach Art. 34 Abs. 4 der o.g. Verordnung auch auf der Grundlage der für die deutsche Kasse maßgebenden Sätze errechnet werden, d.h. unter Berücksichtigung der nach deutschem Recht erstattungsfähigen Leistungen und der dafür vorgesehenen Erstattungswerte der gesetzlichen Krankenversicherung.

Eine Krankenkasse erstattete ihren Versicherten Kosten nach deutschen Gebührensätzen immer dann, wenn der zu erstattende Betrag unter 1.000 € lag.

Diese unzulässige Verfahrensweise der Krankenkasse haben wir beanstandet. Nicht beachtet hatte der Versicherungsträger den Beschluss Nr. 176 der Verwaltungskommission, der den Betrag von 1.000 € für die Ermittlung des Erstattungsbetrages nach den jeweils anzuwendenden nationalen Sätzen festlegt. In diesem Beschluss wird auch ausgeführt, dass es für die 1.000-€-Grenze auf den Gesamtbetrag der vom Versicherten verauslagten Kosten ankommt.

Unsere Argumente überzeugten die Krankenkasse, die ihre Erstattungspraxis entsprechend umstellte und ihre Arbeitsanweisung änderte.

### **Höhe des Anspruchs auf Erstattung nach deutschen Sätzen**

Neben der oben genannten Kostenerstattung nach Art. 34 Abs. 4 der Verordnung (EWG) 574/72 kann eine Erstattung der für medizinische Leistungen aufgewandten Kosten auch nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V erfolgen. Der Höhe nach ist der Erstattungsanspruch des Versicherten allerdings auf den Betrag begrenzt, den seine Krankenkasse für entsprechende Leistungen im Inland zu übernehmen hätte. Ist die nachgesuchte Behandlung oder das Arzneimittel in Deutschland verordnungs- und erstattungsfähig, muss die Krankenkasse bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages daher auch die von den Versicherten zu tragenden Zuzahlungen und Eigenanteile abziehen.

Versicherte wandten sich an uns und beanstandeten, ihre Krankenkasse kürze den ermittelten Erstattungsbetrag auch um die sog. Praxisgebühr, obwohl sie diese bereits in Deutschland für das entsprechende Quartal entrichtet hätten. Die Versicherten hatten allerdings nicht bedacht, dass die im Ausland in Anspruch genommene medizinische Behandlung nicht auf Überweisung eines deutschen Vertragsarztes erfolgt war. Nach § 28 Abs. 4 SGB V muss der Versicherte eine Praxisgebühr für Behandlungen zahlen, die nicht auf Überweisung eines an der ambulanten (zahn-)ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Arztes aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt. Die Gebühr ist daher z.B. auch dann zu entrichten, wenn der

ärztliche Notfalldienst in Anspruch genommen wird.

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Verfahrensweise haben wir am 27. Juli 2005 ein Rundschreiben an die unserer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen gerichtet. Darin haben wir darauf hingewiesen, dass bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages die Praxisgebühr auch dann in Abzug zu bringen ist, wenn der Versicherte nachweist, dass er im Quartal der Inanspruchnahme der ausländischen Leistung in Deutschland die Praxisgebühr für eine entsprechende Behandlung bereits geleistet hat.

### **Zuzahlungen bei Serienbehandlung (Fahrkosten)**

Zur Leistungspflicht bei Fahrkosten erreichten uns zahlreiche Anfragen, sowohl von Versicherten und behandelnden Ärzten als auch von den Krankenkassen selbst. Im Vordergrund stand dabei die Frage, ob bei Serienbehandlungen im Rahmen der ambulanten Behandlung Zuzahlungen für jede Fahrt oder nur für die erste und letzte Fahrt zu erheben sind.

Nach den mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vorgenommenen Änderungen des § 60 SGB V übernimmt die Krankenkasse Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nur noch in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Krankentransport-Richtlinien festgelegt hat. Dabei übernimmt die Krankenkasse nach vorheriger Genehmigung gem. § 60 Abs. 1 S. 3 und Abs. 2 SGB V Fahrkosten in Höhe der zu erhebenden Zuzahlung nach § 61 S. 1 SGB V übersteigenden Betrages je Fahrt zu einer ambu-

lantem Krankenbehandlung.

Das Bundesversicherungsamt vertritt die Auffassung, dass für jede Fahrt Zuzahlungen zu erheben sind, da Kosten für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung überhaupt nur noch in Ausnahmefällen von den Krankenkassen übernommen werden und im Übrigen die Versicherten vor einer Überforderung wegen zu leistender Zuzahlungen durch die Belastungsgrenze gem. § 62 SGB V geschützt sind.

Auch die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger haben sich mit dieser Problematik befasst und bis auf ein Bundesland unseren Standpunkt, dass die Zuzahlung bei jeder einzelnen Fahrt anfällt, geteilt.

## **1.5 Vertragsrecht**

### **Versorgungsverträge mit Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege**

Zahlreiche Pflegedienste, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, hatten die mangelnde Bereitschaft einer Krankenkasse zum Abschluss von Verträgen beanstandet. Der Versicherungsträger hatte zwar 232 Pflegediensten ein Vertragsangebot unterbreitet, es kam jedoch nicht zum Abschluss einer ausreichenden Zahl von Vereinbarungen. Die Kasse informierte daraufhin ihre Versicherten, dass diese nur Leistungen von solchen Pflegediensten in Anspruch nehmen dürften, mit denen ein Vertrag bereits bestehe. Die Begleichung von Rechnungen der nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringer lehnte sie ab. Da uns Hinweise vorliegen, dass die Kasse ihre gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber ihren Mitgliedern unter ausschließlicher Rückgriff auf die vertraglich gebundenen Pflegedienste offensicht-

lich nicht erfüllen kann, mussten wir im Interesse der betroffenen Versicherten tätig werden.

Erstmalig machten wir Gebrauch von der Regelung des § 132a Abs. 2 S. 7 SGB V und bestimmten als zuständige Aufsichtsbehörde eine unabhängige Schiedsperson, da sich die Krankenkasse mit den Pflegediensten nicht auf die Einsetzung einer solchen einigen konnte. Ein Schiedsspruch erging umgehend. Jedoch weigerte sich die Kasse zunächst, den Schiedsspruch umzusetzen und erhob Klage hiergegen. Sie wandte sich insbesondere gegen die Einsetzung der Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde, da diese nach ihrer Auffassung nur dann statthaft sei, wenn sich beide Vertragsparteien darüber einig seien, dass ein Schiedsverfahren überhaupt stattfinden solle. Diese Ansicht teilen wir nicht. Eine solche Auslegung des § 132a Abs. 2 S. 7 SGB V hätte zur Folge, dass ernsthafte Vertragsverhandlungen leicht von einer nicht einigungsbereiten Seite verhindert werden könnten. Die Zahlungsrückstände der Kasse waren für einige Pflegedienste mittlerweile existenzbedrohend. Wir haben die Kasse verpflichtet, die von dem Schiedsspruch erfassten Pflegedienste nach dessen Regelungen zu vergüten und uns entsprechende Zahlungen nachzuweisen. Den Bescheid haben wir für vorläufig vollstreckbar erklärt.

Zwischenzeitlich ist eine Klage der Kasse gegen den Bescheid anhängig. Ihren Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage verfolgt die Kasse nach einer ablehnenden erstinstanzlichen Entscheidung vor dem Landessozialgericht weiter. Wir haben mittlerweile die Vollstreckung unseres Bescheids eingeleitet und dem Versicherungsträger ein Zwangsgeld in Höhe von 1.000 € ange-

droht, falls er der Verpflichtung durch den Bescheid nicht nachkommt.

Unterdessen hat die Kasse damit begonnen, offene Rechnungen der Pflegedienste nach Maßgabe des Schiedsspruches zu begleichen und hat uns Zahlungen nachgewiesen. Ihre grundsätzliche Rechtsansicht behält die Kasse allerdings bei, so dass hierüber aller Voraussicht nach eine abschließende gerichtliche Entscheidung herbeigeführt werden muss.

## **1.6 Satzungsrecht**

### **Beitragssatzsenkungen zum 1. Juli 2005**

Neben den üblichen Neufassungen und Nachträgen von Satzungen (u.a. auch aufgrund freiwilliger Vereinigungsverfahren im Jahr 2005) waren einige Änderungen aufgrund neuer Rechtslagen zu bearbeiten. So hatte bereits zu Beginn des Jahres die Einführung des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt sehr viele Satzungenachträge ausgelöst.

Zum 1. Juli 2005 trat dann das Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahner-satz in Kraft, das einen zusätzlichen Beitragssatz für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 0,9 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen einführt, und gleichzeitig die übrigen Beitragssätze im selben Umfang ermäßigt. Entsprechend waren sämtliche Satzungen der bundesunmittelbaren Krankenkassen der neuen Rechtslage anzupassen. Dabei haben wir besonderen Wert darauf gelegt, dass sowohl die Absenkung der Beitragssätze um 0,9 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen als auch die Ausweisung des zusätzlichen Beitragssatzes von 0,9 Prozent des Mitglieds gleichermaßen ihren Ausdruck in der Satzung finden. Die Kran-

kenkassen hingegen waren zunächst der Ansicht, dass es eines Beschlusses des Verwaltungsrates und der satzungsmäßigen Umsetzung gar nicht bedürfe, da die Beitragssatzveränderungen bereits zwingend durch das Gesetz bestimmt seien. Nach längerer Debatte konnten wir die Versicherungsträger überzeugen, dass der Grundsatz der Satzungs Klarheit und -wahrheit eine entsprechende Regelung erforderte.

### **Änderung der Fälligkeitsregelung zum 1. Januar 2006**

Im August 2005 wurde das Gesetz zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch verkündet, welches zum 1. Januar 2006 in Kraft getreten ist. Darin ist u.a. die Fälligkeitsregelung gemäß § 23 SGB V geändert worden. Beiträge, die nach dem Arbeitsentgelt oder dem Arbeitseinkommen zu bemessen sind, sind demnach spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die o.g. Einnahmen erzielt wurden. Auch diese Veränderung musste von den Krankenkassen in der Satzung umgesetzt werden. Um den Betriebskrankenkassen die Umsetzung zu erleichtern und ihnen eine Vorlage anzubieten, hatte das Bundesversicherungsamt in Abstimmung mit dem BKK-Bundesverband einen Muster(satzungs)text erarbeitet. Der überwiegende Teil der Kassen nahm diese Hilfestellung an.

### **Satzungsgenehmigungen im Zusammenhang mit dem Arbeitgeberaufwendungsausgleichsgesetz – AAG**

Das Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen (AAG) löst das bisherige Lohnfortzahlungsgesetz (LFZG) ab. Da das Gesetz erst am 30. Dezember 2005 im Bundesgesetzblatt verkündet wur-

de und bereits zum 1. Januar 2006 in Kraft trat, mussten unter hohem Zeitdruck Satzungsregelungen geprüft und möglichst genehmigt werden, um bis zum ersten Fälligkeitstermin im Januar 2006 eine Rechtsgrundlage für die Erhebung von entsprechenden Umlagen bei den Arbeitgebern zu schaffen. Da das AAG vorsieht, dass in den Angelegenheiten dieses Gesetzes die Selbstverwaltungsorgane der Ersatzkassen Einvernehmen mit den Spitzenorganisationen der Arbeitgeber herzustellen haben, war die entsprechende Ausgestaltung der Satzungen ein kunstreiches Unterfangen. Nur mit einiger Hartnäckigkeit konnten wir noch rechtzeitig das Einvernehmen der in der Gesetzesbegründung genannten Institutionen erreichen und das Genehmigungsverfahren für die Ersatzkassen ermöglichen.

## **1.7 Verwaltungsverfahren**

### **Mängel im Verwaltungsverfahren**

Auch das Verwaltungsverfahren der Krankenkassen entsprach nicht immer den Anforderungen des SGB X. In vielen Fällen beachteten die Krankenkassen den Untersuchungsgrundsatz des § 20 Abs. 1 SGB X nicht. Danach sind sie verpflichtet „von Amts wegen“ alle für den Einzelfall bedeutsamen Gesichtspunkte zu ermitteln. Sie können somit zum Beispiel im Bereich des Beitragsrechts bei freiwillig versicherten Existenzgründern, Rentnern und Selbstständigen unzureichend ausgefüllte Erfassungsbögen nicht als Grundlage für die Einstufung heranziehen. Vielmehr müssen sie gegebenenfalls bereits vorhandene Steuerbescheide oder etwaige Nachweise über Nebeneinkünfte von den Versicherten anfordern. Im Bereich der Hilfsmittelversorgung wurden alternative Versorgungsmöglichkeiten nicht immer ge-

prüft und auch insoweit lückenhafte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) nicht hinterfragt.

Mehrfach holten Krankenkassen im Rahmen von Leistungsentscheidungen (auch Krankengeld) überhaupt kein MDK-Gutachten ein. Ein solches wäre aufgrund der in diesen Einzelfällen vorliegenden Diagnosen jedoch erforderlich gewesen, um den Sachverhalt medizinisch einschätzen zu können.

Die von den Krankenkassen erlassenen Bescheide genügten nicht in allen Fällen den Formerfordernissen des § 33 und der §§ 35 f. SGB X. Insbesondere waren sie zum Teil nicht mit einer Begründung versehen, welche die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Entscheidungsgründe darlegt. Auch war der Bescheid zum Teil so formuliert, dass er nicht als solcher erkennbar war, zumal in der Regel eine Rechtsbehelfsbelehrung gemäß § 36 SGB X fehlte.

Vielfach wurden auch im Laufe des Verwaltungsverfahrens mehrere (wiederholende) Bescheide erlassen, wobei ablehnende Entscheidungen ohne die nach § 24 SGB X erforderliche Anhörung ergingen.

Im Widerspruchsverfahren wurde Versicherten teilweise die bereits bekannte Sach- und Rechtslage erneut durch eine Geschäftsstelle dargelegt. Zugleich wurden die Versicherten aufgefordert mitzuteilen, ob sie den Widerspruch weiterhin aufrechterhalten wollten. Hierdurch wurde nicht nur das Vorverfahren verzögert, sondern die Versicherten wurden auch gehindert, weitergehende Rechtsmittel frühzeitig in Anspruch zu nehmen.

Das Bundesversicherungsamt hat alle seiner Aufsicht unterstehenden Krankenkassen Ende des Jahres in einem Rundschreiben auf diese Verfahrensmängel hingewiesen. Einige Krankenkassen haben daraufhin bereits ausdrücklich zugesagt, ihr Qualitätsmanagement zu verbessern.

## **1.8 Aufsicht bei Krankenkassen**

### **Stellungnahmen der Krankenkassen**

Vorgelegte Stellungnahmen der Krankenkassen zu Eingaben der Versicherten genügten nicht in jeder Hinsicht den Anforderungen einer aufsichtsrechtlichen Prüfung. Insbesondere gingen die Krankenversicherungsträger vielfach nicht oder nur unzureichend auf alle vom jeweiligen Beschwerdeführer benannten Aspekte ein. Sie übersandten die maßgeblichen Unterlagen (wie z.B. Meldebögen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, etc.) oft nicht vollständig, was weitere Rückfragen erforderlich machte. Zum erheblichen zeitlichen Mehraufwand bei der jeweiligen Krankenkasse und dem Bundesversicherungsamt kamen in der Folge Verzögerungen, die die Beschwerdeführer in ihrer oft kritischen Situation unnötig belasteten.

In einigen Fällen waren Krankenkassen zunächst gar nicht bereit, eine Stellungnahme abzugeben, sondern verwiesen auf das laufende Widerspruchs- bzw. auch Klageverfahren. Ein solcher Verweis ist aber nicht begründet, da die aufsichtsrechtliche Überprüfung davon unabhängig durchzuführen ist. Sie erstreckt sich nämlich allgemein auf die Beachtung der für die Versicherungsträger maßgeblichen Gesetzes- und sonstigen Rechtsvorschriften (§ 87 Abs.1 S. 2 SGB IV).

## **Arbeitspapier der Aufsichtsbehörden zu Vorstandsvergütungen in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Vor dem Hintergrund der immer wieder aufkommenden Diskussion über die Angemessenheit von Vorstandsgehältern in der gesetzlichen Krankenversicherung haben 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.

Das Bundesversicherungsamt hatte bereits in der Vergangenheit bei der Prüfung der Vorstandsgehälter im Wesentlichen die Kriterien zu Grunde gelegt, wie sie nun schriftlich festgehalten sind. Neu ist die Abstimmung mit den Aufsichtsbehörden der Länder auf ein einheitliches Verfahren.

Mangels konkreter Regelungen kann sich die Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung von Vorständen nur am „Markt“ ausrichten. Eine Vorstandsvergütung kann also nur dann als wirtschaftlich angesehen werden, wenn sie sich im Rahmen dessen bewegt, was Kassen vergleichbarer Größe für ihre Vorstände ausgeben oder ausgeben müssen, um geeignete Kräfte mit den notwendigen Kenntnissen und Fähigkeiten verpflichten zu können.

Das Arbeitspapier, das auf den aktuellen Grundvergütungen basiert, differenziert die zulässigen Einkommen nach Kassengröße, wobei als Maßstab die Zahl der Versicherten herangezogen wurde. Hinzukommen können variable Zahlungen, die jedoch

sachgerecht und an messbaren, vom Vorstand zu erfüllenden Kriterien ausgerichtet sein müssen. Erfolgsunabhängige Prämien sind in Zukunft unzulässig.

Auch pauschalierte Aufwandsentschädigungen sind grundsätzlich nicht zulässig, Übergangsgelder beim Ausscheiden aus der befristeten Tätigkeit nur noch für die Dauer von sechs Monaten.

Die Aufsichtsbehörden gehen auch davon aus, dass Vorstände – abgesehen von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung – eigenverantwortlich für ihre Altersversorgung zu sorgen haben. Beamtenähnliche Versorgungen sind nur noch als Besitzstandswahrung bei Altverträgen tolerierbar.

Vorstandstätigkeiten für mehrere Kassen halten die Aufsichtsbehörden in der Regel für unzulässig. Nur im Falle von beabsichtigten Fusionen oder im Zusammenhang mit einer Sanierung können mehrere Vorstandsämter gleichzeitig, jedoch insofern auch nur zeitlich begrenzt, ausgeübt werden. Jede Kasse muss dann die anteilige Vergütung tragen.

Die Prüfung der Angemessenheit eines Vorstandsgehaltes muss grundsätzlich alle genannten Vergütungsbestandteile mit einbeziehen. Insbesondere die Wechselwirkung zwischen der Höhe der Grundvergütung und anderer Bestandteile muss berücksichtigt werden. Das heißt, je höher die Grundvergütung ist, desto weniger Spielraum besteht für zusätzliche Zahlungen (z.B. Prämien, Leistungen für die zusätzliche Altersversorgung oder Übergangsgelder).

Insofern ergeben sich auch die der Selbstverwaltung durch die Rechtsprechung eingeräumten Gestaltungsspielräume.



## **Rahmen für die Erfüllung der Veröffentlichungspflicht**

Nach § 35a Abs. 6 S. 2 SGB IV sind die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen in einer Übersicht jährlich zum 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig – begrenzt auf die jeweilige Krankenkasse und ihre Verbände – in den Mitgliederzeitschriften der betreffenden Krankenkasse zu veröffentlichen. Diese Transparenz beim Einsatz öffentlicher Mittel soll dem Informationsbedürfnis der Beitragszahler und der Öffentlichkeit Rechnung tragen, aber auch die Möglichkeit für einen Vergleich der Vergütungen schaffen.

Die gesetzliche Verpflichtung wurde in den Jahren 2004 und 2005 in sehr unterschiedlicher Form umgesetzt – sowohl hinsichtlich des Inhalts als auch hinsichtlich des Termins. Wenn die Veröffentlichungen in den Mitgliederzeitschriften an Stellen erfolgten, an denen die Mitglieder der Kasse sie nur „durch Zufall“ wahrnehmen konnten, konterkariert dies den Transparenzgedanken, statt ihm zu dienen.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder haben daher vereinbart, die Krankenkassen und ihre Verbände aufzufordern, die Vorstandsvergütungen und die wesentlichen Versorgungsregelungen in einer zwischen den Aufsichtsbehörden abgestimmten einheitlichen Form zum 1. März des jeweiligen Jahres zu veröffentlichen. Die Veröffentlichungen sollen künftig von den Spitzenverbänden der Krankenkassen durchgeführt werden.

Auf ihrer Arbeitstagung im November 2005 in Magdeburg haben sich die Auf-

sichtsbehörden darüber hinaus auf einen einheitlichen Veröffentlichungsrahmen in Form einer Übersicht über die einzelnen Bezüge und Versorgungsbestandteile verständigt.

Das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat zudem die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert, die in § 35a Abs. 6 S. 2 SGB IV normierte Pflicht zur Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen zum 1. März eines jeden Jahres für den Bereich ihrer Mitgliederkassen zu koordinieren, die Informationen der einzelnen Kassen zusammenzufassen und in einer einheitlichen Übersicht im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

Auch die Veröffentlichung in den Mitgliederzeitschriften der jeweiligen Krankenkassen soll dort zukünftig zeitgleich in gleicher Form und an exponierter Stelle erfolgen.

## **Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge und der Beiträge für freiwillig Versicherte**

Im Bereich der Krankenversicherung haben sich unsere Aufsichtsprüfungen auch im Jahr 2005 auf den Einzug, die Weiterleitung und die Vollstreckung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge sowie der Beiträge für freiwillig Versicherte konzentriert.

Wir haben im Berichtszeitraum insgesamt 91 Krankenkassen jeweils bezogen auf den Rechtskreis Ost und/oder West geprüft, wobei lediglich bei dreizehn Kassen die Rückstandsquote erhöht (d.h. größer als zehn Prozent) war.

Bei einigen Krankenkassen sind wir auf

teilweise erhebliche Probleme hinsichtlich der korrekten Erfassung des Beitragssolls, der rechtzeitigen Einziehung von Sozialversicherungsbeiträgen bei vorliegender Bankeinzugsermächtigung und der zeitnahen Mahnung von Beitragsrückständen gestoßen. Auch die zwangsweise Beitreibung von Forderungen bereitete offenkundig Schwierigkeiten.

Gleichzeitig haben wir aber auch positiv feststellen können, dass Krankenkassen, die wegen bestehender Mängel im Bereich des Beitragseinzugs auffällig geworden waren, ihre Abhilfebemühungen – teils auch mit Unterstützung der BKK-Landesverbände bzw. des BKK-Bundesverbandes und der Einzugsstellenprüfdienste – wiederum erfreulich verstärkt haben.

Zwar ist eine relativ hohe Rückstandsquote ein Indikator dafür, dass der Beitragseinzug bei den Krankenkassen Mängel aufweist, wir sind aber auch bestrebt, regionale, branchenspezifische und wirtschaftliche Aspekte sowie kassenspezifische Mitgliederstrukturen in eine differenzierte Beurteilung einfließen zu lassen.

Nicht immer weisen erhöhte Rückstandsquoten auf etwaige Pflichtverletzungen bei Durchführung eines ordnungsgemäßen Beitragseinzugs hin. Bei Krankenkassen, deren Versichertenstruktur z.B. durch einen hohen Anteil an versicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmern einer bestimmten Branche geprägt ist, führt eine in dieser Branche auftretende Häufung konjunkturell bedingter Arbeitgeberinsolvenzen bzw. Insolvenzverfahren dazu, dass Beiträge nicht ordnungsgemäß eingezogen werden können.

Unabhängig von diesen Besonderheiten waren erhöhte Rückstandsquoten nach wie

vor insbesondere bei solchen Krankenkassen zu verzeichnen, die in der Vergangenheit innerhalb eines kurzen Zeitraumes einen unerwartet hohen, sprunghaften Anstieg von Mitgliedern zu verkraften hatten. Der damit verbundene enorme Anstieg der Anzahl von Arbeitgeberkonten hatte bei den betreffenden Krankenkassen in der Regel zur Folge, dass die notwendigen Arbeiten, beispielsweise im Bereich der Kontenanlage und Kontenführung, nur verspätet durchgeführt werden konnten. Ordnungsgemäße Beitragssollstellungen und vor allem die ordnungsgemäße Zuordnung der Zahlungseingänge erfolgten in diesen Fällen oft zu spät. Einhergehend mit diesen Problemen stellten wir fest, dass auch Beitragsschätzungen, Beitragsabbuchungen im Lastschrifteinziehungsverfahren sowie Mahnungen nicht oder zu spät erfolgten. Dies wiederum führte dazu, dass ggf. sich daran anschließende Vollstreckungsmaßnahmen nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt eingeleitet werden konnten.

Wir haben auch weiter darauf hingewirkt, dass die betroffenen Krankenkassen ihre Fehlerquellen im Beitragseinzugsverfahren nicht nur laufend analysieren, sondern auch entsprechende Mängelbeseitigungskonzepte erarbeiten, sie ggf. modifizieren und auch unverzüglich umsetzen.

Darüber hinaus war in Bezug auf die zwangsweise Beitreibung von Beitragsrückständen im Jahr 2005 allgemein zu beobachten, dass viele Krankenkassen hier nicht oder nicht zeitnah handeln und somit gegen § 76 Abs. 1 SGB IV verstoßen. Danach sind Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben. Überdies haben die Krankenkassen in ihrer Funktion als Einzugsstelle für die Gesamtsozialversicherungsbeiträge gemäß § 28h Abs. 1 SGB IV die ordnungsgemäße Zahlung dieser Bei-

träge zu überwachen und Beitragsansprüche, die nicht spätestens bei Fälligkeit oder nicht in voller Höhe (inklusive etwaiger Säumniszuschläge und/oder Stundungszinsen) erfüllt worden sind, gegenüber dem zahlungspflichtigen Arbeitgeber unverzüglich geltend zu machen und durchzusetzen. Zwangsmaßnahmen sind zum frühestmöglichen Termin einzuleiten, da die Realisierung des Beitragsanspruchs durch Vollstreckungsmaßnahmen anderer Gläubiger des Zahlungspflichtigen ansonsten gefährdet sein könnte.

Von der grundsätzlichen Verantwortung für die rechtzeitige und vollständige Erhebung der Einnahmen ist eine Krankenkasse in ihrer Funktion als Einzugsstelle auch dann nicht entbunden, wenn externe Servicestellen bestimmte Aufgaben wahrnehmen. Sie haben den Beitragseinzug so zu gestalten, dass auch unter Einbindung eines externen Dienstleisters keine zeitlichen Verzögerungen bei der Ermittlung und Durchsetzung von Beitragsforderungen eintreten.

Aus Stundungsanträgen zu Beitragsforderungen war zu erkennen, dass Krankenkassen Zahlungsaufschub mit ratenweiser Rückstandstilgung auch dann gewährten, wenn die Prüfung, ob die Voraussetzungen einer Stundung im Sinne des § 76 Abs. 2 SGB IV vorliegen bzw. ob Sicherheitsleistungen zu verlangen sind, bei den zur Beitragszahlung verpflichteten natürlichen und juristischen Personen nicht nachweisbar erfolgt war.

Ob Ansprüche gestundet, niedergeschlagen oder erlassen werden, haben die Krankenkassen grundsätzlich nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Rechtstechnisch ist aber über eine Stundung entweder durch Erlass eines (begünstigenden) Verwaltungsaktes, mit dem die Teilzahlungsmodalitäten in Form einer Nebenbestimmung

verbunden werden, oder aber durch Abschluss eines schriftlich zu begründenden öffentlich-rechtlichen Vertrages (§ 53 SGB X), in dem alle Stundungsmodalitäten zu vereinbaren sind, zu entscheiden. Im Rahmen der Entscheidung über die Stundung hat die Krankenkasse auch darüber zu befinden, ob und in welchem Umfang vom Zahlungspflichtigen Sicherheitsleistungen zu verlangen sind. Die Forderung einer Sicherheitsleistung ist besonders dann angezeigt, wenn zweifelhaft ist, ob der Beitragsschuldner nach Ablauf der Stundungsfrist seine Zahlungsverpflichtung nunmehr rechtzeitig und vollständig erfüllen wird.

Den Pflegekassen gehen zumindest vorübergehend erhebliche Beiträge verloren, wenn – wie wir auch 2005 wieder feststellen mussten – Krankenkassen Schadensersatz- bzw. Zinsansprüche, die von den Trägern der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit im Zuge von Einzugsstellenprüfungen geltend gemacht wurden, zwar gemäß § 28r Abs. 1 und 2 SGB IV erfüllten, jedoch ein Nachteilsausgleich zu Gunsten der Pflegekasse nicht vorgenommen wurde. Die uns bekannten, alleine von den Einzugsstellenprüfdiensten geltend gemachten Schadensersatz- bzw. Zinsforderungen ließen erkennen, dass diese den Pflegekassen vorenthaltenen Beiträge nebst Zinsen für die Pflegekassen zu vorübergehenden Mindereinnahmen in beträchtlicher Höhe führten. Daher haben wir die Krankenkassen aufgefordert, die konkrete Höhe der Schadensersatz- bzw. Zinsforderungen, die der Pflegekasse aus dem gleichen Grunde wie den Trägern der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit zustehen, gemäß § 28r Abs. 1 und 2 SGB IV zu ermitteln und entsprechend die Nachteile zu Gunsten der Pflegekasse auszugleichen.

## **Vollstreckung von Beiträgen zur freiwilligen Krankenversicherung**

Unsere örtlichen Erhebungen im Jahr 2005 ergaben, dass Krankenkassen Vollstreckungsmaßnahmen zur zwangsweisen Beitreibung fälliger Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung nicht oder verzögert eingeleitet hatten und darüber hinaus versäumten, bei Zahlungsverzug die Mitgliedschaften umgehend zu beenden. Oftmals unterließen es die betreffenden Krankenkassen, die mit Beitragszahlungen in Rückstand geratenen Mitglieder gemäß § 191 S. 2 SGB V darauf hinzuweisen, dass die freiwillige Mitgliedschaft mit Ablauf des in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse festgelegten nächsten Zahltages kraft Gesetzes endet (§ 191 S. 1 Nr. 3 SGB V), wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge nicht entrichtet werden. Zudem unterblieb in einigen Fällen der Hinweis, dass sich der Ausschluss zugleich auch auf das gesamte System der gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt, solange nicht die gesetzlichen Voraussetzungen für eine neue Mitgliedschaft erneut erfüllt werden.

Fehlen die erforderlichen Hinweise auf die Rechtsfolgen der unterbliebenen Beitragszahlung und auf die Möglichkeit, Beiträge durch Träger der Sozialhilfe nach den Bestimmungen des SGB XII ggf. übernehmen zu lassen, endet die Mitgliedschaft der betreffenden säumigen Beitragszahler nach den hierzu durch die Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen gerade nicht.

## **Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung**

Die Finanzkraft einer gesetzlichen Krankenkasse – und damit letztlich auch die Ausgleichszahlungen im RSA – wird we-

sentlich mitbestimmt durch die Zahl der Familienversicherten. Entsprechend hoch ist der Stellenwert unserer Aufsichtsprüfungen zum Meldeverfahren Familienversicherung. Wie auch schon im Jahr 2004 fanden sich im Berichtsjahr wieder Fälle, in denen vormals familienversicherte Personen nunmehr eigene Mitgliedschaften begründet hatten, ohne dass die Krankenkassen diese Änderung im Versichertenstatus verzeichnet hatten. Infolgedessen wurden Personen im Versichertenverzeichnis gleichzeitig als Mitglieder und als Familienversicherte geführt. Auch die in diesem Jahr geprüften Krankenkassen haben, soweit unsere örtlichen Erhebungen diesbezügliche Hinweise ergeben hatten, umgehend reagiert und ihre Verzeichnisse bereinigt.

## **1.9 Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)**

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) verfolgen das Ziel, die Behandlungs- und Betreuungsprozesse chronisch Kranker über die Grenzen der einzelnen Versorgungssektoren hinweg zu koordinieren und auf der Grundlage medizinischer Evidenz zu optimieren. Dadurch sollen insbesondere Folgeerkrankungen vermieden und es soll eine effektivere und wirtschaftlichere Versorgung gewährleistet werden. Rechtsgrundlage für die Disease-Management-Programme, die im Jahre 2002 eingeführt wurden, sind das SGB V und die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV).

Das Bundesversicherungsamt ist zuständig für die Zulassung von Disease-Management-Programmen. Wir prüfen in medizinischer und rechtlicher Hinsicht, ob die von den gesetzlichen Krankenkassen eingereichten Programme und die zu ihrer

Durchführung geschlossenen Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern (z.B. Ärzte, Krankenhäuser) bzw. Dritten (z.B. Datenstellen) mit den Anforderungen der RSAV übereinstimmen. Dadurch werden die Einheitlichkeit des Verfahrens und die neutrale Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen sichergestellt.

Aktuell können Krankenkassen die Zulassung von Disease-Management-Programmen für folgende Krankheitsbilder beantragen:

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

Im Jahr 2005 haben wir erstmalig Disease-Management-Programme für die Krankheitsbilder Koronare Herzkrankheit und Diabetes mellitus Typ 1 zugelassen. Zudem wurden die Prüfanforderungen für die Krankheitsbilder Asthma bronchiale und COPD festgelegt, bei denen im Jahr 2006 von einer flächendeckenden Antragstellung auszugehen ist. Für die 2006 erstmalig anstehenden Verlängerungen der Programmzulassungen (Wiederzulassung) haben wir die Prüfanforderungen definiert.

Die Tabellen zeigen den Stand der Bearbeitung zum Ende des Berichtsjahres:

<b>Zulassungsstand zum 31. 12. 2005</b>		
<b>Indikation</b>	<b>Anträge</b>	<b>Bescheide</b>
DM Typ 2	3.433	3.172
DM Typ 1	679	27
Brustkrebs	2.625	1.708
KHK	2.731	1.221
Asthma bronchiale	3	0
COPD	3	0
<b>Insgesamt</b>	<b>9.474</b>	<b>6.128</b>

<b>Verfahrensstand zum 31.12.2005</b>	
<b>Anträge insgesamt</b>	<b>9.474</b>
<b>Beschiedene Anträge</b>	<b>6.128</b>
Ausstehende Rückmeldung der Krankenkassen	1.457
in der Bescheiderstellung	1.585
noch nicht abschließend geprüft (Eing. < 3 Monate)	304

Das Bundesversicherungsamt hat durch die Vorgabe methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die wissenschaftlichen Evaluationen unterschiedlicher Programme miteinander vergleichbar sind. Im Jahr 2005 haben wir diese Kriterien für die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs veröffentlicht. Erstmals wurde Ende 2005 ein Evaluationsinstitut bestellt, das für einen ersten Teil der Krankenkassen die wissenschaftliche Auswertung bereits vornimmt.



## **2. PFLEGEVERSICHERUNG**

- 2.1 Finanzen
- 2.2 Eingaben
- 2.3 Beitragsrecht
- 2.4 Leistungsrecht





## 2. PFLEGEVERSICHERUNG

### 2.1 Finanzen

#### Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung

Für die Gesamteinnahmen und die Gesamtausgaben der Pflegeversicherung im Jahr 2005 ergeben sich die folgenden Werte (Tabelle 1), die im Anschluss (Tabelle 2) im Vergleich zu den Vorjahreswerten dargestellt werden:

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2005 (Beträge in Millionen €)	
<b>Einnahmen</b>	
Beitragseinnahmen	17.375
Summe der sonstigen Einnahmen	119
<b>Einnahmen insgesamt</b>	<b>17.494</b>
<b>Ausgaben</b>	
Leistungsausgaben	16.982
Verwaltungskosten	596
Hälfte der Kosten des Medizin. Dienstes	277
Sonstigen Ausgaben	5
<b>Ausgaben insgesamt</b>	<b>17.860</b>
<b>Jahresfehlbetrag Einnahmen/Ausgaben</b>	<b>- 366</b>
Quelle: Statistiken PVM und PS	

Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung Vergleich 2005 zu 2004	
<b>Einnahmen</b>	<b>Veränderungen in Prozent</b>
Beitragseinnahmen	4,42
Summe der sonstigen Einnahmen	-11,59
<b>Einnahmen insgesamt</b>	<b>4,29</b>
<b>Ausgaben</b>	<b>Veränderungen in Prozent</b>
Leistungsausgaben	1,24
Verwaltungskosten	1,79
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	3,02
Sonstigen Ausgaben	2,50
<b>Ausgaben insgesamt</b>	<b>1,31</b>
Quelle: Statistiken PVM und PS	

Der in den letzten Jahren stets wachsende Ausgabenüberhang hat sich im Jahr 2005 mit einem Defizit von rund 366 Millionen € fortgesetzt.

Die Leistungsausgaben stiegen insgesamt auf rund 17,0 Milliarden € was eine Erhöhung um 1,24 Prozent gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben zuzüglich Verwaltungskosten und Kosten des Medizinischen Dienstes) der sozialen Pflegeversicherung betragen rund 17,9 Milliarden € was einem Anstieg in Höhe von 1,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht. Diesen Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von ca. 17,5 Milliarden € gegenüber. Die Gesamteinnahmen umfassen neben den Beitragseinnahmen der Pflegekassen auch die Beiträge, die unmittelbar an den Ausgleichsfonds gezahlt werden, sowie Zinseinnahmen. Die Gesamteinnahmen alleine haben sich gegenüber dem Vorjahr um 4,42 Prozent auf rund 17,4 Milliarden € erhöht. Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen stiegen um 5,28 Prozent und die des Ausgleichsfonds um 1,06 Prozent. Der Zuwachs bei den Beitragseinnahmen ist im Wesentlichen durch zwei Effekte zustande gekommen. Zum einen setzte der Gesetzgeber mit dem Kinderberücksichtigungsgesetz (KiBG) von 3. Dezember 2004 ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes um, nach dem Kindererziehende gegenüber Nichtkindererziehenden auf der Beitragsseite besser zu stellen sind. Nichtkindererziehende haben nun einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Prozent zu entrichten, der vom Arbeitnehmer alleine zu tragen ist. Zum anderen führten auch die Arbeits-

marktreformen zu Beitragsmehreinnahmen. Im Zuge der sog. „Hartz IV“-Reform wurden die ehemals nicht beitragspflichtigen Sozialhilfeempfänger zu nunmehr beitragspflichtigen Beziehern von Arbeitslosengeld II, deren Beiträge pauschaliert die Bundesagentur für Arbeit übernimmt.

Dennoch ergibt sich durch die niedrige Einnahmenbasis in Verbindung mit dem gleichzeitigen Anstieg der Gesamtausgaben um rund 1,3 Prozent ein im Vergleich zu den Vorjahren zwar geringerer, aber doch immer noch erheblicher Fehlbetrag.

### **Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung**

Der Zweck des Finanzausgleiches nach den §§ 66 ff. SGB XI besteht darin, bei den Pflegekassen, deren monatliche Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen übersteigen, die Betriebsmittel und gegebenenfalls die Rücklage aufzufüllen. Der Ausgleichsfonds zahlte an diese Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus seinem Mittelbestand insgesamt rund 7,9 Milliarden € aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert von rund 0,7 Milliarden €

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

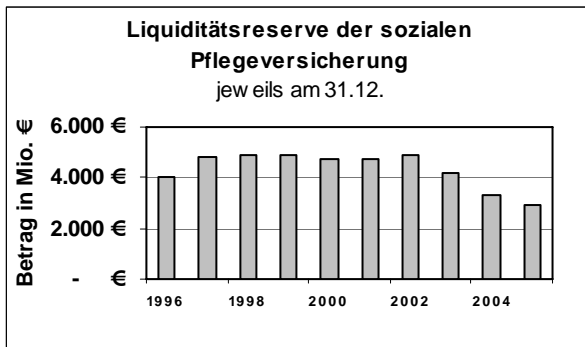
Tabelle 3: <b>Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung</b> <b>Jährliche Transfersumme an die Pflegekassen</b> in Millionen €	
<b>1996</b>	4.720 €
<b>1997</b>	5.834 €
<b>1998</b>	6.692 €
<b>1999</b>	6.813 €
<b>2000</b>	7.153 €
<b>2001</b>	7.242 €
<b>2002</b>	7.574 €
<b>2003</b>	7.866 €
<b>2004</b>	8.091 €
<b>2005</b>	7.859 €

### **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 noch rund 3,311 Milliarden € und nahm binnen Jahresfrist auf nur noch rund 2,945 Milliarden € ab. Das ist ein Minus in Höhe von rund 0,366 Milliarden €

Tabelle 4: <b>Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung</b> in Millionen €	
<b>1996</b>	4.017
<b>1997</b>	4.804
<b>1998</b>	4.928
<b>1999</b>	4.889
<b>2000</b>	4.769
<b>2001</b>	4.702
<b>2002</b>	4.864
<b>2003</b>	4.171
<b>2004</b>	3.311
<b>2005</b>	2.945

Stichtag: jeweils 31.12. des Jahres



## Ausblick

Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung ist seit 1999 geprägt durch den Abbau der Liquiditätsreserve.

Für das Jahr 2006 ist mit einer einmaligen Zusatzeinnahmen in Höhe von rund 600 Millionen € zu rechnen, die durch das Vorziehen der Beitragsfälligkeiten der Arbeitgeber (§ 119 SGB IV) zustande kommt. Auf diese Weise entsteht einmalig ein „13. Beitragsmonat“, der den Abschmelzungsprozess der Liquiditätsreserve im Jahr 2006 vorübergehend abbremsen wird.

## 2.2 Eingaben

### Eingabestatistik Pflegeversicherung

Auch im Jahr 2005 hat das Bundesversicherungsamt eine Vielzahl von Eingaben und Petitionen im Bereich der Pflegeversicherung bearbeitet.

	Gesamtzahl der Eingaben	davon Petitionen
PV	207	18

## 2.3 Beitragsrecht

### Kinder-Berücksichtigungsgesetz

Zum 1. Januar 2005 trat das Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung, das Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG), in Kraft. Durch das KiBG erhöht sich der Beitrag für Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollenden, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). Dieser Beitragszuschlag wird nicht von Eltern i.S. des § 56 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 und Abs. 3 Nr. 2 und 3 SGB I erhoben.

Diese Regelung war Ursache diverser Eingaben von Versicherten, die sich durch das KiBG benachteiligt fühlten. Dies betraf beispielsweise Paare, die ungewollt kinderlos sind und sich durch die Heranziehung zur Zahlung des erhöhten Beitrages gewissermaßen doppelt bestraft fühlten.

Diesen Beschwerdeführern konnten wir im Wege der Rechtsaufsicht jedoch nicht helfen, da der Gesetzgeber in dem zu erhebenden Beitragszuschlag nicht eine Bestrafung von Kinderlosen sieht, sondern Kindererziehende entlasten will, die mit der Kindererziehung neben ihrem monetären Beitrag einen entscheidenden zusätzlichen Beitrag zum Erhalt des umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems leisten, von dem auch Kinderlose profitieren.

Auch wurden Bedenken gegen die Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes geltend gemacht. In diesen Fällen mussten wir die Beschwerdeführer an die Gerichte verweisen, da es nicht unsere Aufgabe ist, ein Gesetz auf Verfassungskonformität hin zu prüfen.

## **2.4 Leistungsrecht**

### **Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen gemäß § 44 SGB XI**

Unsere Differenzen mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen bzgl. der rechtlichen Beurteilung der Leistungen gemäß § 44 SGB XI haben wir bereits im Tätigkeitsbericht für das Jahr 2004 geschildert. Im Laufe des Berichtsjahres haben wir das Thema mit dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie den Spitzenverbänden der Pflegekassen weiter diskutiert. Das einvernehmliche Ergebnis dieser Beratungen über die Voraussetzungen der Beitragspflicht haben wir in einem Rundschreiben den unserer Aufsicht unterstehenden Pflegekassen sowie nachrichtlich den Aufsichtsbehörden der Länder bekannt gegeben. Insbesondere wiesen wir auf die Pflicht der Kassen hin, den zeitlichen Umfang der Pflegeleistung zu prüfen, Unstimmigkeiten in den Angaben aufzuklären und den Informationsfluss zwischen Kasse und Rentenversicherungsträger zu garantieren.

### **Hilfsmittel gemäß § 40 SGB XI**

Abzugrenzen, ob Pflegehilfsmittel von der Kranken- oder von der Pflegeversicherung zu tragen sind, hat schon in den Vorjahren zu erheblichen Schwierigkeiten in der Praxis geführt. Wir haben darum den Pflegekassen mit unserem Rundschreiben vom 15. März 2005 entsprechende Kriterien bekannt gegeben. Hiernach kann ein Hilfsmittel nur dann zu Lasten der Pflegeversicherung bewilligt werden, wenn dieses Hilfsmittel *ausschließlich* der Pflege dient. Hiervon können nur Fallgestaltungen erfasst sein, in denen der Pflegebedürftige durch schwerste körperliche und geistige Funktionsstörung daran gehindert ist,

selbstbestimmt zu handeln. Darüber hinaus haben wir den Pflegekassen nochmals aufgezeigt, welche formalen Anforderungen an die Bewilligung von Hilfsmitteln zu Lasten der Pflegeversicherung zu stellen sind, damit diese Zuordnung aufsichtsrechtlich nachvollziehbar geprüft werden kann.

### **Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel nach § 40 Abs. 2 SGB XI**

Da die Versorgung der Pflegebedürftigen anders nicht sichergestellt war, hatten wir bis zum Jahr 2004 aufsichtsrechtlich toleriert, dass die Pflegekassen bei der Bewilligung der zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel nach § 40 Abs. 2 SGB XI eine Erstattung von 31 € vorgenommen haben, obwohl es sich bei dieser Leistung um eine Sachleistung handelt. Inzwischen konnten wir so weit auf die vertragsschließenden Spitzenverbände der Pflegekassen einwirken, dass nunmehr ca. 23.000 Vertragspartner zur Leistungserbringung zur Verfügung stehen und sich die Pflegekassen rechtskonform verhalten.



### **3. UNFALLVERSICHERUNG**

3.1 Eingaben

3.2 Satzungsrecht

3.3 Aufsichtsprüfungen

## 3. UNFALLVERSICHERUNG

### 3.1 Eingaben

#### Eingabestatistik Unfallversicherung

Im Bereich der Unfallversicherung waren folgende Beschwerden und Petitionen zu bearbeiten:

Eingaben 2005	mit Berichtspflicht		allein BVA	gesamt
	PADB <sup>1</sup>	BMGS <sup>2</sup>		
<b>UV</b>				
davon				
gewerbl. BG	162	50	571	783
landw. BG	17	0	36	53
Unfallkassen	17	0	16	33
<b>UV gesamt</b>	<b>196</b>	<b>50</b>	<b>623</b>	<b>869</b>
Alterssich.Landw.	2	13	14	29
Zusatzversorg.	0	0	3	3
Seemannskasse	0	0	0	0
<b>insgesamt 2005</b>	<b>198</b>	<b>63</b>	<b>640</b>	<b>901</b>
Zum Vergleich:				
2004	161	44	504	709
2003	189	76	532	797
<small>1) Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages            2) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, nunmehr verantwortlich Bundesministerium für Arbeit und Soziales</small>				

### 3.2 Satzungsrecht

#### Versicherungsschutz von ehrenamtlich Tätigen

Zum 1. Januar 2005 ist das Gesetz zur Verbesserung des unfallversicherungsrechtlichen Schutzes bürgerschaftlich Engagierter und weiterer Personen in Kraft getreten.

Darin wird der Bedeutung des bürgerschaftlichen Engagements für die Gesell-

schaft Rechnung getragen, indem die mit diesen Aufgaben verbundenen Risiken unter den solidarischen Schutz der Gesellschaft gestellt werden, den die gesetzliche Unfallversicherung bietet. Durch das Gesetz wird im Wesentlichen der unfallversicherungsrechtliche Schutz um weitere Personengruppen oder durch zusätzliche Leistungen bei Tätigkeiten in besonderen Gefahrenbereichen erweitert.

Dabei handelt es sich um

- bürgerschaftlich Engagierte, die in privatrechtlichen Organisationen im Auftrag oder mit ausdrücklicher Einwilligung, in besonderen Fällen mit schriftlicher Genehmigung von öffentlichen Institutionen tätig werden,
- ehrenamtlich Tätige, die sich in Gremien von Arbeitgeberorganisationen oder Gewerkschaften engagieren,
- Personen, die bei internationalen Organisationen Aufgaben wahrnehmen, sowie Auslandslehrer,
- deutsche und nichtdeutsche Ortskräfte, die Tätigkeiten bei deutschen Einrichtungen im Ausland ausüben.

Daneben haben die gewählten Ehrenamtsträger von gemeinnützigen Organisationen die Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung erhalten.

Bereits während des laufenden Gesetzgebungsverfahrens stellte eine Berufsgenossenschaft einen Antrag auf Vorprüfung einer entsprechenden Satzungsänderung. Durch ein enges, abgestimmtes Verfahren gelang es, die Satzungsänderung zeitgleich mit dem Gesetz zum 1. Januar 2005

in Kraft treten zu lassen.

Im Berichtszeitraum wurde einer weiteren Berufsgenossenschaft die satzungsmäßige Einrichtung der freiwilligen Versicherung des genannten Personenkreises genehmigt; ein weiterer Antrag konnte bisher lediglich aus formalen Gründen noch nicht genehmigt werden.

### **Gefahrtarifangelegenheiten**

In diesem Berichtsjahr hat das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts (LSG) vom 14. September 2005, Az.: L 2 U 46/04, die rechtlich umstrittene Frage zur nivellierenden Berücksichtigung von Altlasten bei der Aufstellung eines Gefahrtarifs rechtskräftig beantwortet. Den Berufsgenossenschaften ist es danach gemäß § 157 Abs. 3 SGB VII gestattet, bei der Berechnung der Gefahrklassen die Altlasten nivellierend zu berücksichtigen. Dies gilt sowohl für die sog. „Toten Lasten“ als auch für die „Altlasten-Ost“. Als „Tote Lasten“ werden regelmäßig Lasten von nicht mehr existierenden Unternehmen bezeichnet. Einige dieser „Toten Lasten“ können seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch am 18. August 2005 zwar nach § 153 Abs. 4 SGB VII bereits zum Zwecke der gleichmäßigeren Verteilung innerhalb der Berufsgenossenschaft ohne Berücksichtigung des Grades der Unfallgefahr auf die Unternehmen umgelegt werden. Gleichwohl ist nach dem Urteil des LSG nunmehr daneben die nivellierende Gefahrklassenberechnung für die „Toten Lasten“ erlaubt.

Bei den „Altlasten-Ost“ handelt es sich um Rentenaltlasten aus dem Beitrittsgebiet. Sie unterscheiden sich rechtlich von den „Toten Lasten“ insbesondere dadurch,

dass diese Lasten weder im örtlichen noch im sachlichen Zuständigkeitsbereich der Berufsgenossenschaft entstanden sind, sondern über einen nach Geburtsdaten ausgerichteten Verteilungsschlüssel auf die einzelnen Unfallversicherungsträger verteilt worden sind. Der nivellierenden Einbeziehung der „Altlasten-Ost“ in die Gefahrklassenberechnung steht die Regelung des § 215 Abs. 9 SGB VII nicht entgegen. Auch diese eröffnet zwar für die genannten Lasten die Möglichkeit einer Sonderumlage ohne Berücksichtigung des Grades der Unfallgefahr. Dieses Recht besteht aber wie bei den „Toten Lasten“ alternativ zu der Möglichkeit, die „Altlasten-Ost“ bereits bei der Gefahrklassenberechnung nivellierend einzubeziehen.

Aufgrund dieser Rechtsprechung gibt das Bundesversicherungsamt seine noch im Tätigkeitsbericht 2000 (S. 42) genannte Rechtsauffassung zur nivellierenden Berücksichtigung von „Toten Lasten“ bei der Gefahrklassenberechnung auf. Danach war es den Berufsgenossenschaften zum damaligen Zeitpunkt allein für die „Altlasten-Ost“ freigestellt, diese als nivellierenden Faktor in die Gefahrklassenberechnung einfließen zu lassen.

In der Vergangenheit hatten lediglich zwei Berufsgenossenschaften von einer nivellierenden Gefahrklassenberechnung der genannten Lasten Gebrauch gemacht. Die Praxis hat jedoch gezeigt, dass die nivellierende Einbeziehung der Altlasten auf vielfältige Art und Weise erfolgen kann. Zur Überwachung der nivellierenden Berücksichtigung bitten wir die Unfallversicherungsträger deshalb im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zum Gefahrtarif, ihre Vorgehensweise detailliert anhand entsprechenden Zahlenmaterials darzulegen.



Zudem sollten die Selbstverwaltungsorgane sowie die Unternehmen über die Auswirkung der Nivellierung im Beitragsbereich und über die Berechnungsweise informiert werden. Grenze der nivellierenden Berücksichtigung ist nämlich auch unter Beachtung der gerichtlichen Ausführungen das in § 157 Abs. 1 SGB VII normierte Äquivalenzprinzip. Die nivellierende Gefahrklassenberechnung findet damit spätestens dann ihre Grenze, wenn die eindeutige Abgrenzung von Gefahrengemeinschaften nach ihren Gefährdungsrisiken nicht mehr möglich ist.

### **Änderungen der Lastenausgleichsregelung in den Satzungen von Berufsgenossenschaften**

Mit der gesetzlichen Neuregelung des Lastenausgleichs (§§ 118 Abs. 4, 176 Abs. 1, 3 und 5 SGB VII) sollen Branchen und Gewerbebezüge, die aufgrund allgemeiner wirtschaftlicher Entwicklungen mit sehr hohen Beitragszahlungen belastet sind, finanziell durch weniger belastete Branchen und Gewerbebezüge entlastet werden. Dabei liegt dieser Umverteilung der Gedanke zugrunde, dass die hohe Belastung nicht auf der tatsächlich gestiegenen Unfallgefahr beruht, sondern auf Voraussetzungen, die von den jeweiligen Unternehmen auch durch Prävention nicht zu steuern sind.

Die gesetzlichen Neuregelungen zum Lastenausgleich setzen für die Geltendmachung des neu eingefügten Anspruchs auf Lastenausgleich einen zuvor von der Berufsgenossenschaft intern durchgeführten Solidarausgleich voraus. Bedingung für einen derartigen internen Solidarausgleich ist wiederum eine entsprechende Regelung in der Satzung der Berufsgenossenschaft. Im Berichtsjahr haben wir die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft wie auch die Steinbruchs-Berufsgenossen-

schaft diesbezüglich beraten und die geänderten Satzungen genehmigt.

Besondere Probleme bereitete die Neuregelung des Lastenausgleichs für die BG Bau, deren Fusionsvereinbarung unter anderen Voraussetzungen geschlossen wurde. Nach eingehender Prüfung haben wir uns überzeugen können, dass die Satzungsänderungen einzelne Fusionspartner nicht benachteiligt und die Genehmigung erteilt.

### **3.3 Aufsichtsprüfungen**

#### **Fusionen von Berufsgenossenschaften**

Die Bemühungen um Entbürokratisierung und Senkung der Lohnnebenkosten haben im Berichtszeitraum auch auf die gesetzliche Unfallversicherung eingewirkt. Nicht zuletzt um der Fundamentalkritik mit ihrer Forderung nach einer Privatisierung dieser Versicherung und einer Aufhebung des „Zwangsmonopols“ entgegenzuwirken, wurden die Verhandlungen über Fusionen zwischen den Trägern mit Nachdruck geführt.

Das Bundesversicherungsamt prüft in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde die erforderlichen Beschlüsse und die Anträge auf Änderungen der Satzungen auf ihre Rechtmäßigkeit. Außerdem versteht sich das Bundesversicherungsamt als unterstützende Begleitung der Fusionsprozesse, u.a. zur Wahrung der Rechte der als Rechtspersönlichkeit untergehenden Fusionspartner. Dies ist bei einer Satzungsänderung wegen der neuen Lastenausgleichsregelungen bereits akut geworden.

Das Bundesversicherungsamt steht den vorgenommenen Fusionen sowie den bislang bekannt gewordenen Fusionsabsichten positiv gegenüber, sieht aber in der

schieren Größe allein keinen Vorteil. Wichtig ist insbesondere die Fortführung der ungemein erfolgreichen Präventionsarbeit, die auf die speziellen Bedürfnisse der jeweiligen Branchen zugeschnitten ist. Die Berufsgenossenschaften profitieren als selbst verwaltete Institutionen auch vom ehrenamtlichen Einsatz der vielen in ihnen engagierten Arbeitgeber. Hier verpflichten sich Betroffene auf breiter Basis und mit Sachkunde dem Gemeinwohl. Diese bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften traditionell große Identifikation der ehrenamtlich tätigen Vorstände mit ihrem Träger stellt ein wertvolles Gut dar, das nicht leichtfertig einem „Gesund-schrumpungsprozess“ geopfert werden darf. Insofern kommen zumindest für eine gewisse Übergangszeit auch andere Formen der Zusammenarbeit in Betracht, die zu einer Kostensenkung und zu Synergieeffekten führen.

Im Berichtszeitraum hat das Bundesversicherungsamt neben der Fusion der acht Berufsgenossenschaften der Bauwirtschaft sowohl die Fusion der Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen mit der Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft (1. Januar 2005) als auch die Fusion der Süddeutschen Metall-Berufsgenossenschaft mit der Edel- und Unedelmetall-Berufsgenossenschaft zur Berufsgenossenschaft Metall Süd (1. Mai 2005) aufsichtsrechtlich begleitet.

### **Fusion in der Bauwirtschaft zum 1. Mai 2005**

Im ersten Quartal des Berichtsjahres wurde die Fusion, auf die sich die sieben regionalen Bau-Berufsgenossenschaften sowie die bundesweit tätige Tiefbau-Berufsgenossenschaft Ende des Jahres 2002 verständigt hatten (vgl. Tätigkeitsbericht

2003), zu einem guten Ende geführt.

In der Zeit vom 10. bis zum 18. März 2005 beschlossen die beteiligten Träger in jeweils einzelnen Vertreterversammlungen die (Fusions-) Satzung der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft, die neben den üblichen Satzungsbestimmungen als weitere Satzungsbestandteile auch Vereinbarungen gemäß § 118 SGB VII über die Gefahrtarif- und Beitragsgestaltung sowie zur Geschäftsführung für eine Übergangszeit bis April 2015 enthielt.

Die aufsichtsrechtliche Genehmigung erfolgte durch das Bundesversicherungsamt am 29. April 2005; die Fusion der beteiligten Träger zur Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG Bau) wurde entsprechend § 13 des von uns am 19. Dezember 2003 genehmigten Vereinigungsvertrages und § 72 der vorgenannten Satzung am 1. Mai 2005 wirksam.

Mit einem Festakt am Sitz seiner Hauptverwaltung in Berlin wurde der neue Träger schließlich offiziell aus der Taufe gehoben und damit ein langwieriger und auch aus Sicht des Bundesversicherungsamtes nicht immer einfacher Prozess zu einem glücklichen Abschluss gebracht. Zu würdigen ist die Fusion aus unserer Sicht insbesondere deshalb, weil sie zum einen Bestandteil des rasanten Wandels ist, in dem sich die gesetzliche Unfallversicherung derzeit befindet, zum anderen aber auch den besonderen wirtschaftlichen Gegebenheiten der Bauwirtschaft Rechnung trägt.

Die neu entstandene BG Bau wird rund drei Millionen Arbeitnehmer in ca. 430.000 Unternehmen des Hoch- und Tiefbaus, des Ausbaugewerbes sowie verschiedener Dienstleistungsbranchen wie

z.B. Schornsteinfeger und Gebäudereiniger betreuen.

Die BG Bau unterliegt einer Berichtspflicht gegenüber den anderen Berufsgenossenschaften, inwieweit die Synergieeffekte und Einsparungen, derentwegen die Fusion erfolgte und mit beträchtlichen Lastenausgleichsmitteln unterstützt wurde, bereits eingetreten sind. Jedenfalls aber hat bereits die Tatsache, dass diese Fusion mit insgesamt acht Beteiligten trotz erheblicher Schwierigkeiten zustande gekommen ist, die Anpassungsfähigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gezeigt und kann durchaus als Vorlage für weitere Fusionen herangezogen werden.

### **Gesetzliche Verankerung des Vorschlagsrechts der Versicherten?**

Insbesondere von Seiten des Bundesbeauftragten für den Datenschutz war der Vorschlag gekommen, das Recht der Versicherten, einen bestimmten Gutachter im Rahmen des § 200 SGB VII vorzuschlagen, ausdrücklich gesetzlich zu verankern. Hiergegen wandte sich vor allem der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG). Er verwies stattdessen auf die Alternative, die Versicherten in einem neu einzuführenden Formtext auf dieses in der Sache unumstrittene Vorschlagsrecht hinzuweisen.

Das damalige Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS), der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (BfD), der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) sowie das Bundesversicherungsamt verabredeten daher, in einem einjährigen Versuch zu testen, welche Auswirkungen der neue Formtext hat. Bereits bei dessen Einführung wurden die Berufsgenossenschaften auf den Test hingewiesen und gebeten, die von ihnen vergebenen Gutachtaufträge nach bestimmten Kriterien zu erfassen und die Ergebnisse nach Jahresfrist mitzuteilen.

Von Interesse war neben der Gesamtzahl der vergebenen Gutachten insbesondere die Zahl der von der Berufsgenossenschaft vorgeschlagenen und beauftragten Gutachter, die Zahl der vom Versicherten vorgeschlagenen Gutachter sowie die Angabe darüber, wie häufig und warum dem Vorschlag des Versicherten nicht gefolgt wurde. Außerdem wurden Angaben zur Verwertbarkeit solcher Gutachten erbeten, die auf einen Versichertenvorschlag zurückgingen.

Nur *eine* Berufsgenossenschaft hatte den veränderten Formtext nicht umgesetzt, was aufsichtsrechtlich nicht beanstandet werden konnte. Es bestand jedoch auch hier Einigkeit darüber, dass die Versicherten ein eigenes Vorschlagsrecht bei der Gutachterausswahl haben und die Vorschläge in der Regel berücksichtigt würden.

Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum 78.368 Gutachten in Auftrag gegeben. Dabei wurden 94,32 Prozent (73.915) der Gutachter von den Berufsgenossenschaften und lediglich 5,68 Prozent (4.462) vom Versicherten selbst vorgeschlagen. Den 4.462 Vorschlägen der Versicherten, einen bestimmten Gutachter zu beauftragen, folgten die Berufsgenossenschaften zu 88,23 Prozent (3.937). Sofern dem Begehren des Versicherten nicht stattgegeben werden konnte, wurde dies gegenüber dem Versicherten begründet. Gründe waren etwa, dass der vom Versicherten vorgeschlagene Gutachter den Auftrag ablehnte oder in dem jeweiligen Einzelfall

die spezifische Qualifikation nicht vorhanden war.

Zusammenfassend war nach unserer Auffassung festzustellen, dass keine Notwendigkeit besteht, das Vorschlagsrecht der Versicherten bei der Gutachterausswahl ausdrücklich gesetzlich zu verankern, da nicht zu erwarten ist, dass eine gesetzliche Regelung eine höhere Aufmerksamkeit bei den Versicherten für ihr Vorschlagsrecht hervorruft, als es ein an sie persönlich gerichtetes Schreiben (Formtext) könnte. Das damalige BMGS ist dieser Einschätzung gefolgt und hat die Beteiligten entsprechend unterrichtet.

### **Rentenablehnungen im Vorgriff auf eine Verordnung sind grundgesetzwidrig**

Das Bundesverfassungsgericht hat am 23. Juni 2005 die Entscheidungen der Bergbau-Berufsgenossenschaft, die die Stichtagsregelung bei der Berufskrankheit nach der Nr. 4111 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vorgreiflich angewandt hatten, für grundgesetzwidrig erklärt. Diese höchstrichterliche Entscheidung bestätigt die Auffassung des Bundesversicherungsamtes.

In der zweiten Hälfte des Jahres 1997 hatte das Bundesversicherungsamt die Bergbau-Berufsgenossenschaft nach § 89 Abs. 1 SGB IV verpflichtet, die Feststellungsverfahren, in denen sie die Anerkennung einer chronisch obstruktiven Bronchitis oder eines Emphysems der Bergleute unter Tage als Berufskrankheit im Vorgriff auf die Stichtagsregelung (§ 6 BKV) abgelehnt hatte, mit dem Ziel zu leisten wieder zu eröffnen und dies unverzüglich schriftlich zu bestätigen. Wir hatten bereits damals darauf hingewiesen, dass diese Regulierung vorrangig im Wege des Schadensersatzes nach § 839 BGB, Arti-

kel 34 GG zu erfolgen habe. Das Bundesverfassungsgericht hat nunmehr dargelegt, es sei mit dem Gleichbehandlungsgebot des Artikels 3 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem aus Artikel 20 Abs. 3 GG abzuleitenden Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung nicht vereinbar, auf einen Versicherten zu dessen Lasten künftiges, noch nicht in Kraft getretenes Recht anzuwenden. Die Umsetzung der höchstrichterlichen Entscheidung durch die Bergbau-Berufsgenossenschaft verfolgen wir weiter.

### **Probleme bei der Feststellung und Anpassung von Jahresarbeitsverdiensten von Versicherten aus dem Beitrittsgebiet**

Bei der Feststellung und Anpassung von Jahresarbeitsverdiensten von Versicherten aus dem Beitrittsgebiet wurden mehrfach die §§ 1152, 1153 RVO, die gemäß § 215 SGB VII in der am Tag vor dem Inkrafttreten des SGB VII geltenden Fassung weiter gelten, nicht beachtet, insbesondere in folgenden Fallkonstellationen:

#### *Jahresarbeitsverdienst im Beitrittsgebiet*

Nach § 1152 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 RVO gilt für Arbeitsunfälle, die vor dem 1. Januar 1992 im Beitrittsgebiet eingetreten sind, als Berechnungsgrundlage für die ab 1. Juli 1990 zu zahlenden Renten das Zwölfwache der Berechnungsgrundlage nach § 12 Abs. 1 Rentenangleichungsgesetz, wenn der Rentenanspruch nach dem 30. Juni 1990 entstanden ist. Gemäß § 12 Abs. 1 Rentenangleichungsgesetz sind die Unfallrenten nach den Bestimmungen der Rentenverordnung festzustellen. Grundlage für die Berechnung der Unfallrenten ist der im Berechnungszeitraum erzielte durchschnittliche monatliche Bruttoarbeitsverdienst bis zu der ab 1. Juli 1990

geltenden Beitragsbemessungsgrenze.

Dabei ist grundsätzlich der gesamte Bruttoverdienst bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Die im Sozialversicherungsausweis der DDR nachgewiesenen Entgeltsummen für Beiträge zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung stellen dabei einen über den monatlichen sozialversicherungspflichtigen Verdienst von 600 Mark hinausgehenden Entgeltbestandteil dar und sind entsprechend zu berücksichtigen.

Der Berechnung sind mindestens 60 Prozent der jeweils geltenden Bezugsgröße zugrunde zu legen. Davon ausgehend beträgt der Mindestjahresarbeitsverdienst zum 1. Juli 1990 10.080,00 DM (5.153,82 €).

Maßgebend für die Berechnung der Unfallrente ist nach § 24 Abs. 1 Buchstabe A der Rentenverordnung der in den letzten zwölf Kalendermonaten vor dem Unfall erzielte beitragspflichtige monatliche Durchschnittsverdienst für die Versicherten der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten.

Damit stellt die Berechnung nach § 12 Abs. 1 Sätze 1 und 2 Rentenangleichungsgesetz auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalls ab. Für die Mindestberechnungsgrundlage nach § 12 Abs. 1 S. 3 Rentenangleichungsgesetz („mindestens 60 Prozent der jeweils geltenden Bezugsgröße“) kann daher nichts anderes gelten. Eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Jahresarbeitsverdienste vor dem Eintritt des Versicherungsfalls wäre sonst auch nicht gegeben.

*Anpassung von Rentenleistungen*  
Für die Bestimmung der Berechnungsgrundlage bei Renten Anpassungen ist bis

zum 31. Dezember 1991 (s. Einigungsvertrag Anlage II Kap. VIII Sachgeb. F Abschn. III Nr. 6) der monatliche Verdienst maßgeblich. Dieser ist nach § 14 Abs. 2 der Ersten Durchführungsbestimmung zur Rentenverordnung/DDR auf volle Deutsche Mark aufzurunden und nimmt an den Anpassungen gemäß § 1153 RVO, § 19 des Rentenangleichungsgesetzes vom 28. Juni 1990 teil.

Weiterhin werden nach § 1153 RVO die vom Jahresarbeitsverdienst abhängigen Geldleistungen im Beitrittsgebiet für Versicherungsfälle, die nach dem 31. Dezember 1991 im Beitrittsgebiet eingetreten sind, entsprechend dem Prozentsatz angepasst, um den sich die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung verändern werden, soweit ihnen ein aktueller Rentenwert (Ost) zugrunde liegt. Dabei werden Veränderungen der Belastung dieser Renten nicht berücksichtigt.

Wir werden die Einhaltung dieser Vorschriften bei unseren Prüfungen auch weiterhin kontrollieren.

### **Beschleunigung im Feststellungsverfahren**

Bei den örtlichen Erhebungen legt das Bundesversicherungsamt besonderes Augenmerk auf die beschleunigte Leistungsfeststellung. Im Berichtsjahr war das Ergebnis der Prüfungen verschiedener Unfallversicherungsträger überwiegend zufriedenstellend. Erkennbar ist bei vielen Trägern jedoch ein unvermindert großes Potential zur Optimierung von Arbeitsprozessen. Exemplarisch sei auf die zielgerichtete Bearbeitung und parallele Ermittlung des Sachverhaltes hingewiesen. Ob und inwieweit die Einführung neuer elektronischer Bearbeitungshilfen und die Umstellung auf die papierlose Aktenführung hier zu einer Verbesserung der Ar-

beitsabläufe und Durchlaufzeiten führen wird, wird das Bundesversicherungsamt beobachten und bei zukünftigen örtlichen Erhebungen überprüfen.

## **4. RENTENVERSICHERUNG**

- 4.1 Finanzentwicklung in der Rentenversicherung
- 4.2 Eingaben
- 4.3 Rehabilitation
- 4.4 Auslandsberührungen
- 4.5 Aufsichtsprüfungen





---

## 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 2005 beliefen sich diese Bundeszahlungen, die durch das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet werden, auf insgesamt rund 78,7 Milliarden € (2004 und 2003: jeweils rund 78,0 Milliarden €).

Die Zuschüsse des Bundes an die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten (ArV / AV; jetzt: allgemeine Rentenversicherung) betragen im Jahr 2005 mehr als 54,8 Milliarden €, das sind über 0,4 Milliarden € mehr als im Jahr 2004. Die Bundeszuschüsse machen damit 24,5 Prozent der Gesamteinnahmen der ArV / AV aus (2004: 24,2 Prozent; 2003: 24,1 Prozent; 2002: 22,9 Prozent). Darüber hinaus zahlt der Bund für Zeiten der Kindererziehung Beiträge an die ArV/AV, die 2005 mehr als 11,7 Milliarden € ausmachten (2004: 11,8 Milliarden €, 2003: 11,9 Milliarden €). Der Bund hat mit seinen Zuschüssen und mit seiner Beitragszahlung für Kindererziehungszeiten wie im Vorjahr 29,1 Prozent der Gesamtausgaben der ArV / AV finanziert (2004: 29,1 Prozent; 2003: 29,1 Prozent; 2002: 27,7 Prozent). Bezogen auf die Ausgaben für Rentenleistungen lag der Anteil dieser Bundeszahlungen wie im Vorjahr bei fast 33,5 Prozent. Zwar sind die Zahlungen des Bundes für sog. einigungsbedingte Leistungen (§ 291c SGB VI) sowie für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüber-

führungsgesetz (AAÜG) allmählich rückläufig, doch hat der Bund hier im Berichtsjahr noch fast 4,5 Milliarden € erstattet (2004: 4,8 Milliarden €, 2003: 5,0 Milliarden €, 2002: 5,5 Milliarden €).

Um die Zahlungsfähigkeit der ArV und AV im Jahresverlauf 2005 sicherzustellen, musste das Bundesversicherungsamt ab September 2005 Bundeszahlungen zugunsten der ArV / AV vorfristig ausführen. Ende November 2005 musste zusätzlich ein zinsloses Liquiditätsdarlehen des Bundes gemäß § 214 SGB VI in Höhe von rund 0,9 Milliarden € gewährt werden, um die Renten auszahlen zu können. Dieses Darlehen konnte im Verlauf des Monats Dezember 2005 infolge hoher Beitragseingänge wieder zurückgezahlt werden.

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 2005 auf rund 6,8 Milliarden € (2004: 7,0 Milliarden €, 2003: 7,3 Milliarden €).

Das Bundesversicherungsamt hat gemäß § 119 SGB VI auf die Rentenleistungen der ArV im Kalenderjahr 2005, die monatlich über den Renten-Service der Deutschen Post AG an die Rentner ausgezahlt werden, Vorschüsse in Höhe von insgesamt mehr als 93,5 Milliarden € festgesetzt und mittels eines Beitragsschlüssels

auf die Träger der ArV aufgeteilt. Hiervon entfielen 73,3 Milliarden € auf die achtzehn Träger der Rentenversicherung der Arbeiter im Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet und 20,2 Milliarden € auf die acht Träger im Beitrittsgebiet. Das Bundesversicherungsamt hat im Kalenderjahr 2005 Vorschüsse auf die Bundeszahlungen an die ArV / AV in Höhe von insgesamt 72 Milliarden € oder monatlich rund sechs Milliarden € festgelegt, ausgezahlt und auf die einzelnen Träger der ArV und AV buchhalterisch aufgeteilt. Auf die Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner, die sich aus den Beitragsanteilen der Rentner und den Beitragsanteilen der Rentenversicherungsträger zusammen setzen, zahlten die Träger der ArV monatlich Abschläge an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA; jetzt: Deutsche Rentenversicherung Bund), die diese wiederum zusammen mit ihren Beitragsanteilen und den Beitragsanteilen ihrer Rentner zwecks Optimierung der Zahlungsströme in der Sozialversicherung mit den Krankenkassen und dem Ausgleichsfonds in der sozialen Pflegeversicherung abrechnete. Diese Abschlagsbeträge für die ArV wurden vom Bundesversicherungsamt festgesetzt und beliefen sich 2005 für die Krankenversicherung der Rentner auf insgesamt rund 13,6 Milliarden € und für die Pflegeversicherung der Rentner auf insgesamt rund 1,6 Milliarden €

Das Bundesversicherungsamt führt für die Rentenversicherung verschiedene Abrechnungen durch. Hierzu sind vor allem die Abrechnung der diversen Bundeszahlungen an die Rentenversicherung, die Abrechnung der Zahlungen zwischen der ArV / AV einerseits und mit der knappschaftlichen Rentenversicherung andererseits, die Berechnung der Finanz-

ausgleichszahlung der BfA an die ArV sowie die sog. Gemeinlastabrechnung in der ArV zu nennen. Die Gemeinlastabrechnung (§ 219 SGB VI) bedeutet, dass insbesondere die Rentenausgaben, die Aufwendungen zur Krankenversicherung der Rentner und die Bundeszuschüsse auf die Träger der ArV – in der Trennung Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet und Beitrittsgebiet (§ 287f SGB VI) – entsprechend ihrem jeweiligen Anteil an den Beitragseinnahmen aufgeteilt werden. Bei der im Jahr 2005 durchgeführten Abrechnung für das Kalenderjahr 2004 wurden im Rahmen dieser Gemeinlastabrechnung insgesamt mehr als 167 Milliarden € zwischen den Trägern der ArV umverteilt. Der von der BfA zu leistende Finanzausgleich an die Träger der ArV für das Jahr 2004 wurde auf rund 5,3 Milliarden € festgesetzt. Der Gesamtbetrag aller Zahlungen zwischen der ArV / AV und der knappschaftlichen Rentenversicherung (Wanderversicherungsausgleiche, Wanderausgleich, Auftragsgeschäfte) belief sich für das Jahr 2004 auf rund 6,8 Milliarden €. Die Summe aller Bundeszahlungen an die ArV / AV für das Jahr 2004 betrug rund 71 Milliarden €. Der aufgrund der Abrechnungen und unter Berücksichtigung der unterjährig geleisteten Vorschusszahlungen verbleibende Zahlungsausgleich zwischen den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der ArV / AV mit anderen Institutionen wie insbesondere dem Bund konnte für das Abrechnungsjahr 2004 aufgrund der zahlreichen Verrechnungen zur Optimierung der Zahlungsströme auf netto rund 7,7 Millionen € begrenzt werden

<b>Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten</b>		
<b>– Rechnungsergebnisse –</b>		
(in Millionen €)	<b>2005</b> (vorläufig)	<b>2004</b>
<b>Einnahmen;</b>	<b>224.212</b>	<b>224.746</b>
hiervon:		
Beitragseinnahmen	167.976	168.378
Bundeszuschüsse	54.813	54.365
Zahlungen von der KnRV	339	363
Sonstige Einnahmen	1.084	1.640
<b>Ausgaben;</b>	<b>228.201</b>	<b>227.713</b>
hiervon:		
Rentenleistungen	198.830	197.456
KV / PV der Rentner	13.409	14.218
Zahlungen an die KnRV	6.987	6.801
Leistungen zur Teilhabe	4.475	4.651
Verwaltungskosten	3.710	3.656
Sonstige Ausgaben	790	931
<b>Rechnungsergebnis</b>	<b>- 3.989</b>	<b>- 2.967</b>
<b>Finanzausgl. → BfA ArV</b>	<b>8.850</b>	<b>5.345</b>
<b>Nachhaltigkeitsrücklage</b>	<b>1.792</b> <b>(= 0,11 MA)</b>	<b>5.023</b> <b>(= 0,32 MA)</b>
nachrichtlich:		
Erstattungen des Bundes	4.474	4.799

<b>Knappschaftliche Rentenversicherung</b>		
(in Millionen EUR; gerundet)	<b>2005</b>	<b>2004</b>
<b>Einnahmen</b>		
Beitragseinnahmen	985	1.000
Zahlungen von der ArV/AV	6.900	6.700
Defizitdeckung Bund	6.800	7.000
<b>Ausgaben</b>		
Rentenleistungen	13.500	13.500
KV / PV der Rentner	824	899
Leistungen zur Teilhabe	130	118

## 4.2 Eingaben

### Eingabestatistik Rentenversicherung

<b>Einzeleingaben</b>				
<b>Neueingänge vom 01.01.2005 bis 31.12.2005</b>				
	<b>Berichtspflicht</b>			<b>insgesamt</b>
	<b>PADB<sup>1)</sup></b>	<b>BMGS<sup>2)</sup></b>	<b>BVA</b>	
<b>RV</b>	<b>294</b>	<b>56</b>	<b>624</b>	<b>974</b>
1) Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages 2) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nunmehr verantwortlich Bundesministerium für Arbeit und Soziales				

Gegenüber den Vorjahren rückläufige Eingabezahlen im Bereich Rentenversicherung führen wir unter anderem auf ein verbessertes Qualitäts- und Beschwerdemanagement bei den Rentenversicherungsträgern zurück. Bestimmte Themen aber geben immer wieder Anlass zu Beschwerden, z.B.

- ob ein Beratungsfehler des Rentenversicherungsträgers vorliegt und zu einer Rente im Rahmen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs führt,
- wann bei einer Erwerbminderungsrente der für den Beginn der Rentenzahlung maßgebliche Leistungsfall eingetreten ist,
- ob Anrechnungszeiten nachgewiesen sind,
- Fragen zur Berücksichtigung des Versorgungsausgleichs,
- die Anrechnung von Hinzuverdiensten,
- die Abgrenzung abhängiger Beschäftigung und selbstständiger Tätigkeit im Statusfeststellungsverfahren,
- die KFZ-Hilfe,
- sowie – immer wieder – die Bearbeitungsdauer.

Vielschichtigkeit der Sachverhalte und eine – aufgrund zahlreicher Rechtsänderun-

gen im Rentenrecht sowie in angrenzenden Rechtsgebieten – häufig komplizierte Rechtslage kennzeichnen die eingegangenen Beschwerden. Versicherten und Rentnern die Ergebnisse unserer Prüfung verständlich zu vermitteln, erfordert neben hoher fachlicher Kompetenz Verständnis für die Lage des Einzelnen.

### **Vorschüsse bei gesetzlichen Neuregelungen**

Gesetzliche Neuregelungen sind für die Rentenversicherungsträger regelmäßig mit Umstellungsarbeiten und Anpassungen ihrer Programme und Verfahren verbunden. Die technische Umsetzung nimmt oft längere Zeit in Anspruch. Im Interesse der Leistungsberechtigten müssen die Rentenversicherungsträger daher sicherstellen, dass in begründeten Fällen rechtzeitig Vorschüsse angewiesen werden. Dies geschieht jedoch leider nicht immer, wie etwa der folgende Fall zeigt, dem die Beschwerde eines Betroffenen voranging.

Zum 1. Januar 2005 sind eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in die Hinterbliebenenversorgung der gesetzlichen Rentenversicherung miteinbezogen worden. Das gilt auch für Todesfälle vor diesem Datum. Wir haben veranlasst, dass der Rentenversicherungsträger bei Anträgen von Lebenspartnern auf Hinterbliebenenrente die Hinterbliebenenversorgung unverzüglich durch die Zahlung eines Rentenvorschusses sicherstellt.

### **Anhörung im Statusfeststellungsverfahren**

Anregungen des Bundesversicherungsamtes zur Überarbeitung der im Statusfeststellungsverfahren nach § 7a Abs. 4

SGB IV vorgeschriebenen Anhörung hat der Rentenversicherungsträger vollständig aufgegriffen. Das bisher verwendete Anhörungsschreiben ist gestrafft worden, die einzelnen Textpassagen folgen nun der Chronologie des Verwaltungsverfahrens. Außerdem tragen Überschriften zur Übersichtlichkeit bei.

Mit der Anhörung zur Frage, ob abhängige Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit vorliegt, werden jetzt gleichzeitig Ermittlungen hinsichtlich des Beginns der Versicherungspflicht eingeleitet. Zwar tritt grundsätzlich die Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung mit der Aufnahme einer Beschäftigung ein. Der Versicherte kann – sofern ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis vorliegt – im Statusfeststellungsverfahren aber zustimmen, dass die Versicherungspflicht erst später, nämlich mit Bekanntgabe der Entscheidung der Clearingstelle eintritt, wenn er bestimmte Voraussetzungen erfüllt (u.a. Nachweis über die Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit und die Absicherung zur Altersvorsorge für den Zeitraum zwischen der Aufnahme der Beschäftigung und der Entscheidung der Clearingstelle). Bei den in der Anhörung nunmehr gewählten Formulierungen kommt anders als bislang deutlich zum Ausdruck, dass die Klärung des Beginns der Versicherungspflicht allein unter dem Vorbehalt erfolgt, dass eine abhängige Beschäftigung festgestellt wird. Indem noch vor Bescheiderteilung im Rahmen der laufenden Anhörung die Zustimmung des Beschäftigten zum Beginn der Versicherungspflicht ermittelt wird, entfällt die Notwendigkeit, einen weiteren Bescheid zu erteilen. Das Statusfeststellungsverfahren wird deutlich beschleunigt.

## **Hinweis auf die Sozialklausel**

Selbstständige sollen durch die sog. „Sozialklausel“, die der Gesetzgeber zum 1. Januar 2001 mit § 165 Abs. 1a SGB VI eingeführt hat, vor einer zu hohen Beitragsbelastung geschützt werden und „einkommensgerechte Beiträge“ zahlen.

Hintergrund ist Folgender: Versicherungspflichtige Selbstständige können grundsätzlich einkommensgerechte Beiträge zahlen. Für die Berechnung dieser einkommensgerechten Beiträge ist das Arbeitseinkommen aus dem letzten Einkommensteuerbescheid maßgebend. Eine unverhältnismäßige Beitragsbelastung kann entstehen, wenn sich das laufende Einkommen gegenüber dem Arbeitseinkommen aus dem letzten der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Steuerbescheid verringert hat. Die Sozialklausel bietet daher die Möglichkeit, das laufende Einkommen zu berücksichtigen. Um diese Sozialklausel beanspruchen zu können, muss der Selbstständige nachweisen, dass sein Einkommen voraussichtlich längerfristig um 30 Prozent geringer ist als das Arbeitseinkommen aus dem letzten Einkommensteuerbescheid.

Allerdings setzt die Anwendung der Sozialklausel einen Antrag des Versicherten voraus. Wie zahlreiche Beschwerden belegen, ist nicht allen Versicherten diese Regelung bekannt. Insbesondere sind die Beitragszahler, deren Versicherungspflicht vor dem 1. Januar 2001 begann, nie näher über die Möglichkeit der Sozialklausel aufgeklärt worden. Auch lässt der Begriff der „einkommensgerechten Beitragszahlung“ nicht unbedingt darauf schließen, dass die Beiträge an ein wesentlich geringeres Einkommen nur dann angepasst werden, wenn dies auch ausdrücklich beantragt wird.

Im Hinblick auf die finanziellen Folgen für die Betroffenen ist nach unserer Meinung eine bedarfsgerechte Aufklärung erforderlich. Wir haben daher angeregt, die Beitragszahler auf die Möglichkeit der Anwendung der „Sozialklausel“ gezielt aufmerksam zu machen. Die Rentenversicherungsträger haben diesen Impuls aufgegriffen und werden den betroffenen Personenkreis jeweils mit der jährlichen Bezugsgrößenmitteilung auf die Sozialklausel hinweisen und die Selbstständigen damit besser über ihre Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich der Beitragshöhe aufklären.

In diesem Zusammenhang werden die Rentenversicherungsträger auch ermitteln, wie oft von der Möglichkeit der Beitragsminderung durch die Sozialklausel Gebrauch gemacht wird, und anschließend prüfen, ob die Aufnahme des Hinweistextes zu einer Veränderung im Antragsverhalten nach § 165 Abs. 1a SGB VI geführt hat.

## **Aufbewahrung von Unterlagen bei der Ablehnung von Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten**

Der Rentenversicherungsträger konnte in einem Beschwerdefall den Widerspruch eines Versicherten gegen den Bescheid über die Ablehnung von Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten nicht bearbeiten, weil er die Unterlagen bereits vernichtet hatte. Er forderte den Versicherten auf, die Unterlagen nochmals einzusenden, was bei diesem berechtigterweise auf Unverständnis stieß.

Die internen Anweisungen des Rentenversicherungsträgers sahen nach unseren Feststellungen bei der Bearbeitung von Anträgen auf Kindererziehungs- und Kin-

derberücksichtigungszeiten in bestimmten Fällen eine aktenarme/-lose Bearbeitung und nach Erledigung eine sofortige Vernichtung des Vorgangs vor.

Wir haben den Rentenversicherungsträger angewiesen, sicherzustellen, dass die Unterlagen aller abgelehnten Anträge auf Anerkennung von Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten mindestens bis zum Ablauf der Rechtsbehelfsfrist aufbewahrt werden, so dass im Falle eines Widerspruchs die Originalunterlagen zur Verfügung stehen.

Der Rentenversicherungsträger wird in seine internen Anweisungen den Hinweis aufnehmen, dass bei der Ablehnung von Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten immer eine Akte anzulegen ist. Da diese Akte ein Jahr aufbewahrt wird, ist sichergestellt, dass die Unterlagen in jedem Fall bis zum Ablauf der Rechtsbehelfsfrist – und somit im Falle eines Widerspruchs – zur Verfügung stehen.

### **Nachversicherung gem. § 233 Abs. 1 Satz 3 SGB VI**

In der Praxis der Rentenversicherungsträger kommt es immer wieder vor, dass Gestaltungsmöglichkeiten übersehen werden. So können Wehrpflichtige, die ihren Grundwehrdienst während der Zeit vom 1. März 1957 bis zum 30. April 1961 ableisteten und in der Rentenversicherung nicht versicherungspflichtig waren, gemäß § 233 Abs. 1 Satz 3 SGB VI nachversichert werden.

Auf diese Regelung haben wir einen Rentenversicherungsträger hingewiesen, der die Anrechnung von Zeiten des Grundwehrdienstes als Pflichtbeitragszeit zunächst abgelehnt hatte, weil während des

zu beurteilenden Zeitraumes keine Versicherungspflicht nach § 2 Nr. 8 Angestelltenversicherungsgesetz (AVG) vorlag.

### **Unterhaltsgeld eines Entwicklungshelfers kein Hinzuverdienst gem. § 34**

#### **Abs. 2 SGB VI**

Ein Beschwerdefall gab Anlass, die Frage zu klären, ob das von einem Entwicklungshelfer nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 Entwicklungshelfergesetz (EhfG) bezogene Unterhaltsgeld einen rentenschädlichen Hinzuverdienst gem. § 34 Abs. 2 SGB VI darstellt.

Entgegen der Auffassung des Rentenversicherungsträgers kamen wir unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Landessozialgerichtes Berlin (Urteil vom 4. Mai 2004, Az.: L 2 U 3/03) zu dem Ergebnis, dass es sich bei dem Unterhaltsgeld nicht um Arbeitsentgelt im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB IV und damit nicht um einen rentenschädlichen Hinzuverdienst handelt.

Arbeitsentgelt im Sinne des § 14 Abs. 1 SGB IV sind alle laufenden oder einmaligen Einnahmen, die aus einem Beschäftigungsverhältnis oder im Zusammenhang mit einem solchen erzielt werden. Bei einem Entwicklungshelfervertrag handelt es sich nicht um einen Vertrag über ein Beschäftigungsverhältnis, sondern vielmehr um einen Vertrag, der im Wesentlichen den Lebensbedarf des Entwicklungshelfers durch Unterhaltsleistungen des Trägers der Entwicklungshilfe sichert. Insbesondere die Vorschriften über die soziale Sicherung des Entwicklungshelfers (§§ 7 bis 15 EhfG) machen deutlich, dass die Tätigkeit nicht auf der Grundlage eines für den Arbeitnehmer typischen Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt wird.

Der Rentenversicherungsträger hat nach entsprechenden Erörterungen seine bisherige Auffassung geändert und diese Fallgestaltung in sein Rechtshandbuch aufnehmen.

### **Neuberechnung umgewerteter Bestandsrenten bei nachträglicher Anerkennung von Zusatz- oder Sonderversorgungszeiten**

Auch im Berichtsjahr erreichten uns wieder zahlreiche Eingaben von Rentenbeziehern aus den neuen Bundesländern, die eine nach § 307a SGB VI umgewertete Bestandsrente ohne Berücksichtigung von Zusatz- oder Sonderversorgungszeiten beziehen und vom zuständigen Versorgungsträger aufgrund der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nachträglich einen Entgeltüberföhrungsbescheid erhielten, ohne dass sie zu DDR-Zeiten formal in ein Zusatz- oder Sonderversorgungssystem einbezogen worden waren.

Dieser Personenkreis wünscht eine Neuberechnung seiner Renten unter Berücksichtigung der nachträglich festgestellten, fiktiven Zusatz- und Sonderversorgungszeiten.

Das BSG entschied mit Urteil vom 31. März 2004, dass nach § 307a SGB VI umgewertete Bestandsrenten gemäß § 48 SGB X neu zu berechnen sind, wenn der Versorgungsträger nachträglich unanfechtbar Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem sowie entsprechende Entgelte festgestellt hat.

Nach Auswertung der Urteilsgründe entschieden die Rentenversicherungsträger, dem Urteil über den Einzelfall hinaus zu

folgen, und erteilten ab Ende Dezember 2004 die ersten Neufeststellungsbescheide.

Bei der Überprüfung dieser Bescheide stellten wir fest, dass die Rentenberechnung nicht in allen Punkten den Vorgaben des BSG-Urteils entsprach. Fehler stellten wir z.B. fest, wenn mehrere Entgeltüberföhrungsbescheide ergingen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten bestandskräftig wurden. In einem anderen Fall hatte der Rentenversicherungsträger die Frage, ob der Entgeltüberföhrungsbescheid rechtmäßig oder rechtswidrig ist, nicht durch eine entsprechende Rückfrage beim Versorgungsträger geklärt. Auch bei dem durch das BSG-Urteil vorgeschriebenen Austausch von Entgeltpunkten für die Zeiträume, in denen sowohl Zusatzversorgungszeiten nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberföhrungsgesetz als auch Zeiten nach § 307a SGB VI vorliegen, gab es Unstimmigkeiten. Die festgestellten Fehler wirkten sich stets auf den Zahlbetrag der Rente aus und wurden zwischenzeitlich vom Träger korrigiert.

### **4.3 Rehabilitation**

#### **Weiterzahlung von Übergangsgeld bis zur Wiederholungsprüfung**

Rehabilitanden haben bis zum Abschluss einer beruflichen Umschulung einen Anspruch auf Übergangsgeld. Dieser Anspruch gilt weiter, falls eine Wiederholungsprüfung abzulegen ist. Prüfungsvorbereitende Lehrgänge sollen in diesem Fall den Rehabilitanden helfen, sich auf die Wiederholungsprüfung vorzubereiten. Einige Bildungseinrichtungen verfügen jedoch nicht über ein entsprechendes Angebot. Die Rehabilitanden sind dann gezwungen, sich im häuslichen Bereich

selbstständig vorzubereiten. In diesem Sonderfall lehnten einige Rentenversicherungsträger die Zahlung eines Übergangsgeldes ab und verwiesen die Rehabilitanden insoweit an die Arbeitsverwaltung.

Diese Verwaltungspraxis war mit den Leitgedanken des Rehabilitationsrechts und insbesondere mit dem Grundsatz einer möglichst umfassenden und vollständigen Leistungserbringung nach § 4 Abs. 2 S. 2 SGB IX unvereinbar. Die betroffenen Rentenversicherungsträger verkannten außerdem, dass sie bis zum Erreichen des Rehabilitationszieles – der dauerhaften beruflichen Wiedereingliederung – verantwortlich bleiben.

Wir haben die bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträger davon überzeugt, dass bei einer Wiederholungsprüfung nunmehr grundsätzlich vom Anspruch auf Übergangsgeld auszugehen ist, unabhängig davon, wo sich der Examenskandidat auf seine Prüfung vorbereitet. Eine Ausnahme hiervon besteht lediglich dann, wenn ein Rehabilitand keine Bereitschaft zeigt, aktiv an der Prüfungsvorbereitung teilzunehmen oder willentlich dazu beigetragen hat, dass eine Wiederholungsprüfung notwendig geworden ist.

### **Anpassung des Übergangsgeldes**

Übergangsgelder nehmen wie andere Lohnersatzleistungen auch an der laufenden Lohn- und Gehaltsentwicklung teil. Hierzu wird die Beitragsbemessungsgrundlage für das Übergangsgeld nach § 50 SGB IX jährlich angepasst. Die Dynamisierung findet jedoch nicht unbegrenzt statt, sondern ist entsprechend der Beitragserhebung bei Arbeitsentgelten auf ein Höchstmaß beschränkt (nach § 46

Abs. 1 SGB IX auf 80 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung).

Die Anpassungsverfahren der Rentenversicherungsträger berücksichtigten bislang teilweise unterschiedliche Höchstwerte. Je nachdem, von welchem Leistungsträger der Rehabilitand sein Übergangsgeld erhielt, konnten sich deswegen nach der Anpassung gravierende Unterschiede ergeben. Die Rentenversicherungsträger haben sich unsere Vorschläge zu Eigen gemacht und führen mittlerweile ein einheitliches Anpassungsverfahren durch. Wir haben damit die Gleichbehandlung der Leistungsempfänger sichergestellt.

### **Amtsermittlungen bei Teilhabeleistungen**

Rehabilitanden trafen im Verwaltungsverfahren immer schon bestimmte Mitwirkungspflichten. Der Leistungsträger konnte jederzeit verlangen, dass eine ärztliche Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhalts durchgeführt wird. Auch welcher Gutachter diese Klärung vornehmen sollte, oblag allein seiner Einschätzung.

Das SGB IX brachte hier grundlegende Änderungen. Immer dann, wenn sozialmedizinische Sachverständige in den Entscheidungsprozess einbezogen werden, haben Rehabilitanden seitdem auch Mitwirkungsrechte. Der Leistungsträger muss ihnen drei Gutachter anbieten, unter denen sie eine Auswahl treffen können. Erst anschließend darf der Leistungsträger diesen Gutachter mit der Sachaufklärung beauftragen (§ 14 Abs. 5 SGB IX). Diese gesetzliche Regelung verfolgt hauptsächlich das Ziel, mehr Transparenz und Objektivität in den Entscheidungsprozess zu brin-



gen. Außerdem wird gewährleistet, dass Sachverständige in Wohnortnähe und frei von Barrieren zu erreichen sind. Die Beauftragung des Gutachters hat unverzüglich zu erfolgen. Die Sachverständigen sind ihrerseits gehalten, die Gutachten innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach der Auftragserteilung zu erstatten. Diese gesetzliche Handlungsfrist trägt zur Abkürzung des Entscheidungsprozesses wesentlich bei.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung vertraten einige Leistungsträger die Auffassung, dass diese gesetzlichen Neuregelungen im Widerspruchsverfahren keine Anwendung finden. Wir haben die Rentenversicherungsträger wiederholt angewiesen, die Rechte der Rehabilitanden zu beachten und eine gesetzeskonforme Verwaltungspraxis unverzüglich herzustellen. Nach unserer Auffassung sind im Widerspruchsverfahren die gerade erst geschaffenen Mitwirkungs- und Gestaltungsrechte der Rehabilitanden ebenso zu beachten wie der gesetzliche Anspruch auf eine Verkürzung der Verfahrensdauer. Die bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträger haben inzwischen ihre Gutachtenaufträge neu formuliert. Sie bieten Rehabilitanden nun auch im Widerspruchsverfahren drei Sachverständige zur Auswahl an.

Wir haben den Trägern außerdem nahe gelegt, auch ihre Mahnverfahren gegenüber den Gutachtern zu überarbeiten, um sicherzustellen, dass die Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung zur Verfügung stehen. Die Verfahren werden nunmehr deutlich verkürzt werden.

## 4.4 Auslandsberührungen

### Internationale Kontakte

Das Bundesversicherungsamt nimmt regelmäßig an Verhandlungen und Besprechungen im Bereich des internationalen Sozialrechts teil.

So wurden wir im Berichtsjahr vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bzw. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu folgenden Sachverständigengesprächen hinzugezogen:

- Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Russischen Föderation,
- Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Ukraine,
- Dialog mit Vertretern Australiens zum Abschluss eines Abkommens, das die Sozialversicherungspflicht von vorübergehend im Gebiet des anderen Staates beschäftigten Personen regeln soll,
- Expertengesprächen mit der Türkei. Die Beratung mit den türkischen Kollegen diente dazu, den für eine mögliche Revision des deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommens in Frage kommenden Regelungsbedarf und die im Rahmen der späteren Sachverständigengespräche zu lösenden Fragen festzustellen.

Die deutsch-französischen Verbindungsstellen diskutierten hauptsächlich Fragen der sozialen Sicherheit, die sich bei der Anwendung der Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72 für innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandernde Arbeitnehmer, Selbstständige und deren Familien ergeben.

## **4.5 Aufsichtsprüfungen**

### **Datenübermittlung von der Künstlersozialkasse an die Rentenversicherungsträger**

Das Bundesversicherungsamt hat in einem Prüfverfahren festgestellt, dass zahlreiche versicherungspflichtige Selbstständige ihrer Pflicht, sich beim zuständigen Rentenversicherungsträger zu melden (§ 190a SGB VI), nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen. Die Beitragspflicht kann dann nur bei Betriebsprüfungen oder im Rahmen einer Kontenklärung festgestellt werden. Bei einem solchen nachträglichen Bekanntwerden der Versicherungspflicht ist die Beitragsforderung auf die letzten vier Jahre der Selbstständigkeit beschränkt. Zusätzlich werden vielfach aufgrund der Höhe der nachzufordernden Beträge Forderungen befristet oder unbefristet niedergeschlagen. Allein bei der Versicherungengruppe der Selbstständigen mit nur einem Auftraggeber mussten seit dem Inkrafttreten des § 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VI am 1. Januar 1999 bis zum Stichtag 31. Dezember 2003 Beitragsforderungen in Höhe von insgesamt 1.839.082,48 € befristet niedergeschlagen werden.

Um versicherungspflichtige Selbstständige in einem größeren Umfang zu erfassen, haben wir – nachdem datenschutzrechtliche Bedenken ausgeräumt werden konnten – die Künstlersozialkasse veranlasst, Daten von Personen, bei denen eine Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz abgelehnt wurde, zur weiteren Prüfung der Versicherungspflicht nach § 2 SGB VI an den zuständigen Rentenversicherungsträger zu übermitteln.

### **Doppelzahlungen aufgrund eines Zuständigkeitswechsels**

Durch einen Abgleich von Zahldaten verschiedener Rentenversicherungsträger stellten wir in Fällen, in denen die Zuständigkeit von einem Träger auf den anderen übergegangen war, Doppelzahlungen von Renten fest. Diese Doppelzahlungen entstanden, weil ein Rentenversicherungsträger die Rentenzahlung aufnahm und der Renten-Service der Deutschen Post AG die bisherige Rentenzahlung nicht gleichzeitig einstellte. Da in einigen Fällen Rückforderungen nicht realisiert werden konnten, waren dauerhafte Vermögensschäden für die Versichertengemeinschaft zu verzeichnen.

Um hier Verbesserungen zu erreichen, hat das Bundesversicherungsamt auf eine Änderung des Verfahrens gedrängt und eine Modifizierung des Wegfallauftrags vorgeschlagen. Eine Nachprüfung beim Rentenversicherungsträger hat gezeigt, dass durch Wiedervorlagen und Nachfragen beim abgebenden Träger und durch Änderungen des an die Post zu sendenden Wegfallauftrages die Doppelzahlungen erheblich vermindert werden konnten.

### **Ausschluss von Doppelversorgungen**

Bei der Rentenberechnung werden nach § 71 Abs. 4 SGB VI beitragsfreie Zeiten von der Gesamtleistungsbewertung ausgeschlossen, soweit sie mit Zeiten zusammentreffen, die – bei einer Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bzw. entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen – ruhegehaltfähig sind.

Das Bundesversicherungsamt hat in einem Prüfverfahren bei einem Versicherungs-

träger Fehler bei der Ermittlung und Speicherung der ruhegehaltfähigen Zeiten festgestellt. Infolgedessen wurden beitragsfreie Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung einerseits zu Unrecht von der Gesamtleistungsbewertung ausgeschlossen, weil überhaupt keine ruhegehaltfähigen Zeiten i.S. des § 71 Abs. 4 SGB VI vorlagen. Andererseits bezog der Träger beitragsfreie Zeiten zu Unrecht in die Gesamtleistungsbewertung ein, weil das Zusammentreffen von Zeiten aus beiden Alterssicherungssystemen unerkannt blieb, was insbesondere bei Zurechnungszeiten der Fall war.

Der Versicherungsträger hat auf unsere Veranlassung hin sein Verfahren zur Ermittlung und Speicherung von ruhegehaltfähigen Dienstzeiten verbessert. Er hat das Berechnungsprogramm erweitert und einen maschinellen Hinweistext zur Berücksichtigung der Zurechnungszeiten eingeführt, sodass nunmehr eine fehlerfreie Bearbeitung der Vorgänge gewährleistet ist.

### **Statistische Erfassung der Bearbeitungszeit von Rentenanträgen**

Bei einer Prüfung hat das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten die statistische Erfassung und damit auch die Bestimmung des Beginns der Bearbeitungszeit erst zu dem Zeitpunkt erfolgte, an dem die Sachbearbeitung die Art des anzufordernden medizinischen Gutachtens bestimmen konnte.

Nach Erörterungen mit dem Rentenversicherungsträger hat sich dieser unserer Auffassung angeschlossen, dass die Bearbeitungszeit bereits mit Eingang eines vollständigen Leistungsantrags (unterschiedenes Antragsformular und Beant-

wortung sämtlicher für die Leistungsbewertung relevanten Fragen) beginnt.

### **Zahlung des Vorschusses für das sog. Sterbevierteljahr**

Während des sog. Sterbevierteljahres, d.h. bis zum Ablauf des dritten Kalendermonats nach dem Monat, in dem der Versicherte verstorben ist, werden sowohl die kleine als auch die große Witwenrente in Höhe der vollen Versichertenrente gezahlt.

Bei einem Prüfverfahren im Jahr 2005 stellten wir fest, dass der Vorschuss für dieses sog. Sterbevierteljahr bei den bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträgern unterschiedlich ausgezahlt wurde. Ein Träger zahlt den Vorschuss monatlich an die Hinterbliebenen aus. Die anderen Träger zahlen dagegen den dreifachen Betrag der zuletzt gezahlten Rente in einer Summe über den Renten-Service der Deutschen Post AG als Vorschuss an die Hinterbliebenen aus (§ 7 Abs. 2 Postrentendienstverordnung).

Wir haben bei den zuletzt genannten Trägern angeregt, die Auszahlung des Vorschusses an die Hinterbliebenen zu überprüfen, insbesondere, ob und ggf. welche Einsparungen sich durch eine Änderung zur monatlichen Vorschusszahlung ergeben.

Eine Umstellung des Zahlungsmodus auf die monatliche Zahlung würde nach Abzug aller Kosten zu einem laufenden Zinsvorteil von ca. 200.000 € jährlich führen. Daher wird ein betroffener Rentenversicherungsträger einen Änderungsvorschlag in die zuständigen Gremien einbringen mit dem Ziel einer Einigung aller betroffenen Versicherungsträger auf einen monatli-

chen Auszahlungsmodus.

### **Begründung von Bescheiden**

In einer Vielzahl von Fällen, in denen eine Erwerbsminderungsrente aus medizinischen Gründen abgelehnt werden musste, hat ein Rentenversicherungsträger die Bescheide nicht ausreichend begründet. Nach § 35 Abs. 1 SGB X sind in der Begründung die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die den Rentenversicherungsträger zu seiner Entscheidung bewogen haben.

Auf unsere Veranlassung hin wird der Rentenversicherungsträger künftig die jeweiligen medizinischen Diagnosen in den Ablehnungsbescheiden angeben.

### **Rentantrag online – Einrichtung eines automatisierten Verfahrens**

Neben den Auskunfts- und Beratungsstellen der Rentenversicherung wird es nunmehr auch den Versicherungsämtern und Gemeindebehörden möglich sein, Anträge auf Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung elektronisch zu erfassen und „per Knopfdruck“ an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiterzuleiten. So können bei der computerunterstützten Erstellung von Rentenanträgen Grunddaten des Antragstellers von der Rentenversicherung automatisch abgerufen und in den Antrag eingefügt werden, der dann elektronisch an den Rentenversicherungsträger übermittelt wird. Dies sorgt zum Nutzen der Bürgerinnen und Bürger für eine schnellere sowie zuverlässigere Bearbeitung und steigert die Effizienz der Bearbeitung bei den Rentenversicherungsträgern.

Da hierdurch insbesondere in technischer und datenschutzrechtlicher Hinsicht neue

Wege zu beschreiten waren, wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) ein Sicherheitskonzept für die Einführung des Verfahrens erstellt. Nach aufsichtsrechtlicher Prüfung konnte das Bundesversicherungsamt am 23. November 2005 – nach Abstimmung mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz – der Einrichtung des Verfahrens „Antrag-Online“ im Bereich der Deutschen Rentenversicherung Bund zustimmen.

Wenn nach der Vorreiterrolle des Landes Rheinland-Pfalz auch die übrigen Bundesländer eine Zustimmung für die Teilnahme ihrer insgesamt ca. 3.500 Versicherungsämter sowie Gemeindebehörden erklären, kann so von Sozialversicherungsträgern ein zukunftsweisender Schritt auf dem Wege zur Optimierung von Geschäftsprozessen sowie zum Abbau von Bürokratie vollzogen werden.

## **II. ALLGEMEINER TEIL**

### **5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN**

- 5.1 Gerichtsverfahren
- 5.2 Strafanzeigen
- 5.3 Selbstverwaltung
- 5.4 Personal, Dienstrecht und Verwaltung
- 5.5 Organisation
- 5.6 Vergaberecht
- 5.7 Vermögenswirtschaft
- 5.8 Fälligkeit des Gesamtsozialversicherungsbeitrags



---

## II. ALLGEMEINER TEIL

---

---

### 5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

---

#### 5.1 Gerichtsverfahren

Im Verlauf des Jahres 2005 war das Bundesversicherungsamt an insgesamt 91 neuen gerichtlichen Verfahren beteiligt, 11 davon wurden im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes geführt. Regelmäßig befindet sich das Bundesversicherungsamt dabei in der prozessualen Rolle der Beklagten bzw. Antragsgegnerin, weil Sozialversicherungsträger gerichtlich gegen an sie gerichtete Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes vorgehen. Diese Konstellation war 2005 in 87 Gerichtsverfahren gegeben. In den übrigen vier Verfahren wurde das Bundesversicherungsamt zu einem zwischen anderen Hauptbeteiligten anhängigen Rechtsstreit beigegeben.

Die Anzahl von 91 neuen Rechtsstreitigkeiten stellt zwar im Vergleich zum Vorjahr (2004: 137 neue Verfahren) einen signifikanten Rückgang dar. Dies lässt sich allerdings dadurch erklären, dass Sondereffekte wie im Jahre 2002 (flächendeckendes aufsichtsrechtliches Vorgehen zur Durchsetzung des damaligen Verbots des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln) oder 2004 (zahlreiche Verpflichtungsbescheide zur Veröffentlichungspflicht nach § 35a Abs. 6 S. 2 SGB IV), die jeweils für einen deutlichen Anstieg der Rechtsstreite im Aufsichtsbereich gesorgt hatten, im Jahre 2005 ausgeblieben sind. Vor diesem Hintergrund bewegt sich der für 2005 zu verzeichnende Zugang an neuen gerichtlichen Verfahren auf normalem Niveau.

Auch ohne die vorerwähnten Sondereffekte bildeten die Klagen aus dem Aufsichts- und sonstigen Tätigkeitsbereich mit 64 Verfahren wieder den thematischen Schwerpunkt. Damit setzt sich der Trend aus den Vorjahren fort.

Demgegenüber geht die Zahl neuer Rechtsstreitigkeiten aus dem Bereich des Risikostrukturausgleichs weiter zurück (2003: 44 Verfahren, 2004: 36 Verfahren, 2005: 26 Verfahren).

Die meisten der im Jahre 2005 insoweit erhobenen Klagen betrafen Bescheide des Bundesversicherungsamtes nach § 15a der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV). Nach dieser Vorschrift haben die Prüfdienste des Bundes und der Länder bestimmte Bereiche, die im Risikostrukturausgleich finanzwirksam sind, insbesondere die Versicherungszeiten, gesondert anhand einer Stichprobe zu prüfen. Überschreitet die Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle einen Schwellenwert, ist das Bundesversicherungsamt berechtigt, die im Rahmen der Stichprobe festgestellte Quote auf den gesamten Versichertenbestand einer Krankenkasse hochzurechnen und den aufgrund dieser Hochrechnung ermittelten Korrekturbetrag gegenüber der betroffenen Krankenkasse durch Bescheid geltend zu machen.

Im Gegensatz dazu spielen Klagen gegen Jahresausgleichsbescheide im Risikostrukturausgleich praktisch keine Rolle mehr. Im Jahre 2005 wurde nur eine einzige Klage gegen einen Jahresausgleichsbescheid

erhoben. Dies ist vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung zu sehen.

Nachdem zunächst das Bundessozialgericht (BSG) mit seinen Grundsatzentscheidungen vom 24. Januar 2003 (u.a. zum Az.: B 12 KR 16/01 R) in diesem Bereich bereits für Rechtsklarheit gesorgt hatte, hat zuletzt auch das Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 18. Juli 2005 (Az.: 2 BvF 2/01) festgestellt, dass die gesetzlichen Grundlagen des Risikostrukturausgleichs mit dem Grundgesetz vereinbar sind. Ein Normenkontrollantrag der Länder Baden-Württemberg, Bayern und Hessen blieb damit ohne Erfolg.

Da in den Vorjahren eine Vielzahl von Rechtsstreiten zu Jahresausgleichsbescheiden im Hinblick auf die erwartete höchstrichterliche Rechtsprechung zum Ruhen gebracht worden war, hat das Bundesversicherungsamt nach Bekanntwerden der o.g. Entscheidungen die Wiederaufnahme dieser Verfahren betrieben. Dies hat im Jahr 2005 zu weit über zweihundert Klagerücknahmen geführt, wobei noch längst nicht alle Verfahren abgeschlossen werden konnten. Es ist daher zu erwarten, dass in naher Zukunft viele weitere ruhend gestellte Verfahren ebenfalls auf diese Weise erledigt werden.

Im dritten Teilbereich der Statistik zu neuen Gerichtsverfahren – dem Entschädigungsrentenrecht – ist auch 2005 nur eine neue Klage zu verzeichnen. Auch hier setzt sich also die Tendenz der Vorjahre fort.

Insgesamt ergingen im Verlaufe des Berichtsjahres 43 Urteile oder Beschlüsse, davon 33 Entscheidungen zu unseren Gunsten. In zwei weiteren Verfahren obsiegte das Bundesversicherungsamt teilweise, darunter in einem Revisionsrechts-

streit vor dem BSG. In den übrigen vier Fällen, in denen das BSG Entscheidungen zu Rechtsstreiten unter Beteiligung des Bundesversicherungsamtes fällte, konnte das Bundesversicherungsamt in vollem Umfang obsiegen (zwei Zurückweisungen von Revisionen und zwei Ablehnungen von Nichtzulassungsbeschwerden). Von den 43 Urteilen oder Beschlüssen des Jahres 2005 wurden zwanzig rechtskräftig.

Erfreulich ist die Anzahl von 312 sonstigen Erledigungen (durch Klagerücknahmen, Erledigterklärungen und Vergleiche), die zu weiten Teilen auf die bereits erwähnten Klagerücknahmen in Rechtsstreiten zu Jahresausgleichsbescheiden im Risikostrukturausgleich zurückzuführen ist. Damit konnte erstmals seit vielen Jahren der Bestand anhängiger Gerichtsverfahren zum Ende eines Jahres gegenüber dem Bestand zum Ende des Vorjahres deutlich reduziert werden. Waren es Ende 2004 noch 641 Verfahren, so sind am Ende des Berichtsjahres nur noch 400 anhängige Gerichtsverfahren zu verzeichnen.

Mit Urteil des BSG vom 22. März 2005 (Az.: B 1 A 1/03 R) konnte ein lang andauernder Rechtsstreit mit einer Betriebskrankenkasse zur Leistungsgewährung und Informationsverbreitung im Zusammenhang mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie neuen Heilmitteln abgeschlossen werden.

Die klagende Krankenkasse warb als vermeintlicher Spezialanbieter auf dem Gebiet der Alternativmedizin mit einem umfassenden „Leistungskatalog“ insbesondere der Natur- und traditionellen Heilkunde. Darin enthalten waren Kostenerstattungsbeträge für bestimmte „alternative“ medizinische Behandlungsmethoden und Heilmittel, darunter auch solche, die den besonderen Therapierichtungen angehören



(hier: anthroposophische Medizin und Homöopathie). Gegen dieses Leistungs- und Wettbewerbsverhalten war das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der bisherigen Rechtsprechung des BSG zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufsichtsrechtlich vorgegangen. Das Landessozialgericht war unserer Auffassung gefolgt und hatte die Klage unter Aufhebung der Entscheidung des Ausgangsgerichts abgewiesen.

Im anschließenden Revisionsverfahren konnte das Bundesversicherungsamt sich – wie auch an der Kostenentscheidung (3/4 zu Lasten der Klägerin) deutlich wurde – überwiegend durchsetzen.

Nachdem die Kasse schon in einem Erörterungstermin vor dem 1. Senat des BSG die alleinige Kompetenz der Gerichte zur Feststellung eines Systemmangels anerkannt hatte und von einer Vielzahl der Behandlungsmethoden und Heilmittel ihres Leistungskataloges abgerückt war (u.a. Baunscheidtieren, Schröpfen), blieben die Leistungen der besonderen Therapierichtungen umstritten. Wir hatten auch hier die Anwendung der Grundsätze für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verlangt. Dagegen vertrat das BSG den Standpunkt, dass die Frage, ob die für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie neue Heilmittel geltenden leistungsrechtlichen Grundsätze auf Leistungen der besonderen Therapierichtungen uneingeschränkt übertragbar sind oder ob dafür Modifizierungen gelten müssen, durch Gesetz und höchstrichterliche Rechtsprechung noch nicht hinreichend geklärt sei.

Aus unserer Sicht ist es zwar bedauerlich, dass es anlässlich dieses Falls aus dem Aufsichtsbereich nicht zu einer inhaltli-

chen Klärung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen im Bereich der neuen Therapierichtungen gekommen ist. Gleichwohl betrachtet das Bundesversicherungsamt den Ausgang dieses Rechtsstreits letztlich als einen Erfolg, weil nun für alle gesetzlichen Krankenkassen gleiche Ausgangsbedingungen bei Leistungen der besonderen Therapierichtungen herrschen.

In einem weiteren Revisionsverfahren, das die Sicherung der Informations- und Prüfrechte des Bundesversicherungsamtes nach § 88 SGB IV bei der Errichtung einer privatrechtlichen Beratungsgesellschaft durch eine Berufsgenossenschaft zum Gegenstand hatte, bestätigte das BSG unsere Rechtsauffassung in vollem Umfang (Az.: B 2 U 14/04 R). Das Bundesversicherungsamt hatte seine Genehmigung nach § 85 Abs. 1 S. 1 SGB IV a.F. zur Gründung einer Beratungsgesellschaft für Arbeits- und Gesundheitsschutz mbH durch die Berufsgenossenschaft aus Mitteln ihrer Rücklage mit einer Auflage verbunden. Gemäß dieser Auflage sollte durch Aufnahme entsprechender Regelungen in den Gesellschaftsvertrag der GmbH die Möglichkeit gewährleistet werden, die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der GmbH unmittelbar prüfen und Einsicht in die Geschäftsunterlagen nehmen zu können.

Mit Urteil vom 16. November 2005 hat das BSG die Rechtmäßigkeit der Auflage bestätigt, da diese zur Sicherung der aufsichtsbehördlichen Kontrollaufgaben notwendig war. Die Aufsichtsbehörde müsse nicht nur bei der Gründung der GmbH, sondern auch im weiteren Verlauf der Entwicklung beobachten können, ob die eingesetzten Gelder rechtmäßig und wirtschaftlich verwendet werden. Im Übrigen schloss sich das Gericht ausdrücklich der

Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes an, dass bei der Erbringung einer öffentlich-rechtlichen Aufgabe die Wahl einer privatrechtlichen Organisationsform nicht ausschlaggebend dafür sein könne, ob die Rechte der Aufsichtsbehörde zur Geltung kommen.

Wie bereits in den Vorjahren waren auch im Jahr 2005 Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes zu unterjährigen Beitragssatzveränderungen von gesetzlichen Krankenkassen Gegenstand gerichtlicher Überprüfung. Bemerkenswert ist hier ein Beschluss des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 31. August 2005 (Az.: L 5 B 210/05 KR ER). Eine sog. „Schnellwachstumskasse“ begehrte die Genehmigung für eine unterjährige Beitragssatzsenkung im Wege einer einstweiligen Anordnung nach § 86b Abs. 2 S. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Das Bundesversicherungsamt hatte die Genehmigung wegen eines Verstoßes gegen die Grundsätze einer sorgfältigen und vorausschauenden Finanzplanung, zu denen auch das Vorsichtsprinzip gehört, abgelehnt.

Wie auch das Bundesversicherungsamt konnte das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht bei der vorliegenden Konstellation einer unterjährigen Beitragssatzsenkung schon keinen die besondere Dringlichkeit der Entscheidung begründenden Anordnungsgrund erkennen. § 86b Abs. 2 S. 2 SGG verlangt insoweit die Notwendigkeit zur Abwendung „wesentlicher Nachteile“. Solche Nachteile seien auch im Hinblick auf die von der Antragstellerin insoweit angeführte Wettbewerbsposition nicht vorhanden. Im Gegenteil beklagte die Antragstellerin letztlich mit überhöhten „Finanzpolstern“ wirtschaftliche Vorteile.

Auf finanzielle Nachteile für die Versicherten und Arbeitgeber könne sich die Antragstellerin nicht stützen, da es keine verfassungsrechtliche Grundlage dafür gebe, den Sozialversicherungsträgern die Möglichkeit der Wahrnehmung grundrechtlicher Positionen ihrer Mitglieder einzuräumen. Als Organ der mittelbaren Staatsverwaltung sei es einem Sozialversicherungsträger vielmehr grundsätzlich zuzumuten, die normale Dauer des Hauptsacheverfahrens abzuwarten.

Das Bundesversicherungsamt teilt diese Einschätzung. Für zukünftige Fälle wäre allerdings zu hoffen, dass im Rahmen von Rechtsstreiten in der Hauptsache, ggf. nach Umstellung in eine Fortsetzungsfeststellungsklage, Rechtsprechung auch zu den materiell-rechtlichen Voraussetzungen von unterjährigen Beitragssatzveränderungen ergeht.

## **5.2 Strafanzeigen**

Deutliche Anhaltspunkte für strafrechtlich relevantes Verhalten haben uns im Verlaufe des Jahres 2005 gezwungen, in drei Fällen bei den zuständigen Staatsanwaltschaften Strafanzeige zu erstatten.

In einem Fall wurde – offensichtlich durch Mitarbeiter eines Leistungsanbieters – unter Ausnutzung der Amtsautorität des Bundesversicherungsamtes ein Schreiben des Bundesversicherungsamtes für Zwecke des Leistungsanbieters gefälscht.

Die anderen beiden Fälle stammen bedauerlicherweise aus dem Bereich der vom Bundesversicherungsamt beaufsichtigten gesetzlichen Krankenkassen und betreffen einerseits die vorsätzlich verspätete Weiterleitung von Gesamtsozialversicherungsbeiträgen zur Überbrückung von Liquiditätsgaps sowie andererseits den Abschluss eines Mietvertrages über Büroräu-

me zu derart nachteiligen Konditionen, dass sich ein Anfangsverdacht der Untreue ergab.

Das Bundesversicherungsamt geht davon aus, dass es sich hierbei um Einzelfälle handelt, und wird zunächst den Ausgang der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen abwarten. Gleichwohl kann kein Zweifel bestehen, dass das Aufsichtsrecht bei derartigen Verstößen an Grenzen gerät. Daher wird das Bundesversicherungsamt auch in Zukunft die zuständigen Strafverfolgungsbehörden einschalten, soweit sich konkrete Anhaltspunkte für strafrechtlich vorwerfbares Verhalten ergeben.

### **5.3 Selbstverwaltung**

#### **Begleitung der Sozialwahlen und Beobachtung des Wahlverfahrens**

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der Versicherungsträger werden alle sechs Jahre in den Sozialwahlen neu gewählt. Zuständig für die Durchführung des Wahlverfahrens ist der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen.

In enger Abstimmung mit dem Wahlbeauftragten hat das Bundesversicherungsamt das Wahlverfahren unterstützt, z.B. bei erforderlichen Satzungsänderungen, bei Anfragen der Kassen nach den Wählbarkeitsvoraussetzungen, nach Einhaltung von Fristen im Wahlverfahren und nach Auslegung einzelner Bestimmungen des SGB IV.

Insbesondere die gesetzliche Neuregelung zur Besetzung des Verwaltungsrates auf Arbeitgeberseite bei den Betriebskrankenkassen (§ 44 Abs. 2 Satz 6 SGB IV) stellte viele Kassen im Vorfeld der Wahlen vor

Probleme und warf zahlreiche rechtliche Fragen auf.

Durch das Ausscheiden von Vorgeschlagenen vor dem Zeitpunkt der Wahl oder von Gewählten vor der konstituierenden Sitzung des Verwaltungsrats ergab sich bei den Versicherungsträgern erheblicher Klärungsbedarf.

Lag der Wahltermin nah am Zeitpunkt einer geplanten Fusion, war insbesondere darauf zu achten, dass durch die mit der Fusion einhergehende Berufung von Verwaltungsratsmitgliedern durch das Bundesversicherungsamt nicht die parallel durchzuführenden allgemeinen Wahlen unterlaufen wurden.

Bei der Besetzung der Wahlausschüsse der Versicherungsträger war darauf zu achten, dass die Wahl der Mitglieder zeitgerecht und im Einklang mit den Bestimmungen des Wahlverfahrens erfolgte. So führte in einem Fall unser Hinweis auf eine fehlerhafte Besetzung zu einer Wahlanfechtung durch den Bundeswahlbeauftragten. Die Kasse hatte hier zum einen die Mitglieder des Wahlausschusses nicht in einem demokratischen Verfahren gewählt, sondern „bestimmt“, zum anderen handelte es sich bei den Mitgliedern des Wahlausschusses in zwei Fällen um Personen, die gleichzeitig für die Wahl zum Verwaltungsrat kandidierten. Nach einer außergerichtlichen Einigung konnte die Wahl inzwischen erfolgreich vollzogen werden.

## **5.4 Personal-, Dienstrecht und Verwaltung**

### **Entscheidungen der Kommission zum Versorgungsruhen- und Entschädigungsrentengesetz**

Die Kommission musste auch im Jahre 2005 noch einige Vorentscheidungen über Anträge auf Bewilligung einer Entschädigungsrente nach § 3 Abs. 1 Buchst. b) und c) Entschädigungsrentengesetz (ERG) treffen.

Nach diesen Regelungen sind Entschädigungsrenten zu bewilligen, wenn NS-Opfern oder deren Hinterbliebenen in der DDR Wiedergutmachungsleistungen in rechtsstaatswidriger Weise vorenthalten oder entzogen wurden.

In drei Fällen schlug die Kommission dem Bundesversicherungsamt nach § 3 Abs. 3 S. 1 ERG förmlich vor, die Anträge wegen Nichterfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen abzulehnen. Dem ist das Bundesversicherungsamt durch rechtsbehelfsfähigen Bescheid gefolgt.

In vier weiteren Fällen lagen die Bewilligungsvoraussetzungen ebenfalls nicht vor. Förmlicher Entscheidungen der Kommission bedurfte es aber nicht. Im Einvernehmen mit den Antragstellern wurden ihre Unterlagen zur Verfahrensbeschleunigung an das Bundesministerium der Finanzen weitergeleitet. Dort wird geprüft, ob anderweitige Entschädigungsleistungen in Betracht kommen.

### **Richtlinien für die Bestellung von Vollstreckungspersonal**

Bis zum März 2005 unterlag die Bestellung als Vollstreckungsbeamter der funktionsbezogenen Auswahl, da der Vollstreckungsbeamte geschäftsleitender Bediensteter sein musste (§ 66 Abs. 1 S. 3 SGB X a.F.). Der Vollstreckungsbeamte war daher in der Hierarchie der Verwaltung grundsätzlich im höheren Dienst, gegebenenfalls im gehobenen Dienst oder in einer vergleichbaren Tätigkeit anzusiedeln.

Durch das Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht vom 30. März 2005 wurde § 66 SGB X geändert. Die Bestellung von Vollstreckungspersonal erfolgt nunmehr fachbezogen und nicht mehr funktionsbezogen. Das bedeutet, dass künftig ein auf die speziellen Anforderungen der Vollstreckung bezogener Berufsabschluss oder die Teilnahme an einem entsprechenden Lehrgang, verbunden mit berufspraktischen Tätigkeiten, oder eine entsprechende mehrjährige Berufserfahrung für die Auswahl bei der Bestellung des Vollstreckungsbeamten entscheidend ist.

Im Hinblick auf die bestehenden Probleme (insbesondere kleinerer Krankenkassen) im Vollstreckungswesen hat der Gesetzgeber nunmehr außerdem den Verbänden der Krankenkassen oder anderen Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, für diese Krankenkassen die Aufgabe der Vollstreckung zu übernehmen. Dies bedeutet, dass bundesunmittelbare Krankenkassen oder Verbände einen Antrag stellen können, für andere bundesunmittelbare Krankenkassen zu vollstrecken und zu vollziehen, wenn die Voraussetzungen des § 66 Abs. 1 S. 3 SGB X vorliegen. Zur Einziehung von Gesamtsozialversicherungsbeiträgen können

mehrere Kassen somit auch eine zentralisierte Vollstreckungsverwaltung aufbauen.

Die entsprechende Richtlinie zur Umsetzung der gesetzlichen Neuregelung hat das Bundesversicherungsamt in Abstimmung mit dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und unter Einbeziehung der Vorschläge der Spitzenverbände erarbeitet und mit Bekanntmachung vom 1. Dezember 2005 veröffentlicht.

## 5.5 Organisation

### „Leitlinien 88“ – Anmietung von Büroraum –

Die Sozialversicherungsträger haben auch im Entscheidungsprozess über die Anmietung von Büroräumen das in § 69 Abs. 2 SGB IV verankerte Prinzip der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Das setzt voraus, dass die Mietentscheidungen auf sorgfältigen, durchdachten und im Einzelnen nachvollziehbaren Planungen beruhen. Die *Leitlinien 88 des Bundesversicherungsamtes für das Mieten von Büroraum und sonstigen Flächen, die Verwaltungszwecken dienen* zeigen die einzelnen Planungsschritte einschließlich der maßgeblichen Entscheidungskriterien auf und geben Hinweise zur konkreten Ausgestaltung des Mietvertrages. Um den Entscheidungsprozess aufsichtsrechtlich begleiten zu können, sehen die Leitlinien 88 ausdrücklich vor, dass das Bundesversicherungsamt – von Ausnahmen abgesehen – vor dem Abschluss eines Mietvertrages zu unterrichten ist.

Dies ist jedoch häufig nicht geschehen, zum Teil mit fatalen Folgen. So sind dem Bundesversicherungsamt in jüngster Vergangenheit mehrere Fälle bekannt gewor-

den, in denen insbesondere Betriebskrankenkassen Mietverträge geschlossen hatten, deren Regelung einseitig die Interessen der Vermieter berücksichtigten und die deshalb für die Kassen im höchsten Maße unwirtschaftlich sind.

In einem besonders krassen Einzelfall sah sich das Bundesversicherungsamt sogar gezwungen, wegen des Anfangsverdachts der Untreue die Staatsanwaltschaft einzuschalten. Der mit Billigung der Selbstverwaltung vom ehemaligen Vorstand der Krankenkasse geschlossene Mietvertrag sieht neben einer festen Laufzeit von achtzehn Jahren ohne jede Kündigungsmöglichkeit einen einheitlichen Mietzins vor, der selbst bei großzügiger Betrachtung weit über dem ortsüblichen Vergleichswert zu liegen scheint. Erstmals nach Ablauf von 25 Jahren Mietdauer hat die Krankenkasse das Recht, die Angemessenheit des Mietzinses durch ein Sachverständigengutachten überprüfen zu lassen und ggf. eine Herabsetzung des ursprünglich vereinbarten Mietzinses zu verlangen. Demgegenüber kann der Vermieter bereits nach fünf Jahren Mietdauer alle zwei Jahre eine Mieterhöhung verlangen, wenn er drei vergleichbare Mietobjekte benennt, für die ein höherer Mietzins entrichtet wird. Schließlich hat sich die Krankenkasse auch zur Übernahme umfangreicher Instandhaltungsmaßnahmen verpflichtet.

Die Staatsanwaltschaft hat das Ermittlungsverfahren inzwischen sowohl hinsichtlich des Tatvorwurfs als auch des Kreises der Beschuldigten ausgeweitet und umfangreiche Hausdurchsuchungen durchgeführt. Ermittlungsergebnisse wurden dem Bundesversicherungsamt noch nicht mitgeteilt.

Um derartige Auswüchse künftig zu ver-

hindern, hat das Bundesversicherungsamt die Leitlinien 88 überarbeitet und dies zum Anlass genommen, deren Beachtung im allgemeinen und die Beteiligung der Aufsicht im besonderen anzumahnen. Durch die vorgenommenen Änderungen wurde in erster Linie der Schuldrechtsreform Rechnung getragen. Außerdem haben wir zum besseren Verständnis einige Erläuterungen eingefügt bzw. ergänzt. Seit der Veröffentlichung der überarbeiteten Version der Leitlinien 88 im Internet wurden uns bereits mehrere Mietverträge vorgelegt bzw. Vorüberlegungen zur Anmietung neuer Büroräume mitgeteilt.

## 5.6 Vergaberecht

Auch im Jahr 2005 war die Einhaltung der Vergabevorschriften Gegenstand unserer Aufsichtstätigkeit. In diesem Zusammenhang war zunehmend die Tendenz zu beobachten, dass die Träger Aufgaben in der Form auslagern, dass sie privatrechtliche Gesellschaften gründen und diesen entsprechende Dienstleistungs- oder Lieferaufträge erteilen. Von der Gründung solcher Gesellschaften erfahren wir im Rahmen der Anzeigenpflicht nach § 85 Abs. 1 SGB IV.

Da dem Abschluss von Verträgen über Lieferungen und Leistungen grundsätzlich eine öffentliche Ausschreibung vorausgehen muss, stellte sich die Frage, ob auch Auftragsvergaben an diese Gesellschaften ohne Durchführung eines Vergabeverfahrens zulässig sind. Bei der Beantwortung dieser Frage kommt es im Wesentlichen darauf an, wer an der Gesellschaft beteiligt ist.

Ist neben einem oder mehreren Trägern ein Privater an der Gesellschaft beteiligt, handelt es sich um ein sog. gemischt-

wirtschaftliches Unternehmen. Auftragsvergaben an gemischt-wirtschaftliche Unternehmen ohne Durchführung eines Vergabeverfahrens sind nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH, Urteil vom 11. Januar 2005, Az.: C – 26/03) nicht zulässig, auch wenn das Privatunternehmen lediglich minderheitlich an der Gesellschaft beteiligt ist. Der EuGH hat dies damit begründet, dass ansonsten der an der Gesellschaft beteiligte Private einen Wettbewerbsvorteil gegenüber seinen Konkurrenten erhalte.

Sind an einer Gesellschaft ausschließlich öffentliche Auftraggeber, also in diesem Fall nur Träger beteiligt, handelt es sich um sog. gemischt-öffentliche Unternehmen. Die Träger können nach der Rechtsprechung des EuGH dann unter folgenden Voraussetzungen Aufträge ohne Durchführung eines Vergabeverfahrens an diese Gesellschaft vergeben: Sie müssen die Gesellschaft wie eine eigene Dienststelle beherrschen und die Gesellschaft muss im Wesentlichen Aufgaben für die an ihr beteiligten Auftraggeber erfüllen (EuGH, Urteil vom 18. November 1999, Az.: C – 107/98). Nach allgemeiner Auffassung ist das Wesentlichkeitskriterium erfüllt, wenn die Gesellschaft mindestens 80 Prozent ihrer Leistungen für ihre Gesellschafter erbringt. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen stellt die Auftragsvergabe an die Gesellschaft einen internen Organisationsakt, ein sog. In-house-Geschäft dar. Die Durchführung eines Vergabeverfahrens ist dann nicht erforderlich.

Da das gemischt-öffentliche Unternehmen Aufgaben der bzw. für die Träger wahrnimmt, muss es aber seinerseits vor dem Abschluss von Verträgen über Lieferungen und Leistungen diese ebenfalls öffentlich ausschreiben.

Ergänzend ist noch darauf hinzuweisen, dass die Frage, ob Träger der Sozialversicherung „öffentliche Auftraggeber“ im Sinne von § 98 Nr. 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) sind, und ob das GWB insoweit überhaupt Anwendung findet, in Rechtsprechung und Literatur umstritten ist. In jedem Fall gilt für die Sozialversicherungsträger § 22 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung (SVHV) uneingeschränkt. Danach muss dem Abschluss von Verträgen über Lieferungen und Leistungen mit Ausnahme der Verträge, die der Erbringung gesetzlicher oder satzungsmäßiger Versicherungsleistungen dienen, eine öffentliche Ausschreibung vorausgehen. Dies geschieht nach wie vor häufig nicht oder nur unzureichend.

## 5.7 Vermögenswirtschaft

### Einsparung durch geänderte Umsatzsteuerabrechnung

Während einer Aufsichtsprüfung bei einer Berufsgenossenschaft wurde festgestellt, dass das Umsatzsteuerabrechnungsverfahren für eine Klinik dieses Trägers fehlerhaft war. Im Zusammenhang mit der Abrechnung von steuerpflichtigen Gutachterleistungen war die Möglichkeit einer partiellen Abzugsfähigkeit von Vorsteuerbeträgen nicht berücksichtigt worden.

Das umsatzsteuerliche Abrechnungsverfahren wurde inzwischen geändert. Gegenüber den Finanzbehörden wurde eine Berichtigung der Umsatzsteuerveranlagung für zurückliegende Jahre beantragt. Nach Mitteilung der Berufsgenossenschaft hat das zuständige Finanzamt für den Zeitraum 2002 bis 2004 eine Steuerrückerstattung in Höhe von insgesamt rund 12.000 € gewährt. Auch für die Folgejahre sind deut-

lich geringere Umsatzsteuerzahlungsbeträge der Berufsgenossenschaft zu erwarten.

### Genehmigung von Vermögensanlagen

Nach § 85 SGB IV unterliegen bestimmte Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde: Darlehen für gemeinnützige Zwecke, Erwerb bzw. Leasen von Grundstücken, Bau von Gebäuden. Durch das Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) wurde im März 2005 für die Beteiligung an Arbeitsgemeinschaften sowie für Maßnahmen einer Einrichtung, an der ein Sozialversicherungsträger beteiligt ist, eine Anzeigepflicht eingeführt, d.h. auch über diese Vermögensanlagen haben die Träger die Aufsichtsbehörden in Kenntnis zu setzen. Im Jahre 2005 wurden ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 66,5 Millionen € genehmigt bzw. angezeigt:

Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger	Anlagevolumen in Mio. €		
	2003	2004	2005
Anlagegegenstand			
<b>Anzeigen</b> (gem. Verwaltungsvereinfachungsgesetz)	-	-	8,2
<b>Genehmigungen</b>			
Darlehen	16,9	8,1	6,9
Beteiligungen	52,4	109,0	10,8
Erwerb von Grundstücken	44,1	13,8	1,1
Errichtung und Erweiterung von Gebäuden	74,4	33,8	39,5
<b>Summe</b>	<b>187,8</b>	<b>164,7</b>	<b>66,5</b>

Das Anlagevolumen 2005 ist – insbesondere im Bereich der Beteiligungen – gegenüber den Vorjahren deutlich gesunken. Ursächlich hierfür waren Verzögerungen bei

den im Gemeinschaftsfonds der gewerblichen Berufsgenossenschaften erfassten Baumaßnahmen für Unfallkrankenhäuser, die dem Bundesversicherungsamt anzuzeigen sind. Gleichwohl haben wir 2005 auch eine Reihe von beantragten Projekten in einer Größenordnung von rund 250 Millionen € in enger Abstimmung mit den jeweiligen Sozialversicherungsträgern bis zur Entscheidungsreife bearbeitet, so dass diese im Jahr 2006 kurzfristig genehmigt werden können.

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2005 insgesamt 61 Vorgänge bearbeitet (2004: 121):

- Beteiligungen: 33
- Baumaßnahmen: 13
- Darlehen: 13
- Grundstückserwerbe: 2

Im Jahr 2005 haben wir die Aufsicht über insgesamt 56 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungsvolumen von fast 406 Millionen € geführt. Bei elf Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt fast 184 Millionen € haben wir die Abschlussberichte geprüft.

### **Immobilienleasing**

Anfang März 2005 wurden wir als Aufsichtsbehörde zum ersten Mal von einer Krankenkasse konsultiert, die die Absicht hatte, ein Verwaltungsgebäude zu leasen. Gemäß § 85 Abs. 1 S. 1 SGB IV bedarf das Leasen von Grundstücken und grundstücksgleichen Rechten der Genehmigung. Beim Immobilienleasing handelt es sich um eine komplexe Sonderform der Fremdfinanzierung eines Gebäudes. Grundlage ist ein langfristiger, nur außerordentlich kündbarer Vertrag zwischen dem Leasing-

geber, in der Regel einem kommerziellen Unternehmen, und dem Leasingnehmer.

Da der Genehmigungsantrag für das Immobilienleasing einen Präzedenzfall darstellte, hat das Bundesversicherungsamt die Fragestellung der Vorteilhaftigkeit des Leasings gegenüber dem Kauf oder der Miete eines Gebäudes durch das Forschungsinstitut für Leasing an der Universität zu Köln prüfen lassen. Auf der Basis dieses Gutachtens konnte das Bundesversicherungsamt das Vorhaben genehmigen.

Die Gutachter erarbeiteten auch einen Leitfaden für einen Wirtschaftlichkeitsvergleich: „Miete-Kauf-Leasing“. Wesentliche Bestandteile dieses Leitfadens sind:

- Darstellung der zu beachtenden Grundsätze,
- Erläuterungen hinsichtlich der beizubringenden Unterlagen,
- Darstellung der einzelnen Arbeitsschritte der durchzuführenden Wirtschaftlichkeitsberechnung.

Um die Wirtschaftlichkeit einer favorisierten Maßnahme beurteilen zu können, sind nach Analyse (Barwertvergleich, Risikoanalyse, Sensitivitätsanalyse) und Validierung der quantitativen Ergebnisse auch die qualitativen Aspekte wie Flexibilitätskalküle, Marktpreisrisiken, Betriebsrisiken, prämisseninduzierte Risiken und andere Risiken im Rahmen einer Nutzwertanalyse heranzuziehen.

Der Leitfaden und die Schlussfolgerungen des Gutachtens sind in den „Grundsätzen 85“ einzusehen, die unter dem Link „Fachinformationen“ auf unserer homepage [www.bva.de](http://www.bva.de) zugänglich sind.



## 5.8 Fälligkeit des Gesamtsozialversicherungsbeitrags

Bis Ende 2005 musste für Entgelte, die bis zum 15. eines Monats gezahlt wurden, der Gesamtsozialversicherungsbeitrag (GSV-Beitrag) bis zum 25. des gleichen Monats entrichtet werden. Für Arbeitgeber, die die Entgelte erst nach dem 15. zahlten, war der Beitrag dagegen bis zum 15. des Folgemonats fällig. Seit dem 1. Januar 2006 sieht § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB IV für alle Arbeitgeber nur noch *einen* Fälligkeitstag vor. Der GSV-Beitrag ist nun spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, für den das Arbeitsentgelt gezahlt wird.

Die neue Fälligkeitsregelung führte dazu, dass zahlreiche Arbeitgeber im Januar 2006 gezwungen gewesen wären, zweimal Beiträge abzuführen: Zum 15. Januar 2006 für die zwischen dem 16. und 31. Dezember 2005 gezahlten Gehälter und zum 27. Januar 2006 für die im Januar 2006 gezahlten Arbeitsentgelte.

Dieser Doppelbelastung sollte die neue Übergangsregelung in § 119 Abs. 2 SGB IV vorbeugen. Sie sah für diesen Fall vor, dass der GSV-Beitrag für die Januargehälter 2006 jeweils in Höhe eines Sechstels auf die Monate Februar bis Juli 2006 verteilt werden konnte. Vor allem kleinen und mittelständischen Unternehmen sollte die Übergangsregelung helfen, Liquiditätsengpässe im Januar 2006 zu vermeiden.

Die Übergangsregelung rief allerdings Irritationen bei Sozialversicherungsträgern und Arbeitgebern hervor. So beriefen sich auch Arbeitgeber auf die Übergangsregelung, die von einer doppelten Beitragsbelastung nicht betroffen waren. Nach Abstimmung mit dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Si-

cherung versandten wir am 18. November 2005 ein Rundschreiben an die unserer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen. Wir wiesen darauf hin, dass nicht alle Arbeitgeber die Ausnahmeregelung anwenden durften. Es wurde verdeutlicht, dass Arbeitgeber, die zwischen dem 1. und 15. eines Monats die Arbeitsentgelte auszahlen – z.B. viele Banken und öffentliche Arbeitgeber –, selbstverständlich keine Adressaten der Übergangsregelung sind. Für diese Arbeitgeber ergab sich sogar ein leichter Liquiditätsvorteil, da bei ihnen der GSV-Beitrag statt am 25. erst am 27. Januar 2006 fällig wurde. Nach Bestätigung unserer Rechtsauffassung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Gesundheit schlossen sich im Januar 2006 auch die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger dieser Auffassung an.

In dem Rundschreiben haben wir auch die Zulässigkeit kurzfristiger Darlehensaufnahmen durch die Krankenkassen erläutert. Darlehensaufnahmen kommen nur tageweise in Betracht, nämlich für den Fall, dass Arbeitgeber rechtmäßigerweise von der Übergangsregelung Gebrauch gemacht haben und sich dadurch Liquiditätsengpässe bei den Krankenkassen in den Monaten Februar bis Juli 2006 ergeben. Im Februar 2006 konnten Liquiditätsengpässe nur vom 15. bis zum 24. Februar 2006 entstehen, und zwar in Höhe der Beiträge für Januar 2006, die nach alter Rechtslage spätestens am 15. Februar 2006 hätten gezahlt werden müssen und nun aufgrund der Übergangsregelung zu einem Sechstel am 24. Februar 2006 gezahlt werden konnten.

Die deutlichen Hinweise des Bundesversicherungsamtes auf die wie oben dargelegt eingeschränkte Anwendbarkeit der Übergangsregelung haben im Interesse der Beitragszahler sowie eines fairen Wettbewerbs

zwischen den Krankenkassen unnötig erhöhte Kreditaufnahmen durch die Krankenkassen verhindert.

## **6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH**

- 6.1 Allgemeines
- 6.2 Jahresausgleich 2004
- 6.3 Monatliches Verfahren
- 6.4 Risikopool
- 6.5 Prüfung nach § 15a RSAV



---

## 6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

---

### 6.1 Allgemeines

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das umfassendste Finanzausgleichsverfahren, das je unter den Sozialversicherungsträgern eingerichtet wurde. Die Durchführung des seit 1994 normierten RSA obliegt dem Bundesversicherungsamt. 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 zuvor zu erheblichen Beitragsdifferenzen geführt hatten, aufzuheben. Zur Erfassung der Risikostruktur werden die Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht, die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, die Zahl der Erwerbsminderungsrentner, die Art des Krankengeldanspruchs sowie die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder herangezogen.

Die nur indirekte Morbiditätserfassung über Alter und Geschlecht berücksichtigt die Risikobelastungen von Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Morbiditäten ihrer Versicherten entstehen, noch nicht hinreichend. Daher soll die Morbidität der Versicherten künftig direkt auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelverordnungen erfasst werden. Im Übergang wird seit dem Jahr 2002 die Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch Kranke als zusätzliches Morbiditätsmerkmal herangezogen. Daneben wird der RSA durch ein

weiteres Ausgleichsverfahren – den Risikopool – ergänzt (siehe Abschnitt Risikopool).

Verwaltungskosten sowie Ermessens- und Erprobungsleistungen der Krankenkassen werden weiterhin nicht in den Ausgleich einbezogen. Da somit nicht alle Ausgaben der Krankenkassen im Ausgleich berücksichtigungsfähig sind, werden Unterschiede in der Finanzkraft auch nur zu 92 Prozent ausgeglichen.

### Verfahren

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

Das Verfahren ist zweistufig: Die voraussichtlichen Werte für den Beitragsbedarf und die Finanzkraft werden monatlich angesetzt (siehe Abschnitt monatliches Verfahren). Nach Ablauf des Kalenderjahres werden dann Beitragsbedarf und Finanzkraft aus den für dieses Jahr erstellten Geschäfts- und Rechnungsergebnissen und aus den detaillierten Datenmeldungen für den RSA endgültig ermittelt.

Der Unterstützung des Verfahrens dient der Schätzerkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Schätzerkreis). Er ist eine gemeinsame Einrichtung des Bundesversicherungsamtes und der Spitzenverbände der am RSA beteiligten Krankenkassen. Seine Aufgabe ist die vierteljährliche Schätzung der Eckdaten für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools.

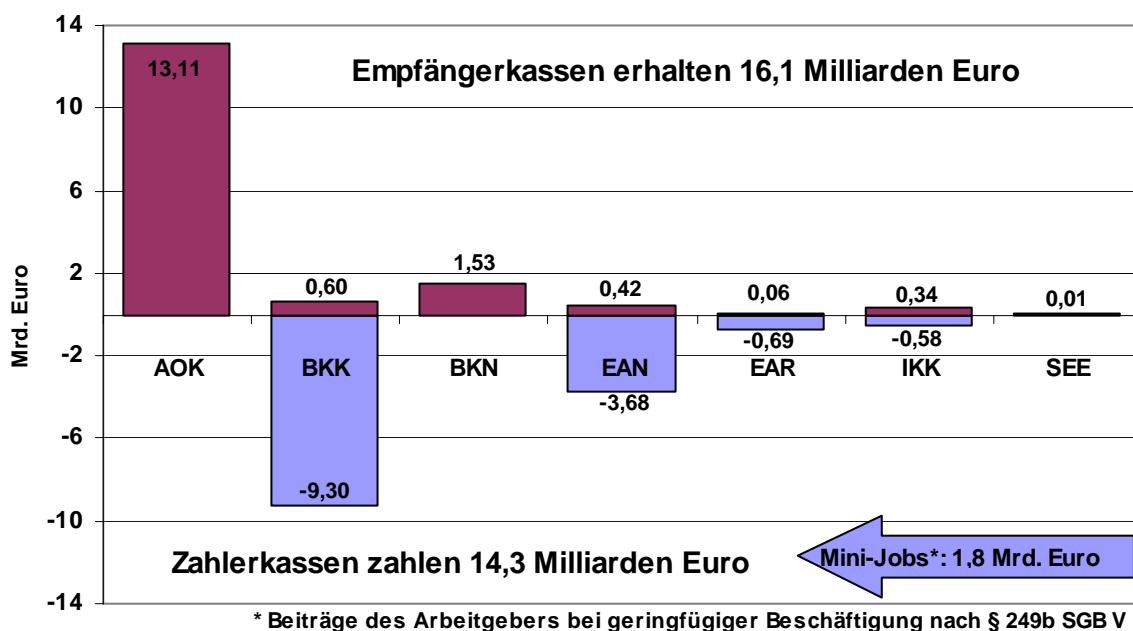
## **6.2 Jahresausgleich 2004**

Die Jahresausgleiche 2004 für den Risikostrukturausgleich sowie den Risikopool wurden im November 2005 durchgeführt. Insgesamt 271 Krankenkassen nahmen am Jahresausgleichsverfahren teil. Das RSA-Umverteilungsvolumen betrug rund 15,4 Milliarden € Im Risikopool wurden rund 0,7 Milliarden € zwischen den Krankenkassen umverteilt. Insgesamt ergibt sich ein Umverteilungsvolumen für das Jahr 2004 von rund 16,1 Milliarden € (vgl. Abbildung S. 79), das damit etwa 250 Millionen € über dem Vorjahresergebnis liegt. Das Transfervolumen wird etwa zur Hälfte aus Unterschieden in der Finanzkraft der Krankenkassen und zur anderen Hälfte aus Unterschieden in der Risikostruktur bestimmt.

Zur Deckung der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im RSA in Höhe von 121,1 Milliarden € wurde ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz für das gesamte Bundesgebiet von 12,27 Prozent ermittelt. Im Risikopool wurden weitere 4,6 Milliarden € ausgeglichen; hierfür wurde ein weiterer Ausgleichsbedarfssatz von 0,48 Prozent erhoben. Die entsprechenden jährlichen durchschnittlich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für einen Versicherten im RSA betragen somit im Bundesdurchschnitt 1.736 €. Die unterschiedliche Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherung in West und Ost, die bestimmt wird durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in den beiden Rechtskreisen, ist im Jahr 2004 mit rund 2,3 Milliarden € über den Risikostrukturausgleich und mit rund 138 Millionen € über den Risikopool zu Gunsten der neuen Länder ausgeglichen worden.

Seit dem Jahr 2001 wird stufenweise ein gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich auch für den Beitragsbedarf eingeführt. Die endgültige Rechtsangleichung wird im Jahre 2007 erreicht werden. Die Rechtskreisangleichung Ost und West war im Jahre 2004 mit einem Gewichtungsfaktor von 62,5 Prozent zu berücksichtigen. Für 2004 bedeutete dies einen zusätzlichen Transfer von den West-Krankenkassen zu den Ost-Krankenkassen in Höhe von rund 908 Millionen €

## Abbildung Jahresausgleich 2004 (RSA und RP)



### DMP im Jahresausgleich 2004

Seit dem Jahresausgleich 2003 werden für in Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) eingeschriebene Versicherte eigene Versichertengruppen gebildet. Im Jahr 2004 lagen nur für die chronische Krankheit Diabetes mellitus Typ 2 flächendeckende Zulassungen mit insgesamt knapp einer Million eingeschriebenen Versicherten vor.

Für Programme zur Brustkrebs-Therapie gab es 2004 nur regional begrenzte Zulassungen mit rund 11.000 eingeschriebenen Versicherten. Die erste Zulassung für Brustkrebs-DMP im Rechtskreis Ost erfolgte rückwirkend, ebenso die ersten Zulassungen für das Programm Koronare Herzkrankheit, so dass hier im Jahresausgleich 2004 keine gesonderten Ausgabenprofile ermittelt werden konnten.

Im Durchschnitt erhielt jede Krankenkasse für jeden eingeschriebenen Altersdiabetiker 4.390 € und für jede eingeschriebene Brustkrebspatientin 6.104 € an Beitragsbedarf. Hätte es keine gesonderte Berücksichtigung dieser Gruppen gegeben, hätten die Krankenkassen für jeden Altersdiabetiker durchschnittlich 3.102 € und für jede Brustkrebspatientin durchschnittlich 2.575 € aus dem Risikostrukturausgleich erhalten.

Weiter wurden Aufwendungen für die Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation für strukturierte Behandlungsprogramme in Form einer Programmkostenpauschale von 84,14 € je Versichertenjahr über den Ausgleichsbedarfssatz finanziert.

Weitergehende Informationen zum Risikostrukturausgleich sind dem „Kurzbericht über den Jahresausgleich 2004 im Risikostrukturausgleich“ zu entnehmen, der im

Internet unter [www.bva.de](http://www.bva.de) abgerufen werden kann.

### **6.3 Monatliches Verfahren**

Im monatlichen Abschlagsverfahren für 2005 wurden zwischen den Kassen rund 15,7 Milliarden € im RSA umverteilt; hinzu kamen ca. 758 Millionen € im monatlichen Abschlagsverfahren für den Risikopool (Einzelheiten dazu in Tabellen 1 und 2 im Anhang zum Tätigkeitsbericht).

#### **Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV**

Im monatlichen Verfahren werden die Steuerungsgrößen aufgrund von Prognosen und Schätzwerten ermittelt. Dadurch auftretende Verwerfungen werden bereits sehr frühzeitig durch die Zwischenausgleiche (ZwA I für das erste Halbjahr im September des laufenden Jahres, ZwA II für das erste und zweite Halbjahr im März des Folgejahres) ausgeglichen. Die Zwischenausgleiche greifen auf Daten zu, die von den Krankenkassen tatsächlich gebucht und in der Vierteljahresstatistik über Einnahmen, Ausgaben und Vermögen der gesetzlichen Krankenversicherung (KV 45) jeweils für ein Kalenderjahr bzw. Kalenderhalbjahr dokumentiert werden.

Der Zwischenausgleich für das Kalenderjahr 2004 unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Dezember 2004 nach § 17 Abs. 3a RSAV wurde auf der Grundlage der KV 45 / 4. Quartal 2004 zum 31. März 2005 durchgeführt. Der Zwischenausgleich für das erste Halbjahr 2005 unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Juni 2005 nach § 17 Abs. 3a RSAV erfolgte zum 6. Oktober 2005.

### **Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen**

Nach § 221 SGB V – eingefügt durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003 – und der Pauschalabgeltungsverordnung vom 26. April 2004 beteiligt sich der Bund ab dem Jahr 2004 im Rahmen einer pauschalen Abgeltung an den Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen. Die jährliche Pauschale betrug 2005 2,5 Milliarden € und war jeweils zur Hälfte am 1. Mai und 1. November über das Bundesversicherungsamt und den AOK-Bundesverband als „Zentrale Stelle“ an die Krankenkassen zu zahlen. Die Ermittlung der auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge ist Aufgabe des Bundesversicherungsamtes.

In dieses Verfahren sind auch die Landwirtschaftlichen Krankenkassen einbezogen. Der ihnen zustehende Betrag wird direkt über die Zentrale Stelle an sie ausbezahlt. Bei den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen wird der Abgeltungsbetrag von den Krankenkassen über das monatliche Verfahren eingebracht und verringert dort den Beitragsbedarf. Entsprechend mindert der Gesamtabgeltungsbetrag im jeweiligen Auszahlungsmonat den Ausgleichsbedarfsatz für die GKV.

### **6.4 Risikopool**

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs ist der Risikopool zum 1. Januar 2002 in den § 269 SGB V bzw. § 28a RSAV eingeführt worden. Mit diesem Ausgleichsverfahren zwischen den Krankenkassen wird der Risikostrukturausgleich ergänzt. Ziel ist die solidarische Finanzierung besonderer Risikobelastungen



von Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Morbiditäten ihrer Versicherten entstehen und durch die indirekte Morbiditätszuordnung des Risikostrukturausgleichs nicht hinreichend berücksichtigt werden konnten.

Im Risikopool werden die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Ausgleichsfähig sind dabei 60 Prozent der Aufwendungen für einzelne Versicherte in den Leistungsbereichen Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel sowie nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, soweit diese den Schwellenwert in Höhe 20.750,74 € im Ausgleichsjahr 2004 (bisher 20.450 €) übersteigen.

Die im Rahmen des Jahresausgleichs 2004 für den Risikopool ermittelten Zahlen zeigen folgende Zusammenhänge auf:

- Die im Risikopool gemeldeten rund 540.000 Versicherten entsprechen 0,78 Prozent der ca. 69,7 Millionen in der GKV (ohne LKK) gemeldeten Versicherten;
- die von ihnen verursachten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben in Höhe von 19,4 Milliarden € entsprechen 15,01 Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von ca. 129 Milliarden € im Risikostrukturausgleich 2004;
- der Risikopoolbetrag (Umverteilungsvolumen im Risikopool) lag mit rund 4,56 Milliarden € bei 24 Prozent der Gesamtsumme der gemeldeten, im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben. Dieser ausgeglichene Risikopoolbetrag entspricht jedoch nur 3,53 Prozent der Summe der im RSA gemeldeten Leistungsausgaben.

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

## **6.5 Prüfung nach § 15a RSAV**

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

Gegenstand der Prüfungen nach § 15a RSAV sind insbesondere die Bereiche, die im Risikostrukturausgleich finanzwirksam sind, d.h. die gemeldeten Versicherungszeiten, die Beitragseinstufung der Versicherten, die im Risikopool gemeldeten Daten sowie die Unterlagen der Versicherten, die in ein nach § 137g SGB V zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind. Kernelement der Regelung ist die Ermächtigung, eine durch die Prüfungen festgestellte Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle auf die Gesamtheit der Versicherten der Kasse bzw. die Gesamtheit der Versicherte, für die die Kasse Erstattungsansprüche im Risikopool geltend gemacht hat, hochzurechnen und den auf Grund dieser Hochrechnung ermittelten Korrekturbetrag gegenüber der betroffenen Krankenkasse geltend zu machen.

In einem ersten Prüfturnus wurden die Versichertenzeiten 2001 und die Beitragsfestsetzung 2001 (diese allerdings ohne die Konsequenz einer Hochrechnung und Er-

hebung eines Korrekturbetrages, die die RSAV in diesem Bereich nicht vorsieht) sowie die Meldungen zum Risikopool für das Jahr 2002 überprüft. Von den in den Jahren 2004 und 2005 durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder vorgenommenen 460 Prüfungen (Erstreckungskassen Ost werden gesondert erfasst) im Bereich Versicherungszeiten ergaben 73 (=15,9 Prozent) einen Korrekturbetrag. Die Gesamthöhe der Korrekturbeträge belief sich auf rund 45,9 Millionen €. Im Bereich Risikopool wurden 367 Prüfungen vorgenommen, bei denen bei 77 (=21,0 Prozent) ein Korrekturbedarf in Höhe von ca. 19,3 Millionen € ermittelt wurde.

Eine zusammenfassende Darstellung der Prüfergebnisse ist der Übersicht im Anhang zum Tätigkeitsbericht zu entnehmen.

§ 15a Abs. 3 S. 3 und 4 legen fest, dass die von einer Hochrechnung betroffenen Kassen die geprüften Datenmeldungen auf der Grundlage einer Vollerhebung korrigieren können. Anschließend werden diese korrigierten Datenmeldungen von den Prüfdiensten erneut geprüft und vom Bundesversicherungsamt hochgerechnet. Im Jahr 2005 erfolgten im Bereich Versicherungszeiten 14 Wiederholungsprüfungen, bei denen eine aufgrund der abermals hochgerechneten Fehler einen erneuten Hochrechnungsbetrag in Höhe von 1,1 Mio. € ergab. Bei sieben Wiederholungsprüfungen im Bereich Risikopool ergaben die Wiederholungsprüfungen keinen Korrekturbetrag.

## **7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG**

- 7.1 Neue Aufgaben und Zuständigkeiten
- 7.2 Finanzstatusprüfungen
- 7.3 Vorbereitung der RSA-Prüfungen
- 7.4 Einzelne Prüffeststellungen
- 7.5 Gemeinsame Prüfungen externer Dienstleister
- 7.6 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung



## **7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG**

### **7.1 Neue Aufgaben und Zuständigkeiten**

Nachdem der Prüfdienst Krankenversicherung (PDK) vor zwei Jahren bei den Schwerpunkten seiner Prüfungen einen deutlichen Paradigmenwechsel („Vom Unternehmensberater zum Finanzberater“) vollzogen hat, findet diese Neuorientierung auch in den beiden Bonner Zentralreferaten ihren Niederschlag: Angesichts der neuen Schwerpunktsetzung bei den Prüfungen und gleichzeitig knapper werdender personeller Ressourcen mussten Prüfplanung und Prüfinhalte den veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden. Entsprechend wurde die Aufgabenstellung neu definiert.

Die vielfältigen Prüfaktivitäten des PDK (Turnusprüfungen nach § 274 SGB V, RSA-Prüfungen, Finanzstatusprüfungen, gemeinsame Prüfungen mit den Prüfdiensten der Länder sowie anlassbezogene Sonderprüfungen) erfordern einen flexiblen Personaleinsatz und ein effektives Controlling. Mit der Steuerung der Prüfinhalte wird die Konzentration auf die Prüfung der besonders finanzwirksamen Bereiche der Kassen unterstützt.

Während wie in der Vergangenheit die allgemeinen Turnusprüfungen durchgeführt wurden, haben wir uns in einem zweiten Schwerpunkt auf die Prüfungen des Finanzstatus bei auffällig gewordenen Kassen konzentriert. Gegenüber dem Vorjahr haben wir die Zahl dieser Finanzstatusprüfungen um 50 Prozent gesteigert. Außerdem war das Prüfwahljahr 2005 durch die Vorbereitung der RSA-Prüfungen in den Bereichen Risikopool und Versiche-

rungszeiten der in Disease-Management-Programmen (DMP) eingeschriebenen Versicherten bestimmt.

Mit dem 1. Januar 2005 ist dem Bundesversicherungsamt darüber hinaus vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Zuständigkeit für die Prüfung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen übertragen worden. Ein neues Prüfreferat (K 8), das in Bonn angesiedelt ist, hat im Berichtsjahr zunächst die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) geprüft und sodann mit der Prüfung des AOK-Bundesverbandes begonnen.

### **7.2 Finanzstatusprüfungen**

Nach wie vor gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Reihe von Gefährdungspotenzialen, die bei mehreren Kassen zu einer teils intransparenten, teils auch bedrohlichen Finanzlage geführt haben. Entsprechend dringlich ist die Notwendigkeit, Kassen, die insoweit auffällig werden, häufiger als im gesetzlichen 5-Jahres-Turnus zu prüfen und dabei einen aktuellen Finanzstatus zu erheben.

Wie sich bereits bei den Prüfungen im Jahr 2004 abgezeichnet hat, mussten die Planungen des Prüfdienstes für 2005 den tatsächlichen Entwicklungen in der Kassenlandschaft angepasst werden. Im Vergleich zum Vorjahr, in dem insgesamt zwölf Finanzstatusprüfungen durchgeführt wurden, fanden 2005 bereits achtzehn Prüfungen statt, bei denen es ausschließlich darum ging, die Finanz- und Vermö-

genslage der geprüften Kassen zu bewerten.

Bei den Prüfungen im Jahr 2005 wurde beispielsweise festgestellt, dass einige Krankenkassen Rechnungen der Leistungserbringer, insbesondere von Krankenhäusern, erst mit großer Verspätung oder nicht in voller Höhe begleichen. Sie verschaffen sich damit sog. „Lieferantenkredite“, die der vorübergehenden Sicherung ihrer Liquidität dienen. Rückblickend die tatsächliche Höhe aller im geprüften Zeitraum in Anspruch genommenen „Lieferantenkredite“ festzustellen, war mit den bisherigen Mitteln nur schwer möglich. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Weiterentwicklung unserer Prüfwerkzeuge bei den Prüfungen des Jahres 2006 an Gewicht.

Für die finanzielle Situation vieler Krankenkassen nehmen auch die Zahlungen in den bzw. aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) an Bedeutung zu. Deshalb wurde im Laufe des Jahres 2005 die Kontrolle der gemeldeten beitragspflichtigen Einnahmen, die die Grundlage der Finanzkraft der Krankenkassen bilden, in die Finanzstatusprüfungen einbezogen.

Alle Finanzstatusprüfungen fragen seit 2005 kritisch nach dem Erfolg der Konzepte zum Schuldenabbau nach § 222 Abs. 5 SGB V, deren Genehmigung dem Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde obliegt. Dabei wurde bei einigen Kassen festgestellt, dass deren Liquidität zeitweise nur durch Erhöhung bereits vorhandener Darlehen bzw. durch unzulässige Aufnahme neuer Darlehen gesichert werden konnte. In einigen Fällen überbrückten Kassen mit Hilfe der bereits beschriebenen „Lieferantenkredite“ ihre Liquiditätsengpässe, um die Neuaufnahme von Krediten zu vermeiden, und über-

schrritten damit die mit dem Genehmigungsbescheid zum Sanierungskonzept zugelassene Kreditlinie. Auch diese Praxis ist mit den Vorgaben des § 222 Abs. 5 SGB V nicht vereinbar.

### **7.3 Vorbereitung der RSA-Prüfungen**

Nach § 15a Abs. 1 S. 4 RSAV haben die Prüfdienste des Bundes und der Länder bei den Krankenkassen jährlich die Daten von mindestens zwei Prozent der nach § 28a Abs. 3 RSAV gemeldeten aufwendigen Leistungsfälle (Risikopoolfälle) zu prüfen. Inhalt der Prüfung ist insbesondere die Richtigkeit der gemeldeten Leistungsausgaben, die Personenidentität und das Bezugsjahr. Im Vorfeld der Prüfung der im Jahre 2003 gemeldeten Risikopoolfälle waren umfangreiche Vorarbeiten zu leisten. Auf Bund/Länder-Ebene musste zunächst das gemeinsame Prüfhandbuch aktualisiert und von allen siebzehn Prüfdiensten beschlossen werden. Anschließend haben wir die Beschlüsse programmtechnisch umgesetzt. Das vom Bundesversicherungsamt entwickelte und allen Prüfdiensten zur Verfügung gestellte maschinelle Programm zur Erfassung, Prüfung und Auswertung der Risikopoolprüfung war ebenfalls umfangreich zu modifizieren. Außerdem mussten Durchführungshinweise zum Handbuch erstellt bzw. überarbeitet und abgestimmt werden. Mit Auslieferung des maschinellen Programms konnte den Prüfdiensten ein aktuelles und komfortables Prüfwerkzeug zur Verfügung gestellt werden.

Zur Vorbereitung der DMP-Prüfungen hat der PDK im Jahre 2005 insgesamt sechs Pilot- bzw. Orientierungsprüfungen vorgenommen.

Die Prüfungen haben in den Datenstellen Defizite bei der Erfassung der Dokumentationen, der Einholung aller notwendigen Unterschriften und der Einhaltung vorgegebener Fristen offenbart. Die Krankenkassen haben diese Erkenntnisse dazu genutzt, die Zusammenarbeit mit den Datenstellen und deren Kontrolle zu verstärken. Allgemein konnten wir eine Qualitätssteigerung der Arbeit in den Datenstellen seit der Einführung der ersten DMP feststellen.

## **7.4 Einzelne Prüffeststellungen**

### **Einhaltung förmlicher Vergabeverfahren – Beschaffungen**

Obwohl die Krankenversicherungsträger dazu verpflichtet sind, vor Abschluss von Verträgen über Lieferungen und Leistungen grundsätzlich eine öffentliche Ausschreibung vorzunehmen, musste der PDK wiederholt die Krankenkassen auffordern, die einschlägigen nationalen wie gemeinschaftsrechtlichen Vergabevorschriften zu beachten.

Wie wichtig die strikte Einhaltung förmlicher Vergabeverfahren ist, zeigen zwei Beispiele, in denen persönliche Beziehungen zwischen Berater und Kasse bzw. dem beauftragten Dienstleistungsunternehmen eine Rolle spielten:

Bei der Suche nach einem Dienstleister zum Betrieb eines medizinischen Call-Centers vertraute eine Krankenkasse in ihrer Vergabeentscheidung auf die Ergebnisse einer Benchmark-Analyse der von ihr eingeschalteten Beraterfirma. Abgesehen davon, dass es in diesem Fall einer europaweiten Ausschreibung bedurft hätte, konnten wir der Krankenkasse aufzeigen, dass der von ihr beauftragte Dienstleister sowohl unternehmensrechtlich als auch

personell mit der Beraterfirma verbunden war.

In einem anderen Fall hatte eine Kasse Beraterverträge freihändig vergeben, ohne Vergleichsangebote einzuholen oder zu prüfen, ob die Durchführung mit kasseneigenem Personal sichergestellt werden konnte.

Bei der Prüfung durch den PDK stellte sich heraus, dass eine enge Verbindung zwischen dem Vorstandsvorsitzenden und einem Berater (mit drei Verträgen) bestand, die den Verdacht aufkommen lassen konnte, dass hier eine persönliche Begünstigung vorlag. Die Angelegenheit wird mittlerweile von der Aufsicht im Bundesversicherungsamt verfolgt.

### **Abschluss von Mietverträgen**

Obwohl das Bundesversicherungsamt mit seinen im Internet veröffentlichten Leitlinien für das Anmieten von Büroraum und sonstigen Flächen, die Verwaltungszwecken dienen („Leitlinien 88“), den Versicherungsträgern die notwendigen Informationen zur Verfügung stellt, schließen Krankenkassen häufig Verträge zum eigenen Nachteil.

In der Praxis ließen sich die Krankenkassen teilweise

- das uneingeschränkte Recht zur Untervermietung abnehmen,
- auf nicht verbrauchsabhängige Betriebskostenabrechnungen ein,
- akzeptierten unklare Verteilerschlüssel oder räumten dem Vermieter uneingeschränkt die Möglichkeit ein, neue Betriebskosten umzulegen,
- auf Vertragsklauseln ein, die Zurückbehaltungs- und Aufrechnungsrechte faktisch nur zugunsten des Vermieters

- vorsehen und dessen Haftung für Mängel in der Mietsache weitestgehend beschränken,
- sowie Pflichten zur Instandhaltung und Instandsetzung aufbürden, die eigentlich Sache des Vermieters sind.

Insbesondere unter dem Blickwinkel langjähriger Laufzeiten sieht der Prüfdienst darüber hinaus Staffelmieten und Wertsicherungsklauseln als besonders problematisch an. Vereinbaren Krankenkassen neben festen Mietpreissteigerungen zusätzlich (teilweise) einseitig wirkende Mieterhöhungen im Rahmen sog. Mietgleit- oder Wertsicherungsklauseln, die nach der einschlägigen Preisklauselverordnung nicht genehmigungsfähig sind, weil sie den Mieter gerade wegen ihrer Einseitigkeit unangemessen benachteiligen (können), haben wir den betroffenen Krankenkassen empfohlen, mit den Vermietern soweit wie möglich über die Ablösung der sie ggf. schädigenden Vertragsklauseln zu verhandeln. Die Kassen wurden darauf hingewiesen, künftig die „Leitlinien 88“ zu beachten und das Bundesversicherungsamt rechtzeitig vor Abschluss von Mietverträgen zu beteiligen.

### **Doppelversicherungen**

Viele Krankenkassen führen nur unzureichende Maßnahmen zur Pflege des Datenbestandes ihrer Versichertenverhältnisse durch. Dies hat in den überwiegenden Fällen eine erhebliche Anzahl sog. Doppelversicherungen vor allem im Bereich der Familienversicherung zur Folge.

Diese Überschneidungen treten vor allem in folgenden Konstellationen auf:

- Zeiten der Familienversicherung und Zeiten der eigenen Mitgliedschaft,
- Zeiten der Familienversicherung bei verschiedenen Stammversicherten (Vater und Mutter),
- Doppelte Mitgliedschaft (z.B. aufgrund der Rechtskreisproblematik).

Die Höhe der Ausgleichsansprüche oder -verpflichtungen aus dem RSA ist erheblich von der Zahl der Familienversicherten beeinflusst. Deshalb müssen die Kassen Doppelerfassungen von Versicherungszeiten ausschließen.

Unserer Empfehlung, zeitliche Überschneidungen im Versichertenbestand durch entsprechende Selektionen in regelmäßigen Abständen zu ermitteln und ggf. zu bereinigen, sind die Krankenkassen ausnahmslos gefolgt.

### **Ende der freiwilligen Mitgliedschaft bei Zahlungsverzug**

Eine Mitgliedschaft in der freiwilligen Versicherung endet mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden (§ 191 S. 1 Nr. 3 SGB V, s. oben Abschnitt Allgemeiner Teil).

Obwohl die Problematik hinreichend bekannt ist und der PDK die Kassen zum Teil wiederholt auf die gesetzliche Regelung hinweist, zeigten sich bei einigen Krankenkassen noch immer Defizite in diesem Bereich. Die Kassen gehen oft von einem Ermessensspielraum aus und verkennen, dass der Ausschluss von Amts wegen durchzuführen ist. Um die Beendigung des Mitgliedschaftsverhältnisses rechtsfehlerfrei durchführen zu können, muss die Kasse das Mitglied vor Abschluss des Verfahrens unmissverständlich über die Folgen der verzögerten bzw. unterlassenen Beitragszahlung aufklären,



insbesondere darüber, dass es sich um einen Ausschluss aus dem gesamten System der Gesetzlichen Krankenversicherung handelt.

### **Firmenzahler**

Einige Krankenkassen überprüften bisher nicht, ob die Beiträge der sog. Firmenzahler, also der freiwillig Versicherten, deren Beiträge durch den Arbeitgeber zusammen mit der Beitragsnachweisung mitgeteilt und an die Kasse gezahlt werden müssen, auch tatsächlich gezahlt wurden.

In einem Fall ging die Kasse (zunächst ungeprüft) davon aus, es handle sich hier um einen Firmenzahler. Der Arbeitgeber jedoch zahlte seinen Arbeitgeberzuschuss zusammen mit dem Gehalt an das Mitglied aus. Das Mitglied wiederum versäumte es, die Beiträge nunmehr selbst an die Kasse zu zahlen. Erst im Juli 2004 – fünf Jahre nach Begründung der Mitgliedschaft – fiel der Kasse im Rahmen einer Kontenprüfung dieser Fehler auf. Zu diesem Zeitpunkt waren aber bereits rückständige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von insgesamt 28.514,20 € (ohne Säumniszuschläge und Zinsen) aufgelaufen.

Ob die Kasse ihre Beiträge, die sie nun im Wege einer Ratenzahlungsvereinbarung zu erhalten versucht, jemals erhält, ist fraglich.

### **Zuzahlungen zu stationären Krankenhausbehandlungen**

Bei seinen Prüfungen stieß der PDK auf eine Kasse, die grundsätzlich keine Zahlung von solchen Versicherten anforderte, die die Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V im Krankenhaus bei vollstationärer Behandlung nicht geleistet hatten. Die

Höhe der insgesamt offenen Zuzahlungen belief sich auf ca. 2,7 Millionen €

Wir haben die Kasse gedrängt, die offenen Zuzahlungen nachzufordern und künftig eine unverzügliche Anforderung der Zahlungen sicherzustellen.

Die Kasse hat inzwischen eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich speziell mit dieser Problematik befasst. Seit Juli 2005 fordert sie die noch offenen Zuzahlungen für die vergangenen Jahre ein.

### **Abgrenzung der Leistungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung**

Im Jahre 2001 hatten die Prüfdienste des Bundes und der Länder alle Krankenkassen im Hinblick auf die Einhaltung der Leistungsabgrenzung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung (KV/PV) bei der Gewährung von Hilfsmitteln geprüft. Das Bundesversicherungsamt hat allen bundesunmittelbaren Kassen zuletzt am 14. März 2005 per Rundschreiben seine Rechtsauffassung zum Subsidiaritätsprinzip bei Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 1 SGB XI bekannt gegeben (s. oben Abschnitt Pflegeversicherung).

Dennoch fallen – wie auch die von der Rechtsaufsicht durchgeführten Prüfungen zeigen – immer wieder Kassen auf, die Hilfsmittel zu Unrecht zu Lasten der Pflegeversicherung verbuchen.

Beispielsweise hatte eine Kasse seit dem Jahr 2003 über 1.000 Hilfsmittel im Wert von ca. 330.000 € zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht. Darunter befanden sich vor allem Badelifter, Toilettenstühle und Pflegebetten.

Eine stichprobenhafte, detaillierte Prüfung unter Beachtung der jeweiligen Pflegegutachten ergab, dass lediglich in einem Fall

ein Hilfsmittel zu Recht durch die Pflegeversicherung geleistet worden war.

Wir haben in allen Fällen die Kassen aufgefordert, künftig das Subsidiaritätsprinzip zu beachten, alle bisher erbrachten Hilfsmittel zu überprüfen und sämtliche Ausgaben, die zu Unrecht der Pflegeversicherung zugeordnet worden waren, umzubuchen.

### **Wiederholungsbegutachtung in der Pflegeversicherung**

Der Umgang mit der Pflicht zur Wiederholungsbegutachtung ist im Bereich Pflege nach wie vor nachlässig, sofern der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) selbst keine Vorgaben setzt.

Nach § 18 SGB XI haben die Pflegekassen durch den MDK prüfen zu lassen, ob und in welchem Maße der Versicherte pflegebedürftig ist. Die Begutachtung soll in angemessenen Zeitabständen wiederholt werden.

Wenn das Gutachten keine Empfehlung für einen Termin zur Wiederholungsbegutachtung enthielt oder eine Wiederholungsbegutachtung vom MDK für medizinisch nicht erforderlich gehalten wurde, verzichtete eine Kasse grundsätzlich darauf.

Die Wiederholungsbegutachtung dient dazu, festzustellen, inwieweit durch weitere Aktivitäten die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit beeinflussbar und die häusliche Pflege sichergestellt ist, Pflegehilfsmittel im ausreichenden Umfang vorhanden sind und ob die zuerkannte Pflegestufe noch zutreffend ist. Die Unterlassung der Wiederholungsbegutachtung kann dazu führen, dass die Pflegekassen einerseits den Pflegebedürftigen notwendige Leistungen

vorenthalten, andererseits Leistungen evtl. zu Unrecht gewähren.

Wir haben der Kasse empfohlen, auch in den Fällen, in denen der MDK keinen Termin angibt, Wiederholungsbegutachtungen vorzusehen.

### **7.5 Gemeinsame Prüfungen externer Dienstleister**

Viele Betriebskrankenkassen haben in der Vergangenheit gemeinsame Prüfungsausschüsse gebildet, die für die angeschlossenen Kassen die jährlich erforderlichen Prüfungen nach § 19 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) bei deren Dienstleistern – insbesondere Abrechnungszentren – durchführen. Auch die Prüfdienste des Bundes und der Länder haben sich entschlossen, ihre Kompetenzen zu bündeln und gemeinsame Prüfungsausschüsse für die Prüfung der externen Dienstleister der Kassen zu bilden.

Sinn derartiger Prüfungen ist es, unabhängig von der konkreten Auftragserfüllung für die einzelnen Kassen die grundlegenden Geschäftsprozesse in den jeweiligen Leistungssegmenten der Dienstleistungsunternehmen zu untersuchen, Systemfehler zu erkennen und dem Dienstleister Hinweise zur Korrektur oder Optimierung von Verfahrensabläufen oder Bearbeitungsweisen zu geben.

Diese Vorgehensweise ermöglicht es den Prüfdiensten, sich bei der Prüfung der Kassen auf die Vertragsgestaltung mit den Outsourcing-Partnern zu konzentrieren und zeitaufwendige und redundante Prüfungen bei den Dienstleistern zu vermeiden.

Für die Auftaktprüfung beim Abrechnungszentrum Emmendingen (AZE) fan-

den sich Prüfer aus acht Prüfdiensten in sechs Prüfungsausschüssen (Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz, Häusliche Krankenpflege und Pflege, Kostenerstattung und Fahrtkosten, Datenschutz und Datensicherheit) zusammen. Das Bundesversicherungsamt war in jedem Ausschuss mit mindestens einem Prüfer vertreten. Die Leiter der Fachausschüsse wiederum bildeten zusätzlich einen Ausschuss, der die übergreifenden Geschäftsprozesse prüfte. Die Federführung hatte der Prüfdienst Baden-Württemberg, da das AZE ein Eigenbetrieb des BKK-Landesverbandes Baden-Württemberg ist.

Die zweite Prüfung fand Ende 2005 beim Apothekenabrechnungszentrum Essen des BKK-Landesverbandes NRW statt. Federführend war hierbei der beim Landesversicherungsamt Nordrhein-Westfalen angesiedelte Prüfdienst. Anfang 2006 soll unter der Federführung des Bundesversicherungsamtes das Dienstleistungshaus der Krankenversicherungen „ISC West e.G.“ in Essen geprüft werden. Weitere Prüfungen bei Abrechnungszentren sind für die zweite Jahreshälfte 2006 geplant.

## **7.6 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung**

### **Sonderprüfung „Verwaltungsausgaben“ in den Landwirtschaftlichen Alterskassen**

Das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) legt in § 119a in Verbindung mit § 80 des Gesetzes die Beträge fest, die die Träger der landwirtschaftlichen Alterssicherung bei ihren Ausgaben für Verwaltung und Verfahren nicht überschreiten dürfen.

Seit Jahren wird diese Vorgabe insbesondere bei den Verwaltungskosten von eini-

gen landwirtschaftlichen Alterskassen (LAK) nicht eingehalten. Dies führt dazu, dass der Gesamtvorgabebetrag, den der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA) zu verwalten hat, und der nach dem Solidaritätsprinzip von allen Landwirtschaftlichen Alterskassen anteilig zu tragen ist, ebenfalls überschritten wird.

Diese Ausgangslage war der Anlass für den Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL), in den ersten drei Quartalen des Jahres 2005 bei den beiden bundesunmittelbaren landwirtschaftlichen Alterskassen eine Sonderprüfung zu dem Thema „Einhaltung der Verwaltungskostenobergrenze nach § 119a i.V.m. § 80 Abs. 2 ALG“ durchzuführen.

Dabei wurden die Organisation und die Arbeitsabläufe untersucht, Schwachstellen festgestellt und diese näher beschrieben. Durch einen gezielten Vergleich (Benchmarking) sind einzelne Gründe für die Überschreitung der Planvorgaben durch einen Träger sichtbar geworden, die als Grundlage für unsere weiteren aufsichtsrechtlichen Maßnahmen dienen.



## **8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG**



## 8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG

### Ausbildungsplatzsituation

Der seit 2003 zu verzeichnende Abwärtstrend bei den Ausbildungszahlen ist gestoppt. Es gab mit 1.326 geschlossenen Ausbildungsverträgen sogar eine Steigerung von 13,81 Prozent gegenüber dem Vorjahr mit 1.165 Verträgen. Dieses Ergebnis ist auf die Entwicklung bei den Sozialversicherungsfachangestellten, insbesondere bei denen der Ersatzkassen, zurückzuführen. Denn 1.289 abgeschlossene Ausbildungsverträge für diesen Beruf bedeuten im Jahresvergleich einen Zuwachs von 13,46 Prozent. Die Träger stehen daher insgesamt offenbar doch stärker zu diesem fachspezifischen, bewährten Berufsbild, als in Anbetracht der Tendenzen einiger Träger hin zu kaufmännischen Berufen zu erwarten gewesen war. Anzunehmen ist auch, dass die „Ausbildungsoffensive“ der Bundesregierung für den Bereich der Sozialversicherung im Jahr 2004 und die damit einhergehende Herausnahme der ausbildungsbedingten Mehrkosten aus der Verwaltungskostendeckelung nach § 4 Abs. 4 SGB V späte Früchte getragen hat.

Das erfreuliche Ergebnis geht denn auch im Wesentlichen auf die Entwicklung in der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung zurück. In dieser Fachrichtung wurden 194 Ausbildungsverträge für Sozialversicherungsfachangestellte mehr als im Vorjahr abgeschlossen. Das ist ein Plus von 27,17 Prozent. Bis auf die Betriebskrankenkassen – hier gab es wie im Vorjahr 317 Ausbildungsverträge – stellten alle anderen Kassenarten in dieser Fachrichtung mehr Auszubildende als im Vorjahr ein. Bei den Ersatzkassen ist sogar eine Steigerung um 60 Prozent zu verzeichnen.

Beteiligt daran sind vor allem die Gmünder Ersatzkasse (GEK) mit einem Plus von 25 Prozent und die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), die im Jahr 2004 keine Auszubildenden eingestellt hatte. Sie ist wieder mit dabei und wird hoffentlich auch dabei bleiben. Die Innungskrankenkassen haben ein Plus von 34,54 Prozent vorzuweisen.

In der Fachrichtung gesetzliche Unfallversicherung wurden im Jahr 2005 mit 87 Auszubildenden 22,32 Prozent weniger Auszubildende als im Jahr 2004 eingestellt. Dies scheint unsere Vermutung zu widerlegen, dass gewerbliche Berufsgenossenschaften wegen der Einführung des Fachhochschulstudiums Aufgaben auf Sozialversicherungsfachangestellte verlagern und damit einen zusätzlichen Ausbildungsbedarf in diesem Berufszweig entwickeln. Möglicherweise spielen aber auch nur Mitarbeiterüberhänge aus Fusionen eine Rolle, die zurzeit ein wichtiges Thema bei den Berufsgenossenschaften sind (s. Abschnitt Unfallversicherung).

Die Organisationsreform in der Rentenversicherung hat sich zwangsläufig auf die Ausbildungsplatzsituation in den Fachrichtungen gesetzliche Rentenversicherung und knappschaftliche Sozialversicherung ausgewirkt. Während in der Fachrichtung knappschaftliche Sozialversicherung durch die Einbeziehung der Bahnversicherungsanstalt und der Seekasse mit 141 Ausbildungsverträgen noch ein kleines Plus von 2,17 Prozent zu verzeichnen war, schloss die Deutsche Rentenversicherung Bund (bis zum 30. September 2005 BfA) nur noch 120 Ausbildungsverträge. Hier wirkt sich aus, dass aufgrund der Neuordnung

der Rentenversicherung mit einem Überhang an Mitarbeitern zu rechnen ist.

Bei den landesunmittelbaren Trägern hält der Abwärtstrend offenbar insgesamt noch an. Zwar ging die Anzahl der neu geschlossenen Ausbildungsverträge bei rund der Hälfte der Länder, namentlich Sachsen, Saarland, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin und Hessen geringfügig nach oben. Der weitere Rückgang in den übrigen Bundesländern bewirkte jedoch, dass zum 31. Dezember 2005 insgesamt nur noch 3.750 Verträge bestanden. Das sind gegenüber den 4.130 Verträgen des Jahres 2004 9,2 Prozent weniger.

Trotz dieser Entwicklung, und obwohl die bundesunmittelbaren Träger 13,12 Prozent mehr Auszubildende eingestellt haben, sind wir beim Gesamtbestand an Ausbildungsverhältnissen zum 31. Dezember 2005 hinter die Länder zurückgefallen. Im Bund-Länder-Vergleich betreuten wir zum Stichtag mit 3.641 nämlich nur noch 49,26 Prozent aller Auszubildenden, die zum Sozialversicherungsfachangestellten ausgebildet wurden. Im Vorjahr fiel noch gut die Hälfte (50,22 Prozent) in unseren Zuständigkeitsbereich. Hier wirkt sich aus, dass der starke Einstellungsjahrgang 2002 im Jahr 2005 die Prüfung abgelegt hat. Ein weiterer Grund ist die gestiegene Zahl der Ausbildungsabbrüche. Denn nach einem kontinuierlichen Rückgang auf 2,2 Prozent im Vorjahr, endeten 2005 mit 3,9 Prozent sogar mehr Ausbildungsverhältnisse innerhalb oder mit Ablauf der Probezeit als noch 2002. Damals waren es 3,76 Prozent.

Bei den Fachangestellten für Bürokommunikation gab es elf neue Verträge und damit vier mehr als im Jahr 2004 (je vier in der Fachrichtung allgemeine Krankenver-

sicherung und gesetzliche Unfallversicherung, drei im Bundesversicherungsamt). Das sind zwar immer noch deutlich weniger als im Jahr 2003. Aber dabei ist zu berücksichtigen, dass die damalige BfA, die damals die weitaus meisten dieser Auszubildenden in diesem Beruf eingestellt hatte, anschließend diese Ausbildung zugunsten der Verwaltungsfachangestellten aufgegeben hat. Die Deutsche Rentenversicherung Bund setzte diese Linie konsequent fort. Von den 25 neuen Ausbildungsverträgen im Beruf Verwaltungsfachangestellter wurden allein 23 bei ihr geschlossen, einer mehr als im Vorjahr bei der BfA. Zwei Jugendliche werden vom Bundesversicherungsamt ausgebildet.

Bei den neuen Ausbildungsverträgen liegt der Anteil weiblicher Auszubildender bei 69,53 Prozent. Bei den Sozialversicherungsfachangestellten hat sich der Frauenanteil mit 69,2 Prozent im Vergleich zu 2004 mit 68,5 Prozent nur unwesentlich erhöht. Bei den Fachangestellten für Bürokommunikation ging der Anteil der Männer deutlich auf 9,1 Prozent zurück. Von den 25 Verwaltungsfachangestellten sind 20 Prozent männlich.

Der Anteil der eingestellten Auszubildenden mit Hochschul- oder Fachhochschulreife ist erneut gestiegen. Nach 52,1 Prozent im Vorjahr beträgt er jetzt 58,9 Prozent. Spitzenreiter war zwar auch diesmal die Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung mit 45 Prozent. Bemerkenswert ist jedoch, dass hier der Anteil der Abiturientinnen und Abiturienten im Vergleich zu 2004 (63 Prozent) um 18 Prozent zurückgegangen ist. Daraus folgt, dass in den anderen Fachrichtungen der höhere Schulabschluss einen größeren Stellenwert bei der Auswahl der Bewerber als bisher hatte.



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



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

### Ergebnisse der Laufbahnprüfungen

In zwei Laufbahnprüfungen wurden 645 Verwaltungsinspektorenanwärter/innen geprüft. 567 kamen von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) – darunter zwanzig von der Bahnversicherungsanstalt – die anderen 78 kamen von der Bundesknappschaft, darunter vier, die das Bundesversicherungsamt dort ausbilden lässt.

Von 248 Teilnehmer/innen der BfA an der Frühjahrsprüfung bestanden 92 die Prüfung nicht. Die Misserfolgsquote von 37,1 Prozent war damit deutlich höher als bei der vergleichbaren Prüfung im Jahr 2004 mit 21,14 Prozent. Erfolgreicher waren die Prüflinge bei der Bundesknappschaft. Von 34 bestanden fünf die Prüfung nicht, das sind 14,7 Prozent. Im Vergleich zur Frühjahrsprüfung 2004 mit einer Durchfallquote von 46,88 Prozent ist das erfreulich. Bedeutend besser als im Frühjahr fiel dagegen das Ergebnis der Anwärterinnen und Anwärter der BfA bei der Herbstprüfung aus. Von 319 verfehlten (nur) 39 (12,25 Prozent) das Ziel. Ähnliches gilt für die Bundesknappschaft. In der Herbstprüfung bestanden nur fünf der 44 Prüflinge (darunter einer vom Bundesversicherungsamt) die Prüfung nicht (11,3 Prozent).

Von 113 Prüflingen, die der Prüfungsentscheidung widersprochen hatten, nahmen 23 den Rechtsbehelf nach Einsichtnahme in ihre Prüfungsarbeiten zurück. Als unzulässig bzw. als unbegründet wurden bisher 80 Widersprüche zurückgewiesen. In drei Fällen führte der Widerspruch zur Verbes-

serung des Prüfungsergebnisses um einen Rangpunkt. Sieben Widerspruchsverfahren konnten noch nicht abgeschlossen werden. Neun Prüflinge klagen vor dem Verwaltungsgericht. Entschieden ist bisher nur das Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, das einer dieser Prüflinge angestrengt hatte. Das Gericht hat den Antrag, das Prüfungsamt zu verpflichten, ihn vorläufig zur mündlichen Prüfung zuzulassen, zurückgewiesen.



### **III. ANHANG**

TABELLEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

ÜBERSICHT AUFSICHTSPRÜFUNGEN

ÜBERSICHT DER BUNDESUNMITTELBAREN TRÄGER, VERBÄNDE UND EIN-  
RICHTUNGEN DER SOZIALVERSICHERUNG

ORGANISATIONSPLAN



## Monatliches Abschlagsverfahren 2005 - Tabelle 1

### - Risikostrukturausgleich -

Angaben in gerundeten €- Beträgen

		AOK	BKK	IKK	See-KK	BKn	EAN	EAR	Gesamt
<b>Monatliches Abschlagsverfahren West</b>									
	Empfängerkassen (Anzahl)	12	28	9	1	1	2	1	54
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	8.385.127.039	474.156.609	303.514.329	4.152.428	1.139.576.891	281.626.443	59.531.919	10.647.685.659
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	173	6	0	0	5	2	186
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	7.733.885.244	500.166.542	0	0	3.510.685.585	658.014.840	12.402.752.211
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	8.385.127.039	-7.259.728.635	-196.652.213	4.152.428	1.139.576.891	-3.229.059.142	-598.482.921	-1.755.066.552
<b>Monatliches Abschlagsverfahren Ost</b>									
	Empfängerkassen (Anzahl)	5	7	2	0	1	3	0	18
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	4.239.988.716	130.441.015	14.530.561	0	406.966.504	232.712.036	0	5.024.638.832
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	103	7	1	0	3	3	117
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	841.744.421	257.045.728	743.475	0	351.223.164	75.404.391	1.526.161.179
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	4.239.988.716	-711.303.406	-242.515.167	-743.475	406.966.504	-118.511.128	-75.404.391	3.498.477.653
<b>Monatliches Abschlagsverfahren Bund</b>									
	Empfängerkassen (Anzahl)	17	35	11	1	2	5	1	72
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	12.625.115.756	604.597.624	318.044.890	4.152.428	1.546.543.395	514.338.479	59.531.919	15.672.324.491
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	276	13	1	0	8	5	303
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	8.575.629.665	757.212.270	743.475	0	3.861.908.749	733.419.231	13.928.913.390
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	12.625.115.756	-7.971.032.041	-439.167.380	3.408.953	1.546.543.395	-3.347.570.270	-673.887.312	1.743.411.101

**Monatliches Abschlagsverfahren 2005 - Tabelle 2**  
**- Risikopool -**

Angaben in gerundeten €- Beträgen

		AOK	BKK	IKK	See-KK	BKn	EAN	EAR	Gesamt
<b>Monatliches Abschlagsverfahren West</b>									
	Empfängerkassen (Anzahl)	12	25	7	0	1	3	1	49
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	414.410.931	32.606.712	16.029.501	0	30.183.568	57.700.503	3.217.160	554.148.374
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	176	8	1	0	4	2	191
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	429.400.838	30.413.337	698.273	0	168.654.910	29.268.357	658.435.715
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	414.410.931	-396.794.126	-14.383.836	-698.273	30.183.568	-110.954.407	-26.051.197	-104.287.341
<b>Monatliches Abschlagsverfahren Ost</b>									
	Empfängerkassen (Anzahl)	5	12	1	1	1	4	0	24
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	165.748.247	8.412.569	1.431.726	242.440	12.387.942	14.252.440	0	202.475.364
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	98	8	0	0	2	3	111
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	52.459.598	23.781.272	0	0	18.643.754	4.530.510	99.415.134
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	165.748.247	-44.047.029	-22.349.546	242.440	12.387.942	-4.391.314	-4.530.510	103.060.230
<b>Monatliches Abschlagsverfahren Bund</b>									
	Empfängerkassen (Anzahl)	17	37	8	1	2	7	1	73
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	580.159.178	41.019.281	17.461.227	242.440	42.571.510	71.952.943	3.217.160	756.623.738
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	274	16	1	0	6	5	302
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	481.860.436	54.194.610	698.273	0	187.298.664	33.798.867	757.850.849
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	580.159.178	-440.841.155	-36.733.383	-455.833	42.571.510	-115.345.721	-30.581.707	-1.227.111



### Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2004 – Tabelle 3

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Ausgaben Dialyse	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme <sup>1</sup>
<b>RSA gemeldet</b>	69.750.883	24.240.218	48.468.868	1.590.698	6.359.081	<b>129.017.356</b>
<b>RP gemeldet</b>	542.023	3.537.394	12.842.671	1.416.122	1.568.540	<b>19.364.724</b>
<b>Proz. Anteil RP an RSA pro HLB</b>	0,78%	14,59%	26,50%	89,03%	24,67%	<b>15,01%</b>
<b>RP-Beträge</b>		814.836	3.137.335	376.458	231.613	<b>4.560.243</b>
<b>Proz. Anteil RP-Betrag an RSA pro HLB</b>		3,36%	6,47%	23,67%	3,64%	<b>3,53%</b>
Alle Angaben in Tausend €						

### Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2003

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Sonstige Leistungsausga- ben <sup>2</sup>	Ausgaben Dialyse	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme <sup>3</sup>
<b>RSA gemeldet</b>	70.015.529	27.078.585	47.497.225	15.928.364	1.529.397	6.955.995	<b>134.830.964</b>
<b>RP gemeldet</b>	562.782	3.785.207	12.766.373	36.653	1.441.892	1.525.332	<b>19.742.378</b>
<b>Proz. Anteil RP an RSA pro HLB</b>	0,80%	13,98%	26,88%	0,23%	94,28%	21,93%	<b>14,64%</b>
<b>RP-Beträge</b>		849.833	3.044.520	6.701	413.998	262.190	<b>4.577.243</b>
<b>Proz. Anteil RP- Betrag an RSA pro HLB</b>		3,14%	6,41%	0,04%	27,07%	3,77%	<b>3,39%</b>
Alle Angaben in Tausend €							

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

<sup>2</sup> Die sonstigen Leistungsausgaben im Risikopool beinhalten nur Sterbegeld, ab 2005 nicht mehr relevant.

<sup>3</sup> In der Gesamtsumme RSA sind auch Ausgaben der Ärzte und Zahnärzte enthalten, die im RP nicht ausgleichsfähig sind.

Zusammenfassung der Prüfergebnisse nach § 15a RSAV - Tabelle 4

- Ausgleichsjahr 2004 -

**Risikopool**

	Anzahl d. Mitgliedskassen	Anzahl RP-Fälle	Stichprobe	Anzahl Korrekturbeträge	Summe Korrekturbeträge	Überschreitung Schwellenwert			
						Apotheke	Krankenhaus	Sterbegeld	Krankengeld
AOK	17	224136	4560	3	4.290.782,07 €	2	2	1	0
BKK	302	67784	4025	62	4.259.169,70 €	46	17	3	16
BKN	2	16840	338	1	1.039.059,01 €	1	0	0	0
IKK	24	27298	959	5	610.515,59 €	4	1	0	0
SEE-KK	2	711	38	0	0,00 €	0	0	0	0
VdAK/AEV	20	165385	3433	6	9.097.045,08 €	4	3	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>367</b>	<b>502154</b>	<b>13353</b>	<b>77</b>	<b>19.296.571,45 €</b>	<b>57</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>16</b>

**Versichertenzeiten**

	Anzahl d. Mitgliedskassen	Anzahl Versicherte	Stichprobe	Anzahl Korrekturbeträge	Summe Korrekturbeträge	VT gemeldet	VT ermittelt	Fehlerquote
AOK	17	27.088.962	16.710	0	0,00	5.735.187	5.717.088	-0,3
BKK	394	13.561.307	269.794	68	45.018.156,75	88.046.031	86.978.440	-1,2
BKN	2	1.460.111	1.964	0	0,00	684.334	682.895	-0,2
IKK	24	4.855.156	22.287	3	142.155,15	7.295.337	7.253.656	-0,6
SEE-KK	2	80.186	1.877	0	0,00	593.331	593.331	0,0
VdAK/AEV	21	26.304.242	17.542	2	741.336,83	5.888.198	5.858.696	-0,5
<b>Gesamt</b>	<b>460</b>	<b>73.349.964</b>	<b>310.755</b>	<b>73</b>	<b>45.901.648,73</b>	<b>108.242.418</b>	<b>107.084.106</b>	<b>-1,1</b>

## Durchgeführte Aufsichtsprüfungen im Jahr 2005

<i>Aufsichtsprüfungen</i>						
Referat	durchgeführte Prüfungen nach Prüfplan		Prüfungen außerhalb des Prüfplans		Prüfungen insgesamt	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
I 4	1	3	0	0	1	3
I 5	4	5	2	2	6	7
II 4	139	119	3	6	142	125
III 4	7	7	1	0	8	7
IV 5	7	9	3	4	10	13
V 5	4	5	5	5	9	10
<b>Gesamt</b>	<b>162</b>	<b>148</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>176</b>	<b>165</b>

## Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.04	Anzahl 31.12.05
<b>Träger der gesetzlichen Krankenversicherung <sup>4</sup></b>		
<b>Ersatzkassen für Arbeiter</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Hamburgische Zimmererkrankenkasse Gmünder Ersatzkasse		
<b>Ersatzkassen für Angestellte</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Barmer Ersatzkasse Deutsche Angestellten Krankenkasse Kaufmännische Krankenkasse Hamburg-Münchener Ersatzkasse Hanseatische Krankenkasse Techniker Krankenkasse		
<b>Innungskrankenkassen</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
Die nord- und mitteldeutsche IKK Innungskrankenkasse Hamburg IKK gesund plus IKK Weser-Ems Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG) Vereinigte IKK IKK-Direkt		

<sup>4</sup> nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

<b>VERSICHERUNGSTRÄGER</b>	<b>Anzahl 31.12.04</b>	<b>Anzahl 31.12.05</b>
<b>Sonstige Krankenkassen</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
See-Krankenkasse Knappschaft		
<b>Landwirtschaftliche Krankenkassen</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Krankenkasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutsch- land		
<b>Betriebskrankenkassen<sup>5</sup></b>	<b>126</b>	<b>124</b>
in Baden-Württemberg	18	18
in Bayern	13	13
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	1	1
in Hamburg	10	11
in Hessen	15	15
in Mecklenburg-Vorpommern	1	1
in Niedersachsen	14	13
in Nordrhein-Westfalen	39	39
in Rheinland-Pfalz	9	8
in Sachsen	2	2
in Sachsen-Anhalt	1	1
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	2	1
in Thüringen	-	-
<b>Krankenversicherungsträger insgesamt</b>	<b>146</b>	<b>144</b>

<sup>5</sup> einschließlich Bundesverwaltungskassen

<b>VERSICHERUNGSTRÄGER</b>	<b>Anzahl 31.12.04</b>	<b>Anzahl 31.12.05</b>
----------------------------	----------------------------	----------------------------

<b>Träger der gesetzlichen Unfallversicherung</b>		
<b>Gewerbliche Berufsgenossenschaften</b>	<b>32</b>	<b>26</b>
Bergbau-Berufsgenossenschaft		
Steinbruchs-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie		
Berufsgenossenschaft der Gas-, Fernwärme- und Wasserwirtschaft		
Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft		
Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft		
Norddeutsche Metall-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft Metall Süd		
Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik		
Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie		
Holz-Berufsgenossenschaft		
Papiermacher-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft Druck und Papierverarbeitung		
Lederindustrie-Berufsgenossenschaft		
Textil- und Bekleidungs-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten		
Fleischerei-Berufsgenossenschaft		
Zucker-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft		
Südwestliche Bau-Berufsgenossenschaft		
Tiefbau-Berufsgenossenschaft		
Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel		
Verwaltungs-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen u. Eisenbahnen		
Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen		
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege		
See-Berufsgenossenschaft		

<b>VERSICHERUNGSTRÄGER</b>	<b>Anzahl 31.12.04</b>	<b>Anzahl 31.12.05</b>
<b>Übertrag</b>	<b>32</b>	<b>26</b>
<b>Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Gartenbau-Berufsgenossenschaft Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Berlin		
<b>Sonstige Träger der Unfallversicherung</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Eisenbahn-Unfallkasse Unfallkasse der Post und Telekom Unfallkasse des Bundes		
<b>Unfallversicherungsträger insgesamt</b>	<b>37</b>	<b>31</b>

## **Träger der gesetzlichen Rentenversicherung**

**bis 30. September 2005**

---

<b>Träger der allgemeinen Rentenversicherung</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
--	----------	----------

---

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Bahn-Versicherungsanstalt

Seekasse

<b>Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
--	----------	----------

---

Bundeskknappschaft

<b>Rentenversicherungsträger insgesamt</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
--	----------	----------

---

---

**ab 1. Oktober 2005**

---

<b>Träger der allgemeinen Rentenversicherung</b>		<b>1</b>
--	--	----------

---

Deutsche Rentenversicherung Bund

<b>Träger der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
---	----------	----------

---

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

<b>Rentenversicherungsträger insgesamt</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
--	----------	----------

---

---



<b>VERSICHERUNGSTRÄGER</b>	<b>Anzahl 31.12.04</b>	<b>Anzahl 31.12.05</b>
<b>Träger der Alterssicherung der Landwirte</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Alterskasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Alterskasse Berlin		
<b>Alterskassen insgesamt</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Verbände</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen		
<b>Verbände insgesamt</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Zusammenstellung</b>		
Krankenversicherungsträger	146	144
Unfallversicherungsträger	37	31
Rentenversicherungsträger	4	4 (2)*
Alterskassen	2	2
Verbände	2	2
Weitere Einrichtungen	4	4
<b>Insgesamt</b>	<b>195</b>	<b>187 (185)*</b>

\*) in der Klammer die Zahlen ab 1. Oktober 2005



Organisationsplan

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

Stand: November 2005

LRD Nies
Sonderaufgaben für die Amtsleitung
App. 1676

Präsident
Dr. Daubenbüchel
App. 1808
Fax: 1876
Vorzimmer App. 1807
Vizepräsidentin
Bohlen-Schöning
App. 1810
Fax: 1847
Vorzimmer App. 1809

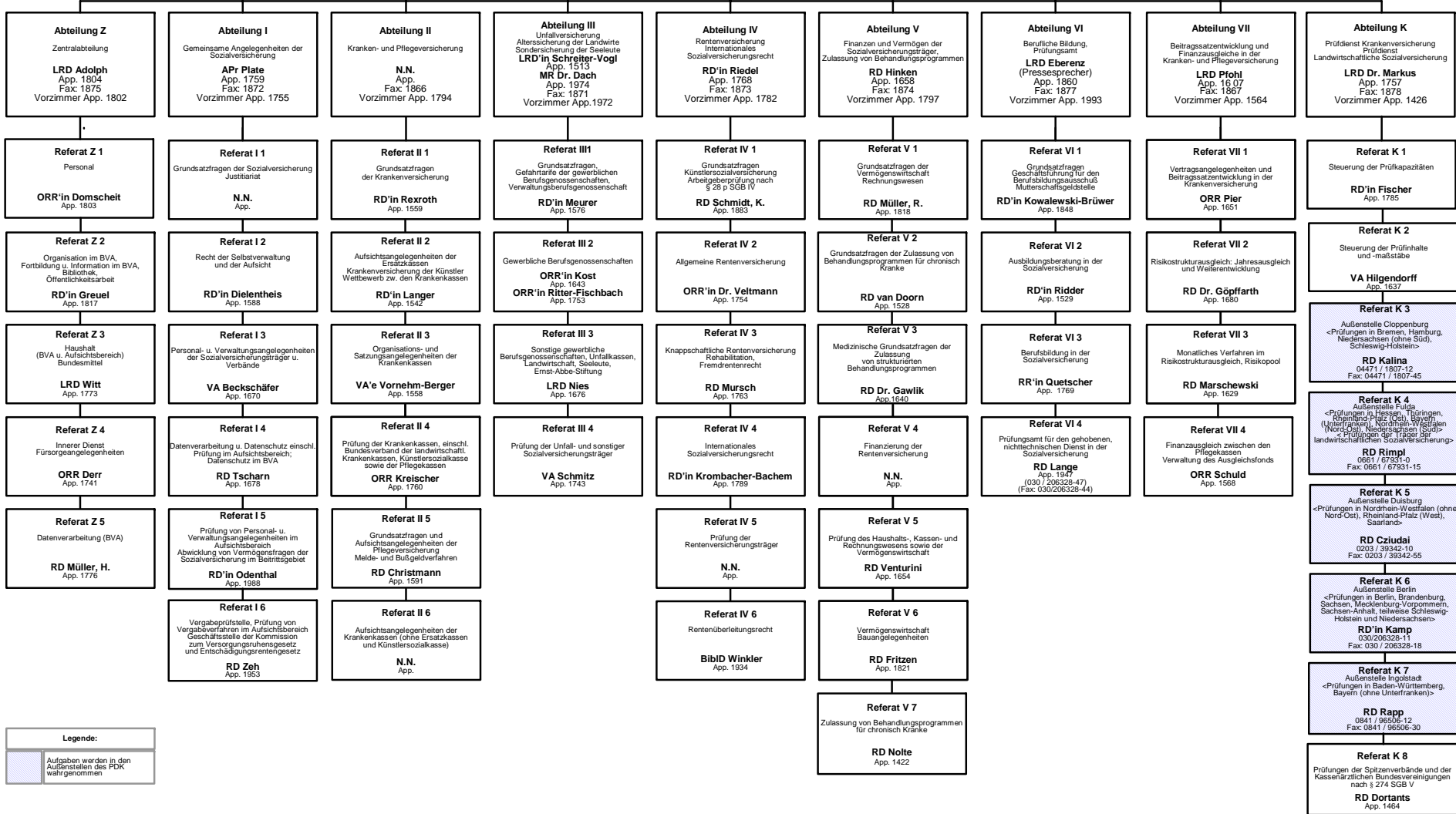
Gleichstellungsbeauftragte
Frau Radetzki
App. 1150

Beauftragter für den Datenschutz
Herr Tscharn
App. 1678

Gesamtpersonalrat Vorsitzender
Herr Wacker
App. 1673
Fax: 1823

Örtlicher Personalrat Vorsitzender
Herr Schneider
App. 1761

Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen
Herr Lange
App. 1997
(030 / 206328-47)



Legende:
Aufgaben werden in den Außenstellen des PDK wahrgenommen