



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

Für das Jahr 2007, auf das sich dieser Tätigkeitsbericht bezieht, habe ich noch keine Verantwortung als Präsident für das Bundesversicherungsamt (BVA) getragen.

Deshalb ist es für mich fast unmöglich, authentisch einzelne Aufgaben zu beschreiben, die im Jahr 2007 eine besondere Herausforderung für das Amt und alle hier beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dargestellt haben, weil ich auf Schilderungen Dritter angewiesen wäre.

Umso leichter ist es für mich aber, als im Jahre 2007 noch Außenstehender die Außenwirkung der Arbeit des BVA zu beschreiben, mit der ich auch im früheren Wirkungskreis fast täglich weit über formale Aufsichtsbehördentagungen hinaus in Kontakt gekommen bin.

Denn hier ist das Urteil einhellig: Das BVA war im Jahr 2007 wie schon in den Jahren zuvor nicht nur „irgendein“ Amt, sondern eine Institution, die fachlich höchste Maßstäbe gesetzt hat, an denen sich viele - weit über den unmittelbaren Aufsichtsbereich hinaus - orientiert haben.

- Sachlichkeit
- Sachkunde und absolute
- Seriosität,

das waren die Merkmale der Arbeit des BVA, so wie sie bei Trägern, Kassen, Gerichten und Behörden wahrgenommen wurde. Auch wenn es in manchen Fällen Dissense über Sach- oder Rechtsfragen gab; von niemandem wurde die Kompetenz und die Sachlichkeit des Amtes ernsthaft in Frage gestellt.

Dass dies so war, ist das Verdienst aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich trotz ständig größer werdender Aufgabenbereiche mit höchstem Engagement eingebracht haben. Egal ob Einzeleingaben oder Petitionen, ob Stellungnahmen in Gesetzgebungsverfahren oder DMP-Zulassungen, Prüfungen sowie viele andere Arbeiten; alles wurde präzise, fundiert und schnellstmöglich erledigt.

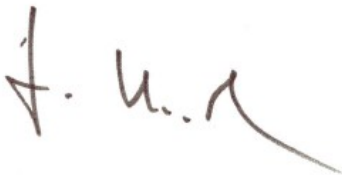
Das Engagement aller Beschäftigten wurde dabei vorbildhaft geprägt durch den langjährigen Präsidenten Dr. Rainer Daubenbüchel, der 2007 sein letztes „volles“ Jahr als Behördenleiter hatte. Er hat sich mit den Aufgaben des Amtes voll und ganz identifiziert, insoweit hat ihn das Amt ebenso geprägt, wie er in fast eineinhalb Jahrzehnten auch der Behörde seine Prägung gegeben hat.

Ich möchte ihm deshalb auch an dieser Stelle nochmals Dank sagen für großartige Arbeit und die Maßstäbe, die er gesetzt hat.

Danken möchte ich auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ohne deren Unterstützung und Leistungsbereitschaft auf allen Ebenen nichts funktioniert.

Den erreichten hohen fachlichen Leistungsstand zu halten, zu festigen und auszubauen wird unsere Aufgabe in 2008 und erst recht in 2009 sein.

Der Gesetzgeber hat uns im Bereich der Krankenversicherung nicht nur bei der Ausgestaltung des Morbi-RSA, sondern auch bei der Verwaltung des Gesundheitsfonds große und wichtige Aufgaben auch operativer Natur übertragen. Diese Aufgaben zu bewältigen, ist eine echte Herausforderung, der wir uns mit Sachlichkeit, Sachkunde, Seriosität und selbstverständlich großem Engagement stellen werden und stellen wollen. Die sind wir dem Sozialstaat, den Sozialversicherungen und vor allem den Menschen schuldig, die auf unsere Arbeit vertrauen.

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

Josef Hecken
Präsident des Bundesversicherungsamtes

I.	ALLGEMEINER TEIL	11
1.	DIE AUFGABEN DES BUNDESVERSICHERUNGSAMTES BEI DER FINANZIERUNGSREFORM DER GKV	11
	• Übersicht	11
	• Verwaltung des Gesundheitsfonds	11
	• Ermittlung der Zuweisungen	12
2.	ALTERSVORSORGEVERPFLICHTUNGEN IN DER KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG	15
3.	MODERNISIERUNG DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG	19
II.	FACHTHEMEN	23
1.	KRANKENVERSICHERUNG	23
1.1	Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung	23
1.2	Eingabenstatistik	24
1.3	Aufsicht bei Krankenkassen	24
	• Eine BKK wurde zum Sanierungsfall der Bundesaufsicht	24
	• Hausarztzentrierte Versorgung	25
	• Versicherungspflicht gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V	25
	• Herabsetzung freiwilliger Beiträge gem. § 240 Abs. 4 Satz 3 SGB V	27
	• Weitergewährung des Differenzleistungsanspruchs für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	28
	• Gründung privatrechtlicher Service-gesellschaften im BKK-Bereich	29
	• SPECTRUM K GmbH	29
	• GWQ ServicePlus AG	30
1.4	Satzungsrecht	31
	• Wahltarife	31
1.5	Strukturierte Behandlungsprogramme	36
2.	PFLEGEVERSICHERUNG	41

2.1 Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung	41
• Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung	41
• Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung	42
• Entwicklung des Mittelbestandes	42
• Ausblick	43
2.2 Eingabenstatistik	43
2.3 Eingaben	43
• Erforderlichkeit von Wiederholungsgutachten gem. § 18 Abs. 2 SGB XI	43
3. UNFALLVERSICHERUNG	47
3.1 Altersvorsorgeverpflichtungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften	47
3.2 Eingabenstatistik	48
3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten	48
• Gefahrarifangelegenheiten	48
• Unfallversicherung von Pflegeeltern in Vollzeitpflege	50
• Fusionen von Berufsgenossenschaften	50
3.4 Aufsichtsprüfungen	54
• Wirtschaftliche Mittelverwendung	55
4. RENTENVERSICHERUNG	59
4.1 Finanzentwicklung in der gesetzlichen Rentenversicherung	59
4.2 Eingabenstatistik	60
4.3 Einzelfälle	60
• Überschreitung von Hinzuverdienstgrenzen (§ 34 SGB VI)	60
• Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit	61
• Auszahlungen an einen Nachlasspfleger	61
• Personenbezogene Auskunftersuchen von Privatpersonen	61
4.4 Grundsatzfragen	61
• Keine Anrechnung von Kindererziehungszeiten für Kinder, die nach den ersten 12 bzw. 36 Kalendermonaten nach der Geburt adoptiert werden	61
• Rechtscharakter der Mitteilung über die Abrechnung einer Rentennachzahlung	62
• Zusatz- und Sonderversorgungssysteme; Beginn der nachträglichen, fiktiven Einbeziehung	62
• Bestimmung des Freibetrages bei der Anrechnung einer Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	63
• Bessere Information der Versicherten durch Ergänzung eines Vordrucks	63

• Infodienst des Rentenversicherungsträgers; Berücksichtigung von Fusionen gesetzlicher Krankenkassen	64
• Ausgleichsvereinigungen nach dem KSVG	64
4.5 Aufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Bund, soweit sie Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung wahrnimmt	65
• Klärung von grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen	65
• Verbindliche Entscheidungen	65
4.6 Aufsichtsprüfungen	66
• Erfahrungsaustausch der für die Prüfung der Rentenversicherungsträger zuständigen Stellen	66
• Altersrenten für Frauen	67
• Erhöhung des Zugangsfaktors	67
• Säumniszuschläge	67
• Doppelzahlungen von Renten	68
• Rentenüberzahlungen	68
• Meldeverfahren zur Krankenversicherung der Rentner und zur Pflegeversicherung	68
• Nachprüfung von Ansprüchen auf Waisenrenten	69
• Aufrechnung	69
• Abtretungen im wohlverstandenen Interesse	69
• Hinweispflicht bei Rentenablehnung	70
4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht	70
• Kostenerstattungen für in Abkommensstaaten selbstbeschaffte medizinische Leistungen	70
• Sauerstoffversorgung im Ausland	71
• Internationale Kontakte und Konferenzen	71
5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	75
5.1 Gerichtsverfahren / Statistik	75
• Gerichtsverfahren / Statistik	75
• Strafanzeigen / Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaften	76
5.2 Selbstverwaltung	76
• Amtsenthebung und fristlose Kündigung von Vorständen gesetzlicher Krankenkassen	76
• Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane nach Vereinigungen/ Berufung der Mitglieder der Organe durch das Bundesversicherungsamt	77
• Zusammensetzung des Verwaltungsrates nach kassenartübergreifenden Vereinigungen von Krankenkassen nach § 171a SGB V	78
5.3 Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung	79
• Mitteilung über die Neuberechnung nach der „EinstufHöGrV“	79
• Genehmigung der Stellenpläne der Berufsgenossenschaften im Rahmen von Vereinigungen	79

• Arbeits- und Bereitschaftszeiten von Krankenhausärzten	80
• Abfrage der Nebentätigkeiten von Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern der Berufsgenossenschaften	80
• Aufhebung der rechtswidrigen Beförderung eines leitenden Dienstordnungsangestellten einer Berufsgenossenschaft	81
• Umsetzung des Bundesgleichstellungsgesetzes bei den Trägern	81
• Veröffentlichungspflicht der Vorstandsvergütung (§ 35a Abs. 6 Satz 2 SGB IV)	82
5.4 Organisation – Datenverarbeitung	83
• Anzeigen nach § 85 Abs. 1 Satz 2 bis Satz 6 SGB IV	83
5.5 Vergaberecht	84
• Vergabe bei Verträgen der gesetzlichen Krankenkassen im Leistungsbereich	84
5.6 Allgemeines Aufsichtsrecht	85
• Outsourcing	85
5.7 Vermögenswirtschaft	86
• Genehmigungen und Anzeigen von Vermögensanlagen	86
• Unzulässigkeit kreditfinanzierter Vermögensanlagen	86
6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH	91
6.1 Allgemeines	91
• Verfahren	91
6.2 Jahresausgleich 2006	92
• DMP im Jahresausgleich 2006	92
6.3 Monatliches Verfahren	93
• Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV	93
• Abgeltung für die Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen	94
6.4 Risikopool	94
6.5 Prüfungen nach § 15a RSAV	94
7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG	99
7.1 Statistik zur Arbeit des PDK	99
7.2 RSA-Prüfungen	99
• DMP: Ausgleichsjahre 2003/2004	99
• Risikopool: Ausgleichsjahre 2004/ 2005	100
7.3 DRG-Schwerpunktprüfung	100

7.4 Prüfungen zum Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)	103
7.5 Finanzstatusprüfungen	103
7.6 Aufdeckung doloser Handlungen bei Krankenkassen	104
7.7 Sonstige Erkenntnisse aus dem Prüfgeschäft:	105
• Beitragseinstufungen von Grenzgängern	105
7.8 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL)	106
8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG	111
8.1 Ausbildungsplatzsituation	111
• Ausbildungsverhältnisse 2007	111
8.2 Ausbildungsberatung	112
8.3 Prüfungen	115
9. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN, NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG	119
• Ergebnisse der Laufbahnprüfungen	119
10. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE	123
III. ANHANG	125
TABELLEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH	125
ÜBERSICHT AUFSICHTSPRÜFUNGEN	125
ÜBERSICHT DER BUNDESUNMITTELBAREN TRÄGER, VERBÄNDE UND EINRICHTUNGEN DER SOZIALVERSICHERUNG	125
ORGANISATIONSPLAN	125

I. ALLGEMEINER TEIL

1. DIE AUFGABEN DES BUNDESVERSICHERUNGSSAMTES BEI DER FINANZIERUNGSREFORM DER GKV

I. ALLGEMEINER TEIL

1. DIE AUFGABEN DES BUNDESVERSICHERUNGSSAMTES BEI DER FINANZIERUNGSREFORM DER GKV

Übersicht

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

Nach der Definition des Gesetzes ist der Gesundheitsfonds an sich das beim Bundesversicherungsamt verwaltete Sondervermögen. In der praktischen, öffentlichen Verwendung dieses Begriffs gehören zum Gesundheitsfonds aber auch die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) und die Berechnung der Zuweisungen sowie die Festsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes.

Das Jahr 2007 war bereits stark von den Vorbereitungen zur Einrichtung des Gesundheitsfonds im Bundesversicherungsamt geprägt. Er wird später von den mit

der Durchführung des derzeitigen RSA betrauten Referate umgesetzt (vgl. Kapitel 6). Die Arbeiten zur Einrichtung des Gesundheitsfonds fanden auf zwei Ebenen statt:

Verwaltung des Gesundheitsfonds

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

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2007 damit begonnen, mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie den weiteren Trägern, die in den Gesundheitsfonds Beiträge abführen, Regelungen über die Abführung und den Nachweis der Beiträge zu vereinbaren. Vieles ist zwar bereits im geltenden Beitragsrecht verankert, es bedarf gleichwohl zahlreicher Änderungen und Ergänzungen, um in den Abrechnungsunterlagen die Neuregelung der Finanzströme abbilden zu können. Zu berücksichtigen ist insbesondere, dass die Beiträge der freiwillig versicherten Mitglieder, die bisher direkt an die Krankenkassen gezahlt wurden, nun über die Einzugsstelle an den Gesundheitsfonds weitergeleitet werden.

Für die Verwaltung der Mittel und die Auszahlung der Zuweisungen hat das Bundesversicherungsamt entsprechende Strukturen aufzubauen. Hierbei kann einerseits auf Erfahrungen aus der Verwaltung des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zurückgegriffen werden, andererseits sind aber auch neue buchhalterische Aufgaben umzusetzen.

Ermittlung der Zuweisungen

Alle gesetzlichen Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer standardisierten Ausgaben eine Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen sowie Zuweisungen für sonstige Ausgaben (Satzungsleistungen, Ausgaben für die Entwicklung und Durchführung von Strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programs – DMP), Verwaltungsausgaben).

Der Ausgleich der Risikostrukturen, d.h. die Durchführung des RSA, erfolgt künftig morbiditätsorientiert. Derzeit erfolgt dieser Ausgleich im Wesentlichen auf der Grundlage der Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten einer Krankenkasse. Durch die Verwendung von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen soll dieser Ausgleich zielgenauer werden. Der Gesetzgeber hat allerdings vorgegeben, dass die Morbiditätsorientierung auf ein Spektrum von 50 bis 80 Krankheiten zu beschränken ist.

Um diese Auswahl der Krankheiten vorzubereiten, hat der Gesetzgeber bestimmt, dass beim Bundesversicherungsamt ein wissenschaftlicher Beirat gebildet wird, der

hierzu ein Gutachten erstellt und auch künftig die Weiterentwicklung des RSA begleitet. Die Errichtung des Beirats erfolgte durch einen Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 3. Mai 2007. In den wissenschaftlichen Beirat wurden die Experten Prof. Dr. Saskia Drösler, Prof. Dr. Reinhard Busse, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Prof. Dr. Thomas Schäfer und Prof. Dr. Matthias Schrappe berufen.

Die Arbeiten zur Einrichtung des Gesundheitsfonds haben unmittelbar nach Inkrafttreten des GKV-WSG am 1. April 2007 begonnen und werden im Jahr 2008 rechtzeitig vor Einführung des Gesundheitsfonds abgeschlossen sein.

2. ALTERSVORSORGEVERPFLICHTUNGEN IN DER KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG

2. ALTERSVORSORGEVERPFLICHTUNGEN IN DER KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG

Auf viele Sozialversicherungsträger kommen in Zukunft erhebliche Lasten durch die Erfüllung von Altersvorsorgeverpflichtungen insbesondere für die mit den Beamten vergleichbaren Dienstordnungsangestellten (DO-Angestellte) zu. Die Altersversorgung für diesen Personenkreis ist vollständig von dem jeweiligen Sozialversicherungsträger zu leisten.

Gegenwärtig werden die Versorgungsausgaben für die DO-Angestellten und deren Hinterbliebene überwiegend aus dem laufenden Haushalt gezahlt. Die für die Altersvorsorgeverpflichtungen benötigten Mittel werden demzufolge erst nach dem Zeitraum erwirtschaftet, in dem die Arbeitsleistungen, die die Versorgungsleistungen begründen, erbracht worden sind. Dies widerspricht dem Grundsatz der Generationengerechtigkeit. Um die Belastungen für künftige Generationen nachhaltig zu verringern, ist es sinnvoll, für die Versorgungszusagen Altersrückstellungen zu bilden und entsprechendes Deckungskapital aufzubauen. In der Bundesverwaltung besteht daher bereits die Verpflichtung, für neu eingestellte Beamtinnen und Beamte Zuweisungen an das Sondervermögen „Versorgungsfonds des Bundes“ zu leisten. Ähnlich wird bereits in vielen Länderverwaltungen verfahren und auch in der Privatwirtschaft ist die Bildung von Altersrückstellungen vielfach üblich.

Die Sozialversicherungsträger haben bei ihrer Rechnungslegung die Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung zu beachten (§ 10 Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung – SVRV). Nach den handelsrechtlichen Bestimmun-

gen, die zur Auslegung dieser Grundsätze heranzuziehen sind, gebieten insbesondere die Grundsätze der Bilanzwahrheit, Bilanzklarheit und der Übersichtlichkeit eine Bilanzierung von Altersvorsorgeverpflichtungen. Für die Sozialversicherungsträger gilt jedoch derzeit noch ein Bilanzierungswahlrecht für den Ansatz von Altersrückstellungen (§ 12 SVRV), so dass entgegen den Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung Altersvorsorgeverpflichtungen nicht zwingend in der Jahresrechnung eines Sozialversicherungsträgers auszuweisen sind. Gleichwohl ist die Bilanzierung dieser Rückstellungen empfehlenswert, um die tatsächliche wirtschaftliche Belastung durch die Altersvorsorgeverpflichtungen aufzuzeigen.

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2007 zwei Sonderprüfungen im Bereich der bundesunmittelbaren Krankenkassen bzw. der gewerblichen Berufsgenossenschaften durchgeführt. Es sollten bestehende Deckungslücken als Differenz zwischen dem auf versicherungsmathematischer Grundlage ermittelten Rückstellungsbedarf für Altersvorsorgeverpflichtungen und dem gebildeten Deckungskapital ermittelt werden. Zusammengefasst ergaben sich folgende Erkenntnisse:

- Bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen bestand Ende 2006 eine Deckungslücke von mindestens 1,6 Mrd. € Betroffen hiervon sind vor allem die Ersatzkassen.
- Die gewerblichen Berufsgenossenschaften verzeichneten Ende 2006 eine Deckungslücke von mindestens

1,2 Mrd. € Hierbei ist aber zusätzlich zu berücksichtigen, dass bei sechs von 25 Berufsgenossenschaften eine Deckungslücke nicht ermittelbar war, da verwertbare Informationen zum Rückstellungsbedarf nicht vorlagen.

Diese Deckungslücken sind als Mindestbeträge anzusehen. In den vorgelegten versicherungsmathematischen Berechnungen zur Ermittlung des Rückstellungsbedarfs für die Altersvorsorgeverpflichtungen wurde z.B. nicht mit der durchschnittlichen langfristigen Kapitalmarktverzinsung (zwischen 4,0 und 4,5 Prozent), sondern überwiegend entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben mit einem Zinssatz von sechs Prozent gerechnet. Eine versicherungsmathematische Faustformel besagt, dass eine Absenkung des Rechnungszinses um einen Prozentpunkt zu einer Erhöhung des Barwertes der Altersvorsorgeverpflichtungen um fünfzehn Prozent führt.

Weitere Informationen sind den Abschnitten 1.1 und 3.1 im Bereich Fachthemen zu entnehmen.

3. MODERNISIERUNG DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG

3. MODERNISIERUNG DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG

Das Bundesversicherungsamt hatte bereits im Tätigkeitsbericht 2006 (Seite 23) auf seine Initiative zur Neuregelung des Vermögensrechts der gesetzlichen Unfallversicherung hingewiesen. Nachdem ein erster umfassender Reformentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) nicht die notwendige politische Zustimmung fand, legte das BMAS im November 2007 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz-UVMG) vor. Die ursprünglich vorgesehenen Reformmaßnahmen im Leistungsrecht waren darin nicht mehr enthalten. Auch die zunächst im Rahmen der Organisationsreform beabsichtigte Bildung eines Spitzenverbands in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts wurde zugunsten der Fortführung des Spitzenverbands Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins aufgegeben.

Das Bundesversicherungsamt hat die Beratungen über die Reform der gesetzlichen Unfallversicherung auch im Jahr 2007 aktiv begleitet. So berücksichtigt der von der Bundesregierung am 13. Februar 2008 beschlossene Gesetzentwurf die Reformvorschläge des Bundesversicherungsamtes zum Vermögensrecht fast vollständig:

- Reduzierung der Betriebsmittel auf maximal eine Jahresausgabe;
- Bildung eines Verwaltungsvermögens und damit verbunden

- Verringerung der Rücklage auf mindestens zwei und maximal vier Monatsausgaben;
- Verpflichtung zur Bildung von Altersrückstellungen einschließlich des Aufbaus des benötigten Deckungskapitals.

Zur Einführung der Altersrückstellungen soll die DGUV gemeinsam mit dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung bis Ende April 2009 der Bundesregierung über das Bundesversicherungsamt ein Konzept vorlegen. Damit erhält die Selbstverwaltung die Möglichkeit, unter Berücksichtigung der jeweiligen Finanz- und Vermögenssituation sowie der bestehenden und künftigen Versorgungsverpflichtungen der einzelnen Unfallversicherungsträger Vorschläge für Verfahren und Zuweisungshöhen der Rückstellungsverpflichtung zu entwickeln.

Es ist beabsichtigt, dem Bundesversicherungsamt zukünftig die Durchführung des neu gestalteten Ausgleichs der Rentenlasten zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften (sog. Lastenausgleich) zu übertragen.

Ferner sollen sowohl die gewerblichen Berufsgenossenschaften als auch die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (Unfallkassen) neu organisiert werden. Die derzeit noch 23 gewerblichen Berufsgenossenschaften sollen bis Ende 2009 zu neun Berufsgenossenschaften fusionieren. Die Zahl der landesunmittelbaren Unfallkassen soll grundsätzlich auf eine pro Bundesland reduziert werden. Die

drei bundesunmittelbaren Unfallkassen sollen die Möglichkeit der Verringerung der Anzahl auf eine Unfallkasse prüfen; neben einer Fusion der bisherigen drei Träger ist auch die Option einer Zuordnung der Unfallkasse Post und Telekom sowie der Eisenbahn-Unfallkasse in den Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften zu untersuchen.

II. FACHTHEMEN

1. KRANKENVERSICHERUNG

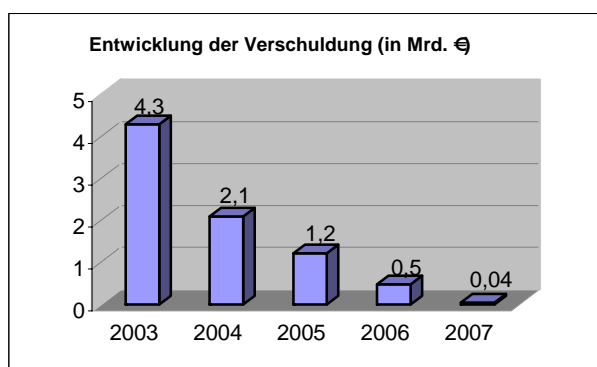
- 1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung
- 1.2 Eingabenstatistik
- 1.3 Aufsicht bei Krankenkassen
- 1.4 Satzungsrecht
- 1.5 Strukturierte Behandlungsprogramme

II. FACHTHEMEN

1. KRANKENVERSICHERUNG

1.1 Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Auch im vorletzten Jahr vor der Einführung des Gesundheitsfonds setzte sich die durch das GKV-Modernisierungsgesetz bewirkte finanzielle Konsolidierung der bundesunmittelbaren Krankenkassen fort. Von den 105 bundesunmittelbaren Krankenkassen, die Ende 2003 eine Verschuldung von rund 4,3 Mrd. € auswiesen, haben sich bis Ende 2007 voraussichtlich 91 Krankenkassen vollständig entschuldet. Zur Sicherstellung der Entschuldung haben insgesamt fünf bundesunmittelbare Krankenkassen (eine Innungskrankenkasse und vier Betriebskrankenkassen) finanzielle Hilfen aufgrund einer besonderen Satzungsregelung ihres Spitzenverbandes erhalten. Die Restverschuldung der übrigen 14 Krankenkassen verringert sich zum 31. Dezember 2007 voraussichtlich auf rund 0,04 Mrd. €



(Quellen: Jahresrechnungen 2003, 2004, 2005 und 2006; voraussichtliche Rechnungsergebnisse 2007 laut Haushaltsplänen 2008)

Im Jahr 2007 erhöhten insgesamt 21 bundesunmittelbare Krankenkassen unterjährig ihre Beitragssätze, dem standen drei Beitragssatzsenkungen gegenüber. Auf-

grund der GKV-weiten Ausgabendynamik und teilweise auch zur Sicherstellung der Entschuldung sahen sich zum 1. Januar 2008 insgesamt 42 der 128 bundesunmittelbaren Krankenkassen (ohne landwirtschaftliche Krankenkassen) veranlasst, ihre Beitragssätze zu erhöhen. Allerdings verfügten immerhin sechs Krankenkassen über so ausreichende Finanzmittel, dass sie zum 1. Januar 2008 ihren Beitragssatz senken konnten.

Wie aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich, weisen die erhobenen Beitragssätze nach wie vor eine breite Streuung aus:

Höhe des Beitragssatzes inklusive Sonderbeitrag von 0,9 (in Prozent)	Zahl der Krankenkassen
< 13,0	1
13,0 – 13,4	3
13,5 – 13,9	21
14,0 – 14,4	24
14,5 – 14,9	39
15,0 – 15,4	31
15,5 – 15,9	3
16,0 – 16,4	4
> 16,5	2

Während die günstigste bundesunmittelbare Krankenkasse zum 1. Januar 2008 einen Beitragssatz (inklusive Sonderbeitrag nach § 241a SGB V von 0,9 Prozent) von 12,6 Prozent erhoben hat, lag der Beitragssatz der teuersten Krankenkasse bei 16,9 Prozent. Die Mehrzahl der Krankenkassen erhebt einen Beitragssatz zwischen 13,5 Prozent und 15,4 Prozent.

Das Bundesversicherungsamt hat in einem Rundschreiben Ende November 2007 die

bundesunmittelbaren Krankenkassen erneut auf die ab dem 1. Januar 2008 geltende Rechtslage bei der Kreditaufnahme hingewiesen. Danach sind Kreditaufnahmen generell unzulässig, eng begrenzte Ausnahmen gelten nur für Krankenkassen, deren Entschuldungsprozess nicht abgeschlossen ist und zur Investitionsfinanzierung. Nicht unter das Kreditaufnahmeverbot fallen dagegen Darlehen der Krankenkassenverbände, für die spezielle Ermächtigungsnormen (§§ 262, 265, 265a SGB V) existieren.

Unmittelbare Finanzwirksamkeit entfaltet auch die vom Bundesversicherungsamt ausgeübte Aufsicht über den VdAK/AEV für den Bereich der Vergütungsverträge mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen. Hier überwacht das Bundesversicherungsamt die Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei dem Abschluss dieser Verträge. Im Jahr 2007 haben sich durch entsprechende Vereinbarungen der Vertragspartner zwei Beanstandungen aus Vorjahren erledigt. Durch die weitgehende Berücksichtigung der vom Bundesversicherungsamt bemängelten Punkte konnten Einsparungen zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rd. 7,5 Mio. € erzielt werden.

1.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
KV	2.653

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

1.3 Aufsicht bei Krankenkassen

Eine BKK wurde zum Sanierungsfall der Bundesaufsicht

Eine seit 1996 existierende, ehemals landesunmittelbare BKK kam durch Veruntreuungshandlungen eines leitenden Mitarbeiters (in Höhe von rd. 1,3 Mio. €) im Jahre 2007 in die Schlagzeilen. Im Nachgang der staatsanwaltlichen Ermittlungen und der Prüfungen des zuständigen Landesministeriums entpuppte sich der bis dahin bekannte Schaden jedoch nur als „Spitze eines Eisberges“. So brachten die veranlassten Aufsichtsprüfungen zu Tage, dass sich durch Manipulationen in Bezug auf den Risikostrukturausgleich als auch fehlerhafte Buchungen in der Pflegeversicherung ein Korrekturbedarf in einem Volumen von rd. 80 Mio. € mit einer entsprechenden Rückzahlungsverpflichtung aufgebaut hat. Diese Feststellung hatte schließlich auch die Amtsenthebung des Vorstandes und des stellvertretenden Vorstandes zur Folge.

Bedingt durch die vergleichsweise geringe Kassengröße der BKK HWT diese die eingetretene Verpflichtung aus eigener Kraft nicht erfüllen. Um eine finanziell tragbare Lösung zu finden, bot das Bundesversicherungsamt seine Hilfe an. So sollte unter den bundesunmittelbaren Krankenkassen ein Fusionspartner gefunden werden, der die Verbindlichkeiten der BKK HWT übernehmen konnte, ohne selbst finanziell überfordert zu werden. Begleitet wurden die Fusionsgespräche von Zusagen für finanzielle Hilfen seitens des BKK-Bundesverbandes und des BKK Landesverbandes. Diese Bemühungen führten letztlich zu einer Fusion zum 1. Oktober 2007.

Hausarztzentrierte Versorgung

Das Bundesversicherungsamt hat die seiner Aufsicht unterstehenden Krankenkassen mehrfach aufgefordert, ein flächendeckendes Angebot für ihre Versicherten mit hausarztzentrierter Versorgung gemäß § 73b SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) sicherzustellen.

Bereits das GKV-Modernisierungsgesetz verpflichtete im Jahr 2004 die Krankenkassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Damit sollte u.a. die koordinierende Bedeutung des Hausarztes für die Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Versicherte, die sich für eine Teilnahme an dieser Versorgungsform entscheiden, sollten ambulante fachärztliche Leistungen grundsätzlich nur noch auf Überweisung des Hausarztes in Anspruch nehmen dürfen. Außerdem binden sich die Versicherten für ein Jahr an den gewählten Hausarzt.

Durch das GKV-WSG ist eine strukturelle Neugestaltung der Regelung vorgenommen worden. Die von den Krankenkassen mit entsprechend qualifizierten Leistungserbringern zu schließenden Verträge sollen aus ihrer bisherigen Einbettung in den gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst und die Krankenkassen verpflichtet wurden, auf einzelvertraglicher Grundlage ein flächendeckendes Versorgungsangebot für ihre Versicherten sicherzustellen. Verknüpft wird dies mit der Verpflichtung der Krankenkassen, den Versicherten, die an dieser besonderen Versorgungsform teilnehmen, einen speziellen Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V anzubieten. Dabei können die Kassen in ihrer Satzung eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung vorsehen.

Das Interesse der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist gestiegen. Eine Teilnahme ist bisher jedoch nicht allen interessierten Versicherten möglich, da nicht alle Krankenkassen flächendeckend eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten.

In manchen Regionen befindet sich diese besondere Versorgungsform noch in der Aufbauphase. Verhandlungsstoff bilden dabei nicht nur die unterschiedlichen Vergütungsvorstellungen der verhandelnden Vertragsparteien (Krankenkassen und Leistungserbringer). Auch die vom Gesetzgeber bezweckte Anhebung des Versorgungsniveaus in der hausärztlichen Versorgung ist im Rahmen der entsprechenden Verträge sicherzustellen. Eine gleichermaßen wirtschaftlich vertretbare wie versorgungspolitisch anspruchsvolle Regelung zu treffen, bedarf oftmals schwieriger und z.T. auch langwieriger Verhandlungen.

Dabei ist es für uns als Aufsichtsbehörde nicht angezeigt, auf bestimmte Ergebnisse hinzuwirken. Wir verlangen jedoch von den bundesunmittelbaren Kassen, dass sie jedenfalls flächendeckend Auswahlkriterien in Form von Ausschreibungen (§ 73b Abs. 4 Satz 4 SGB V) festlegen, um die Leistungserbringer in die Lage zu versetzen, Angebote zu unterbreiten.

Das Bundesversicherungsamt wird die Tätigkeiten der Krankenkassen auf diesem Gebiet weiter aktiv begleiten.

Versicherungspflicht gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V von Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall war nach Einführung durch den Gesetzgeber zum 1. April 2007 in mehrfacher Hinsicht erörterungsbedürftig.

So stellte sich die Frage, ob eine private Krankentagegeldversicherung einen Anspruch auf „anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“ im Sinne der Vorschrift gewährt und folglich eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dies bislang in ihrem Rundschreiben vom 20. März 2007 zur „Kranken- und Pflegeversicherung der bisher Nichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum 01.04.2007“ bejaht. Sie gehen davon aus, dass auch eine private Krankentagegeldversicherung eine ausreichende Absicherung im Krankheitsfall darstellt mit der Konsequenz, dass Versicherungspflicht nicht eintritt. Begründet wird dies damit, dass solche Absicherungen nach den für private Versicherungsunternehmen geltenden Regelungen die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzen.

Das Bundesversicherungsamt teilt diese Auffassung nicht. Die Einführung des Versicherungsschutzes für alle Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall soll nach der Intention des Gesetzgebers den Zugang der Versicherten zu allen notwendigen medizinischen Leistungen sicherstellen. Eine die Versicherungspflicht ausschließende Absicherung kann damit nur bei solchen privaten Krankenversicherungen angenommen werden, die einen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren, vollen Versicherungsschutz bieten; die Krankentagegeldversicherung, die lediglich dem Krankengeld vergleichbar einen eintretenden Verdienstausschlag absichert, leistet dies nicht.

Wir haben das Bundesministerium für Gesundheit gebeten, auf eine Änderung des Rundschreibens der Spitzenverbände der Krankenkassen hinzuwirken.

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a SGB V werden ohne Einschränkung die

Personen ohne Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, die zuletzt dort versichert waren. Von der Regelung sind daher auch hauptberuflich Selbständige betroffen, die unmittelbar vor ihrer Zeit ohne versicherungsrechtliche Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert oder pflichtversichert waren. Dies führte zu zahlreichen Eingaben von hauptberuflich selbständig Tätigen, die weiter wie bisher selbst für eventuelle Krankheitskosten sorgen wollten, ohne einer Versicherung anzugehören. Wir mussten den Betroffenen aber mitteilen, dass auch sie versicherungspflichtig sind, wenn sie zuletzt gesetzlich versichert waren. Der in § 5 Abs. 5 SGB V beschriebene, bislang fast generell gültige Ausschluss der Versicherungspflicht von hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen überlagert die neue Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 13 der Vorschrift ausdrücklich nicht.

Die neue Versicherungspflicht führte auch zu Eingaben von Beamten, die neben dem Beihilfeanspruch über keine Versicherung im Krankheitsfall verfügten. Sie wandten sich u.a. wegen der damit für sie verbundenen erheblichen finanziellen Belastung gegen den Eintritt einer Versicherungspflicht. Von ihrem Beihilfeanspruch profitieren sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, da sich dieser nicht mindernd auf die Beitragsforderung der Krankenkasse auswirkt. Wir konnten den Beschwerden jedoch nicht abhelfen, da auch nach unserer Auffassung Versicherungspflicht eingetreten ist, wenn der Beamte über keine die Beihilfe ergänzende Restkostenversicherung verfügt. Die Begründung zu § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V führt ausdrücklich aus, dass diese Personen als Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall anzusehen sind (vgl. Bundestags-

Drucksache 16/3100 S.94). Dies entspricht auch der Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Unter den Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger ist diese Ansicht allerdings nicht unstrittig. Teilweise wird die Auffassung vertreten, dass eine Versicherungspflicht für Beamte nicht eintreten könne, da nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V für Beamte Versicherungsfreiheit gilt, wenn nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und Beihilfe besteht. Gegen diese Auffassung spricht unseres Erachtens aber auch § 6 Abs. 3 SGB V, wonach Beamte zwar auch bei Erfüllung bestimmter Versicherungspflichttatbestände versicherungsfrei bleiben, § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V dabei aber ausdrücklich nicht genannt ist.

Im Zusammenhang mit § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V stellte sich schließlich noch die Frage, ob die auf der Grundlage dieser Regelung Versicherungspflichtigen die Krankenkasse, die ihre Versicherung durchführt, frei wählen können. Die Aufsichtsbehörden haben sich mit dieser Frage auf ihrer 71. Aufsichtsbehördentagung im November 2007 in Stuttgart befasst. Der Gesetzeswortlaut der an die neue Versicherungspflicht angepassten Wahlrechtsbestimmungen sieht in § 174 Abs. 5 SGB V zwar eine Mitgliedschaft bei der zuletzt zuständigen Krankenkasse vor, gleichzeitig sollen aber die allgemeinen Wahlrechte (§ 173 SGB V) gelten.

Im Ergebnis gehen die Aufsichtsbehörden nicht von einem generellen Wahlrecht der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen aus. Dieser Personenkreis ist vielmehr kraft Gesetzes der Krankenkasse oder deren Rechtsnachfolger zugewiesen, bei der zuletzt eine Versicherung bestand. Keine Einigung wurde in der

Frage der Dauer der Bindung an die zuletzt zuständige Krankenkasse erzielt. Das Bundesversicherungsamt bleibt insoweit bei seiner Auffassung, dass die Dauer der Unterbrechung der Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung keine Rolle spielt. War zu Beginn der Versicherungspflicht die Bindungsfrist von 18 Monaten aufgrund der zurückliegenden früheren Mitgliedschaft bereits erfüllt, ist eine Kündigung zum Ende des übernächsten Monats möglich. Ist die Bindungsfrist nicht erfüllt, kann eine Kündigung frühestens zu ihrem Ablauf erfolgen.

Herabsetzung freiwilliger Beiträge gem. § 240 Abs. 4 Satz 3 SGB V

Durch das GKV-WSG hat der Gesetzgeber die Möglichkeiten der Krankenkassen gestärkt, für einkommensschwache Selbständige bei der Beitragsbemessung niedrigere Einnahmen als solche in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (BBG 2007: 42 750 €jährlich) zugrunde zu legen.

Die Versicherungsträger haben seit dem 1. April 2007 in ihrer Satzung zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen niedrigere Einnahmen – jedoch nicht weniger als der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße (2007: 40,83 € kalendertäglich bzw. 1 225,00 € monatlich) – zugrunde gelegt werden können (§ 240 Abs. 4 Satz 3 SGB V; sog. Härtefallregelung). Regelmäßig berücksichtigen die Krankenkassen dabei das Einkommen und das Vermögen von Personen, die mit dem Mitglied in einer Bedarfsgemeinschaft leben.

Diese neue Möglichkeit einer Beitragsbemessung auf einem herabgesetzten Niveau ist auf großes Interesse bei den Versicherten gestoßen. Noch bevor entsprechende Satzungsregelungen von den Kassen erarbeitet und diese genehmigt werden konnten, lagen bereits Anträge von Mitgliedern

vor, die von einer Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage profitieren wollten. Nachdem die Krankenkassen in diesen Fällen zunächst eine Absenkung mangels Satzungsregelung versagten, erreichten uns zahlreiche Beschwerden. Bei ihrer Bearbeitung war zu klären, zu welchem Zeitpunkt bei bereits nach bisherigen Bestimmungen eingestuften freiwilligen Mitgliedern die nunmehr niedrigere Bemessungsgrundlage zugrunde zu legen ist. Fraglich war insoweit, ob die Beitragsermäßigung im Monat der Antragstellung oder erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann.

Grundsätzlich setzt die Anwendung einer niedrigeren Beitragsbemessungsgrundlage im Rahmen der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder den Nachweis tatsächlich niedrigerer Einnahmen voraus (§ 240 Abs. 4 Satz 5 SGB V). Bei einem Nachweis erfolgt die Änderung dann erst zum ersten Tag des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats.

Auch die sog. Härtefallregelung kommt nur zur Anwendung, wenn der Personenkreis der hauptberuflich Selbständigen, der eine noch stärkere als bislang vorgesehene Beitragsermäßigung begehrt, nachweislich weniger als nach der Beitragsbemessungsgrenze unterstellt, verdient. Von dieser Beitragsentlastungsregelung, die in der Regel nicht mehr zu einer kostendeckenden Beitragszahlung führt, sollen nur tatsächlich bedürftige Selbständige profitieren können, die dies auch nachweisen können. Das Bundesversicherungsamt vertritt daher die Auffassung, dass nach Sinn und Zweck der neuen Beitragsermäßigungsregelung sowie unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten hinsichtlich des Personenkreises der freiwillig Versicherten daher auch bei Anträgen nach § 240 Abs. 4 Satz 3 SGB V eine Ermäßigung der

Beitragsbemessungsgrundlage erst im Monat nach der Vorlage des Nachweises zulässig ist. Frühester Zeitpunkt der Beitragsermäßigung ist der erste Tag nach dem Monat der Antragstellung, selbst wenn das niedrigere Einkommen nachweislich bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorlag, da der Antrag eine materiellrechtliche Voraussetzung darstellt. Um eine einheitliche Verfahrensweise bei der auch wettbewerblich bedeutsamen Frage sicherzustellen, haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder diese Frage auf der Aufsichtsbehörden tagung im November 2007 behandelt und teilen im Ergebnis die Bewertung des Bundesversicherungsamtes.

Weitergewährung des Differenzleistungsanspruchs für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Durch das GKV-WSG wurde umfassende Wählbarkeit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Knappschaft-Bahn-See eröffnet. Auf Grundlage der Verordnung war die DRV Knappschaft-Bahn-See über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung berechtigt, bestimmten Versichertengruppen gegen Entrichtung eines Zusatzbeitrages Mehrleistungen zu gewähren.

Von dieser Ermächtigung hatte die Krankenkasse umfassend Gebrauch gemacht. Durch Satzungsregelungen wurde einem bestimmten Personenkreis für den Fall der Krankenhausbehandlung ein Anspruch auf Unterbringung in einem Zweibettzimmer und Behandlung durch den leitenden Arzt eingeräumt.

Ohne eine entsprechende Satzungsregelung räumte die DRV Knappschaft-Bahn-

See solchen Ehegatten und Kindern, die selbst Mitglied einer (anderen) Krankenkasse waren, diese Mehrleistung ein, wenn sie „dem Grunde nach“ die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllten. Die allgemeinen Krankenhausleistungen wurden dabei von der zuständigen Krankenkasse des Ehegatten oder des Kindes getragen. Die Kosten für die darüber hinausgehenden (Mehr-) Leistungen erbrachte die DRV Knappschaft-Bahn-See als sog. Differenzleistung.

Das Bundesversicherungsamt vertrat die Auffassung, dass es u.a. aufgrund der vielfältigen Änderungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung eine Berechtigung für den Differenzleistungsanspruch mittlerweile nicht mehr gebe und dieser daher zu beenden sei. Um Härtefälle zu vermeiden und z.T. jahrzehntelanges Vertrauen auf diese Leistungen zu schützen, genehmigten wir der DRV Knappschaft-Bahn-See eine spezielle Satzungsregelung, die noch vor dem 1. April 2007 in Kraft trat. Darin wird denjenigen Differenzleistungsberechtigten, die selbst als Mitglied der DRV Knappschaft-Bahn-See pflichtversichert sind, ohne zum Kreis der originär Mehrleistungsberechtigten zu gehören, ein solcher eigenständiger Mehrleistungsanspruch (Zweibettzimmer, Behandlung durch den leitenden Arzt) gegen eine entsprechende Beitragszahlung angeboten.

Nachdem das Bundesministerium für Gesundheit es für allerdings verfassungsrechtlich geboten hält, darüber hinaus auch jene differenzleistungsberechtigten Ehegatten und Kinder, die Mitglied einer anderen Krankenkasse sind, in den Vertrauensschutz einzubeziehen, tolerieren wir die Weitergewährung der Differenzleistungen an diesen Personenkreis ebenfalls.

Gründung privatrechtlicher Servicegesellschaften im BKK-Bereich

Die zum 1. Januar 2009 bevorstehende Auflösung der bisherigen Spitzen- bzw. Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und deren Umwandlung in Gesellschaften bürgerlichen Rechts hat die Verbände bzw. die Kassen veranlasst, Dienstleistungsunternehmen zu gründen. Diese Unternehmen sollen zentrale Dienstleistungen, die bisher der Bundesverband übernommen hat und für die der neu gegründete Spitzenverband Bund der Krankenkassen nicht zuständig ist, weiterführen.

SPECTRUM | K GmbH

137 Betriebskrankenkassen und die acht Landesverbände der Betriebskrankenkassen haben unter Federführung ihres Bundesverbandes am 17. Dezember 2007 die SPECTRUM | K GmbH gegründet. Gegenstand des Unternehmens ist die Interessenvertretung der Betriebskrankenkassen und deren Landesverbände (Gesellschafter). Im Einzelnen handelt es sich vor allem um die Interessenvertretung auf folgenden Gebieten: Politik, Informationsmanagement, rechtliche Fragestellungen (Unterstützung der Gesellschafter in Rechtsangelegenheiten sowie deren Vertretung gegenüber Behörden, Gerichten und sonstigen Dritten), Unterstützung der Gesellschafter in Fragen der Finanz- und Wettbewerbsanalysen sowie des Risikostrukturausgleichs, Vertrags- und Beschaffungsmanagement und Unterstützung der Gesellschafter in Fragen des Versicherungsmanagements. Darüber hinaus erbringt die Gesellschaft Dienstleistungen zur Förderung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Gesellschafter.

Der Unternehmensgründung vorangegangen war eine intensive Diskussion des federführenden BKK-Bundesverbandes mit den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder. Die Aufsichtsbehörden unterstützten das Vorhaben, forderten bei der Auslegung des Gesellschaftsvertrages jedoch die Beachtung folgender Hinweise:

- Betriebskrankenkassen, die nicht Gesellschafter sind, dürfen nicht von den Leistungen der Gesellschaft ausgeschlossen werden, die bislang der BKK-Bundesverband oder ihr Landesverband erbracht haben. Eine Inanspruchnahme dieser Leistungen über den Landesverband muss gewährleistet bleiben. Im Vordergrund stehen dabei die Leistungsangebote der GmbH, die über eine Umlage der beteiligten Landesverbände finanziert werden. Davon zu unterscheiden sind nutzerfinanzierte Leistungen der GmbH, die sich ausschließlich an Gesellschafter richten.
- Die zusätzliche Beteiligung einer Betriebskrankenkasse, die Gesellschafterin dieser GmbH ist, an einer anderen Gesellschaft kann nicht als Verletzung der gesellschaftsvertraglichen Treuepflicht angesehen werden. Das ermöglicht den Betriebskrankenkassen, ihre Dienstleistungen aus wirtschaftlichen Gründen auch bei anderen Gesellschaften einzukaufen, ohne dass hierdurch ihre Beteiligung an der SPECTRUM | K GmbH in Frage gestellt wird.

GWQ ServicePlus AG

Als weiteres Service-Unternehmen für gesetzliche Krankenkassen haben mehrere Betriebskrankenkassen am 15. November 2007 die GWQ ServicePlus AG gegründet, an der inzwischen achtzehn Betriebskrankenkassen beteiligt sind. Im Gegensatz zur SPECTRUM | K GmbH richtet sich das Leistungsangebot dieser Aktiengesellschaft ausschließlich an Krankenkassen; Krankenkassenverbände sind vom Aktienerwerb ausgeschlossen. Die Aktiengesellschaft will fachliche Dienstleistungen anbieten, Einkauf und Beschaffung gemeinschaftlich organisieren sowie Entwicklungsleistungen für die Bereiche Leistungs-, Versicherungs- und Versorgungsangebote erbringen.

Nachdem eine sogenannte Mitwirkungsinitiative das Vorhaben Anfang Oktober 2007 im Bundesversicherungsamt vorgestellt hatte, erfolgte ohne rechtzeitige weitere Beteiligung der Aufsichtsbehörden die notarielle Beurkundung des Satzungsentwurfs am 15. November 2007. Dieser Satzungsentwurf enthielt auch Regelungen, die vom Bundesversicherungsamt nicht akzeptiert werden konnten: Diese Satzungsbestimmungen betrafen insbesondere die Begrenzung des Zwecks der AG im Hinblick auf die gesetzliche Aufgabenstellung der Aktionäre (§ 30 SGB IV) sowie das aufsichtsrechtliche Prüf- bzw. Informationsrecht gegenüber der AG. Auf Veranlassung des Bundesversicherungsamtes hat der Aufsichtsrat der AG am 10. Dezember 2007 die erforderlichen Satzungsänderungen beschlossen und deren sofortige Beachtung zugesichert. Die Aktionäre haben auf ihrer ersten Hauptversammlung im Frühjahr 2008 diese Satzungsänderungen endgültig beschlossen.

1.4 Satzungsrecht

Wahltarife

Erwartungsgemäß nahmen Fragen zu den mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Wahltarife großen Raum ein. Für Krankenkassen, Versicherte, Leistungserbringer wie auch Aufsichtsbehörden bedeutete dies im Wesentlichen Neuland, entsprechend vorsichtig und zurückhaltend bewegten sich alle Beteiligten auf diesem noch unbekanntem Grund.

Um den Kassen Orientierungspunkte geben zu können, hatten sich die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder frühzeitig zusammengefunden, um auf eine Reihe von Fragen Antworten zu erarbeiten.

Bereits dabei zeigte sich, dass die gesetzlichen Regelungen Raum für unterschiedliche Interpretationen lassen. Daher hat das BVA bereits in seinem Rundschreiben vom März 2007 teilweise bereits einige Besprechungsergebnisse relativiert. Auch mit dem Rundschreiben war aber – wie sich sehr schnell herausstellte – das Thema keineswegs erschöpfend behandelt.

Immer wieder begegneten uns in der Genehmigungspraxis Satzungsansätze der Krankenkassen, die neue Auslegungsfragen aufwarfen.

Allgemein festzustellen war dabei, dass sich die Kassen zunächst auf die Wahltarife Selbstbehalt und Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit konzentrierten, während die Möglichkeiten Wahltarife zur Kostenerstattung oder die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen anzubieten noch zurückhaltender genutzt wurden.

Bevor auf bestimmte bei den einzelnen Wahlтарифen aufgetretene Fragen einge-

gangen wird, ist darauf hinzuweisen, dass alle Tarife sich zwingend „aus sich selbst“ finanzieren müssen. § 53 Abs. 9 SGB V fordert, dass die Aufwendungen für jeden Tarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden.

Bei allen Gestaltungsmöglichkeiten, die den Krankenkassen durch die Wahltarife eröffnet sind, ist ihnen dadurch eine Grenze gezogen. Der Anreiz die Wahltarife wettbewerblich zu nutzen, ist verringert worden.

Auch für das BVA als Aufsichtsbehörde ist das Verbot der Quersubventionierung von zentraler Bedeutung. Zunächst deshalb, weil die Kassen – laut Gesetz mindestens alle drei Jahre – Rechenschaft über die Einhaltung des Finanzierungsgebotes der Wahltarife abzulegen haben. Das BVA hält es darüber hinaus für geboten, eine solche Rechenschaftslegung erstmals bereits nach Ablauf eines Jahres zu verlangen. Damit soll ein zeitnaher Überblick über die angebotenen Wahltarife sichergestellt werden.

Vor einer Genehmigung eines Wahlтарифs fordern wir darüber hinaus von den Krankenkassen die Vorlage einer Plausibilitätsdarstellung, die die Annahme der Wirtschaftlichkeit der Tarife zumindest nachvollziehbar erscheinen lässt. Außerdem wird von den Kassen auch eine Mitteilung dazu erwartet, dass und wie sie die notwendigen organisatorischen Maßnahmen – etwa im Rechnungswesen – ergreifen, um die Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzungen zu gewährleisten.

Schließlich versehen wir die Genehmigungsbescheide ausdrücklich mit dem Vorbehalt des Widerrufs. Diese Nebenbe-

stimmung soll uns ermöglichen, je nach Ergebnis des Rechenschaftsberichts die erteilte Genehmigung zu widerrufen.

Zu den Wahltarifen im einzelnen ergaben sich folgende Feststellungen:

- **Selbstbehalt**

Nach § 53 Abs. 1 SGB V können die Krankenkassen in ihren Satzungen vorsehen, dass jedes Mitglied jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten selbst trägt. In den Satzungen ist auch die Höhe der Prämienzahlungen vorzusehen.

Ein Streitpunkt war im Zusammenhang mit dieser Regelung die Frage, ob alle Leistungen, die ein Versicherter in Anspruch nimmt auf seinen Selbstbehalt anzurechnen sind. Anders als beim Wahltarif „Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit“ enthält die gesetzliche Regelung keine Ausnahmen. Dennoch akzeptieren wir Satzungsregelungen, die Leistungen der Früherkennung und Prävention nicht anrechnen, da nach der in anderen Regelungen zum Ausdruck gebrachten Intention des Gesetzgebers Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen besonders gefördert und ihre Rolle zum Teil noch stärker betont werden. Auch wurde eine Anrechnung dieser Leistungen auf den Selbstbehalt eine Ungleichbehandlung mit der Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit bedeuten, die sachlich nicht angezeigt erscheint. Diese Verfahrensweise entspricht im übrigen der Praxis der Vorgängerregelung. Unberücksichtigt bleiben auch Vorsorgeleistungen während

der Schwangerschaft im Sinne der Mutterschafts-Richtlinien, da diese Vorsorgeleistung auch bei § 53 Abs. 2 SGB V nicht angerechnet werden.

Eine weitere Ausnahme bildet die Inanspruchnahme von vertragsärztlichen/vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Verordnungsfolgen, weil diese durch die Kopfpauschale gegenüber der KV bzw. KZV abgegolten sind. Auch bei Mitgliedern, die Kostenerstattung gewählt haben, bleiben diese vertrags-(zahn-)ärztlichen Leistungen außer Ansatz, es sei denn, dass Mehrkosten gegenüber der Kopfpauschale entstehen.

Weitere Ausnahmen wie etwa Verordnung von Kontrazeptiva, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, haben wir nicht genehmigt, da es hierfür keinerlei gesetzliche Ansatzpunkte gibt.

Kontroversen gibt es mit Kassen zur Frage, ob in Anspruch genommene Leistungen mit ihren tatsächlichen Kosten vollständig auf den Selbstbehalt anzurechnen sind, oder ob die Kassen (mehr oder weniger realistische) Pauschalbeiträge ansetzen dürfen. Bereits nach seinem Wortsinn bedeutet Selbstbehalt, dass man die Kosten bis zu einer festgelegten Grenze „selbst behält“, also vollständig selbst trägt. Unabhängig von den tatsächlichen Kosten festgelegte Pauschalen lassen sich damit nicht vereinbaren. Das BVA akzeptiert daher Leistungspauschalen nicht. Erwartungsgemäß sind zu dieser Frage bereits Klageverfahren anhängig.

Eine Ausnahme gilt für Krankenhausbehandlungen im Ausland. De-

ren Kosten stehen oftmals zunächst nicht fest; Abrechnungen dauern nicht selten mehrere Jahre. Hier haben wir daher um diesen Schwierigkeiten im Interesse der Versicherten zu begegnen angemessene Pauschalen akzeptiert.

Eine weitere Ausnahme gilt bei Inanspruchnahme von ärztlichen/zahnärztlichen Leistungen, die durch die Kopfpauschale abgedeckt sind. In diesen Fällen können die Kassen in ihren Satzungen zusätzliche Pauschalen vorsehen, um Steuerungseffekte zu ermöglichen.

Die Möglichkeit zur Wahl eines Selbstbehalttarifs kann im Rahmen der Satzungsautonomie der Kassen im Übrigen an weitere sachgerechte Voraussetzungen gebunden und damit eingeschränkt werden, etwa durch Beschränkung auf freiwillig versicherte Mitglieder oder durch Koppelung an die Wahl der Kostenerstattung.

- **Prämie für Nichtinanspruchnahme von Leistungen**

Die Krankenkassen können ihren Versicherten in der Satzung Prämienzahlungen anbieten, wenn sie im Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen haben.

In § 53 Abs. 2 Satz 3 sind bestimmte Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen als unschädlich für die Prämienzahlung benannt.

Über die ausdrücklich genannten Leistungen hinaus haben wir wie beim Selbstbehalt auch Vorsorgeleistungen während der Schwangerschaft im Sinne der Mutterschafts-Richtlinien als für die Prämienzahlung unschädlich akzeptiert. Darüber hinaus können die

Krankenkassen in ihrer Satzung auch Leistungsinanspruchnahmen der Zahnprophylaxe nach § 55 Abs. 1 SGB V als unschädlich für die Prämienzahlung bestimmen.

Für genehmigungsfähig halten wir auch den gegenseitigen Ausschluss von Tarifen nach § 53 Abs. 1 und § 53 Abs. 2, wenn er auch nicht zwingend ist.

Ein gegenseitiger Ausschluss vermeidet die Folge, dass bei Leistungsfreiheit zwangsläufig Prämien aus beiden Tarifen zu zahlen sind und ist daher unter dem Aspekt der Finanzierbarkeit der Tarife sinnvoll.

- **Besondere Versorgungsformen – § 53 Abs. 3**

§ 53 Abs. 3 SGB V sieht für spezielle Versorgungsformen besondere Tarifgestaltungen vor, die von den Krankenkassen anzubieten sind.

Diese Tarife bereiteten bislang wenig Schwierigkeiten. Eine Notwendigkeit von Wahltarifen der besonderen Versorgungsformen ergibt sich dann, wenn die Krankenkasse entsprechende Grundangebote unterbreitet. Zwingend ist ein Grundangebot nur bei der hausarztzentrierten Versorgung. Die anderen Versorgungsformen sind keine Pflichtleistungen der Kassen – ein diesbezüglicher Wahltarif ist insoweit nicht zwingend. Die Frage, ob Krankenkassen für eine Teilnahme an jeder Versorgungsform Prämienzahlungen/Zuzahlungsermäßigungen

zwingend vorsehen müssen, haben wir verneint. Soll eine Bonifizierung erfolgen, können die Kassen

entweder selbst entscheiden, ob sie eine Prämienzahlung oder eine Zahlungsermäßigung gewähren wollen. Sie können diese Entscheidung aber auch der Wahl der Versicherten überlassen. Die Entscheidung kann bei den jeweiligen Versorgungsformen unterschiedlich ausfallen.

- **Kostenerstattung – § 53 Abs. 4**

Größere Probleme bereitete die Regelung zu den Tarifen für Kostenerstattung, auch wenn dafür noch nicht viele Kassen eine Satzungs-genehmigung beantragt haben.

Bei der Genehmigung von Wahl-tarifen gehen wir davon aus, dass die Regeln der Kostenerstattung Anwendung finden, denn bis auf § 13 Abs. 2 Sätze 2-4, die die Informationspflichten des Versicherten gegenüber der Kasse und der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten regeln, ist die Geltung der allgemeinen Kostenerstattungsregelung nicht ausgenommen. Teilweise wurde von den Kassen argumentiert, § 13 würde im Rahmen der Wahl-tarife ohnehin nicht gelten. Diese Begründung überzeugte uns jedoch nicht, denn in diesem Fall wäre auch eine ausdrückliche Entscheidung zur Nichtgeltung einzelner Regelungen des § 13 nicht erforderlich gewesen.

Die Geltung des § 13 führt dazu, dass die Wahl-tarife nur auf Leistungsbereiche, die in § 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V genannt sind, begrenzt werden können, also auf die ärztliche Versorgung, zahnärztliche Versorgung, stationäre Versorgung. Damit scheidet Wahl-tarife, die eine Kostenerstattung für bestimmte

Einzelleistungen vorsehen aus. Entsprechend haben wir Regelungen, die eine Kostenerstattung nur für Zahnersatz oder allein für Chef-arztbehandlung oder 2-Bett-Zimmer vorsehen, nicht genehmigt. Im Zusammenhang mit der Problematik der Geltung des § 13 im Rahmen des Wahl-tarifs nach § 53 Abs. 4 stellte sich die Frage, welche Bindungsfrist für den Wahl-tarif gilt. Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 12 SGB V ist der Versicherte an die Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden, während bei den Wahl-tarifen nach § 53 Abs. 4 eine Mindestbindung von drei Jahren gilt.

Wir vertreten die Auffassung, dass insoweit die speziellere Regelung des Wahl-tarifs, also die 3-jährige Bindungsfrist an den Kostenerstattungstarif, Anwendung findet.

Im Zusammenhang mit der Kostenerstattung stellte sich uns auch die Frage, ob Angebote im Rahmen der Kostenerstattung, die über die Sachleistung hinausgehen, etwa Zahlung des 2,3fachen GOÄ-Satzes im Rahmen der Gesamtvergütung ausgerechnet werden können. Wir haben dies verneint.

- **Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen**

Wahl-tarife zur Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die von der Versorgung ausgeschlossen sind, wurden uns bislang noch nicht in nennenswerter Anzahl vorgelegt.

Die zu klärenden Fragen beschränkten sich im wesentlichen darauf, ob die Arzneimittel von ei-

nem zugelassenen Arzt verordnet werden müssen, was wir bejaht haben. Sowie darauf, ob die Kasse bei Nichtzahlung der Prämie von dem Versicherten Säumniszuschläge erheben kann. Da es sich bei den vom Versicherten zu zahlenden Prämien nicht um Beiträge im Sinne des § 24 SGB IV handelt, es demzufolge an einer ausdrücklichen Rechtsgrundlage für die Erhebung von Säumniszuschlägen fehlt, war diese Frage zu verneinen.

- **Laufzeit/Mindestbindung – § 53 Abs. 8**

Das Gesetz regelt ausdrücklich nur die Mindestbindungsfrist von 3 Jahren und den damit verbundenen Kündigungsausschluss der Mitgliedschaft.

Unklar war zunächst, ob dies bedeutet, dass die Laufzeit des Tarifs auf 3 Jahre begrenzt ist, ob Verlängerungen statthaft sind oder der Tarif von vornherein auf eine unbestimmte Laufzeit ausgerichtet ist.

Wir halten alle Alternativen für zulässig, allerdings muss die Kasse in der Satzung hierzu eindeutige Satzungsregelungen treffen. Dem Versicherten muss von vornherein klar sein für wie lange er sich bindet und die Kündigung der Kassenmitgliedschaft ausgeschlossen ist.

Bei Änderungen der Tarifbedingungen (insbesondere der Prämienhöhe) endet die Bindung des Mitglieds an den gewählten Tarif nicht automatisch. Die Veränderung berechtigt grundsätzlich aber zur Kündigung. Kündigt der Teilnehmer nicht, gelten die geänderten Tarifbedingungen fort.

Wir halten es allerdings für zulässig, wenn die Kasse in ihrer Satzung das Kündigungsrecht ausschließt, für den Fall, dass die Prämienhöhe eine festgelegte Bagatellegrenze nicht überschreitet. Voraussetzung ist aber, dass die Kündigungsbeschränkung sich eindeutig und zweifelsfrei aus der Satzung ergibt.

- **Prämienhöchstbetrag**

Die anfänglichen Unklarheiten über die Höhe der von der Krankenkasse an die Mitglieder zu zahlenden Prämien sind geklärt. Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs darf die Prämie höchstens 20 v. H. der maßgeblichen Beiträge bzw. 600.- € betragen. Bei Inanspruchnahme von mehr als einem Wahltarif darf die Prämie 30 v. H. der getragenen Beiträge bzw. 900 € betragen.

- **„Fusion“ der Knappschaft-Bahn-See mit der Seekrankenkasse (Eingliederung)**

Die für die Eingliederung der Seekrankenkasse in die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See (DRV KBS) gem. § 165 Abs. 4 SGB V zu treffende Vereinbarung über die Eingliederung der Seekrankenkasse in die DRV KBS sowie das Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur wurden am 27. Dezember 2007 mit Wirkung für die Eingliederung zum 1. Januar 2008 genehmigt.

Gemäß § 283 Abs. 1 Satz 3 SGB V wurde ein eigener Sozialmedizinischer Dienst der DRV KBS am Standort Hamburg eingerichtet, indem Mitarbeiter des Seeärztlichen

Dienstes der See Berufsgenossenschaft dorthin übergeleitet wurden. Die im Zusammenhang mit der Organisations- und Personalstruktur anfänglichen Schwierigkeiten bezogen auf die Zuordnung des Personals zur See-Krankenkassen bzw. zum Sozialmedizinischen Dienst, die Mitarbeiter der See-Berufsgenossenschaft waren, wurden letztlich sachgerecht gelöst.

1.5 Strukturierte Behandlungsprogramme

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programms – DMP) verfolgen das Ziel, die Behandlungs- und Betreuungsprozesse chronisch Kranker über die Grenzen der einzelnen Versorgungssektoren hinweg zu koordinieren und auf der Grundlage medizinischer Evidenz zu optimieren. Dadurch sollen insbesondere Folgeerkrankungen vermieden und eine effektivere und wirtschaftlichere Versorgung gewährleistet werden. Rechtsgrundlage für die 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 Zulassungsvor-

aussetzungen 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).

Zum Ende des Jahres 2007 waren insgesamt 17.226 strukturierte Behandlungsprogramme zugelassen. Die Gesamtzahl der im Jahre 2007 erteilten Zulassungen beläuft sich auf 8.580. Hiervon entfallen 1.910 Bescheide auf die Verlängerung von Programmzulassungen (Wiederzulassungen). Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass sich der Zulassungszeitraum für eine Vielzahl bereits laufender strukturierter Behandlungsprogramme infolge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ab dem 1. April 2007 um bis zu zwei weitere Jahre auf höchstens fünf Jahre verlängert hat. Näheres zu den Zulassungszahlen sowie zur Zahl der in ein Disease-Management-Programm eingeschriebenen Versicherten ist aus der nachfolgenden Übersicht zu entnehmen:

Indikation	laufende Programme in 2007	erteilte Zulassungen in 2006	erteilte Zulassungen in 2007	eingeschriebene Versicherte zum 31.12.2007
DM Typ 2	3.341	2.042	865	rd. 2.563.000
DM Typ 1	2.384	1.109	1.233	rd. 82.000
Brustkrebs	2.966	1.316	937	rd. 93.000
KHK	3.072	1.685	595	rd. 1.116.000
Asthma	2.741	182	2.559	rd. 228.000
COPD	2.722	330	2.391	rd. 197.000
insgesamt	17.226	6.664	8.580	rd. 4.279.000

Das GKV-WSG führt zu weiteren Verfahrensvereinfachungen, z.B. bei den Einschreibevoraussetzungen und den Mitwirkungspflichten für die teilnehmenden Versicherten.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 wird der bisherige Ausgleich der erhöhten standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen für DMP-Versicherte im Risikostrukturausgleich entfallen. Zur Förderung der Disease-Management-Programme erhalten die Krankenkassen stattdessen aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen (sog. Programmkostenpauschale, § 270 Absatz 1 Buchstabe b) SGB V in der Fassung ab 1. Januar 2009). Die Höhe der Programmkostenpauschale soll durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt werden.

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung

2.2 Eingabenstatistik

2.3 Eingaben

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung

Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung

Die folgenden Tabellen 1 und 2 zeigen die Gesamteinnahmen und den Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung für das Jahr 2007 und die Veränderung gegenüber den Vorjahreswerten:

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2007	
EINNAHMEN	Beträge in Mio. €
Beitragseinnahmen	17.958
Summe der sonstigen Einnahmen	163
Einnahmen insgesamt	18.121
AUSGABEN	Beträge in Mio. €
Leistungsausgaben	17.537
Verwaltungskosten	624
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	270
Sonstigen Ausgaben	7
Ausgaben insgesamt	18.438
Jahresfehlbetrag	-317
Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung Vergleich 2007 zu 2006	
EINNAHMEN	Veränderungen in v.H.
Beitragseinnahmen	-2,17
Summe der sonstigen Einnahmen	26,22
Einnahmen insgesamt	-1,97
AUSGABEN	Veränderungen in v.H.
Leistungsausgaben	2,31
Verwaltungskosten	0,80
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	-0,18
Sonstigen Ausgaben	0,71
Ausgaben insgesamt	2,23

Quelle: Statistiken PVM und PS

Im Jahr 2007 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Fehlbetrag in Höhe

von rund 317 Mio. € Ein Vergleich mit dem Überschuss des Vorjahres in Höhe von rd. 451 Mio. € ist nicht aussagekräftig, da das Jahr 2006 infolge der Verschiebung der Fälligkeit des Gesamtsozialversicherungsbeitrages (§ 119 SGB IV) rechnerisch einen „13. Beitragsmonat“ enthielt. Ein Vergleich mit dem Jahr 2005, in dem ein Fehlbetrag in Höhe von rd. 365 Mio. € erzielt wurde, zeigt jedoch, dass eine leichte konjunkturbedingte Erholung eingetreten ist.

Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben, Verwaltungskosten, Kosten des Medizinischen Dienstes und sonstige Ausgaben) der sozialen Pflegeversicherung betragen rd. 18,44 Mrd. €, was einem Anstieg in Höhe von 2,23 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht. Hiervon entfallen auf die Leistungsausgaben rd. 17,54 Mrd. €, was eine Veränderung von +2,31 Prozent gegenüber dem Vorjahr bedeutet.

Diesen Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von ca. 18,12 Mrd. € gegenüber, was zwar einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr von 1,97 Prozent darstellt, der aber aus dem Basiseffekt der Fälligkeitsverschiebung im Jahr 2006 resultiert. Die Gesamteinnahmen umfassen neben den Beitragseinnahmen der Pflegekassen auch die Beiträge, die unmittelbar an den Ausgleichsfonds gezahlt werden (z.B. pauschale Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistende nach § 20 Abs. 1 und 3 SGB XI i.V.m. § 193 SGB V), sowie Zinseinnahmen und sonstige Einnahmen. Die Gesamtbeitragseinnahmen haben sich gegenüber dem Vorjahr um rd. 2,17 Prozent auf rd. 17,96 Mrd. € reduziert. Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen sanken um rd. 2,72 Prozent, die des Ausgleichs-

fonds stiegen geringfügig um rd. 0,22 Prozent.

Der sich bei einem Vergleich mit dem Jahr 2006 ergebende negative Basiseffekt relativiert sich bei einem Vergleich der Gesamtbeitragseinnahmen mit denen des Jahres 2005. Im Zweijahresdurchschnitt ergibt sich eine durchschnittliche Steigerung um rd. 1,67 Prozent.

Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung

Der Zweck des Finanzausgleiches nach §§ 66 ff. SGB XI besteht darin, bei den Pflegekassen, deren monatliche Leistungsausgaben und sonstige Ausgaben die Beitragseinnahmen und sonstige Einnahmen übersteigen, die Betriebsmittel und gegebenenfalls die Rücklage aufzufüllen. Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand insgesamt rd. 8,2 Mrd. € an diese Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 0,68 Mrd. €

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

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

Im Jahr 2007 wurde wieder für das vorangegangene Kalenderjahr 2006 ein erweiterter Jahresausgleich in der sozialen Pflegeversicherung nach § 68 SGB XI durchgeführt. Mit Hilfe dieses Verfahrens sollen sachliche und rechnerische Fehler, welche unterjährig im monatlichen Ausgleichsverfahren nach § 67 SGB XI nicht berücksichtigt wurden, korrigiert werden.

Im Rahmen des Jahresausgleichs für das Jahr 2006 wurde bei einer Pflegekasse ein Korrekturbetrag festgesetzt und von dieser im Vordruck P bereinigt.

Entwicklung des Mittelbestandes

Die Liquiditätsreserve – oder auch Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung -, die sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen zusammensetzt, betrug zum Jahresbeginn rd. 3,396 Mrd. € Innerhalb des Jahres 2007 reduzierte sich die Liquiditätsreserve bis zum Jahresende auf rd. 3,077 Mrd. €

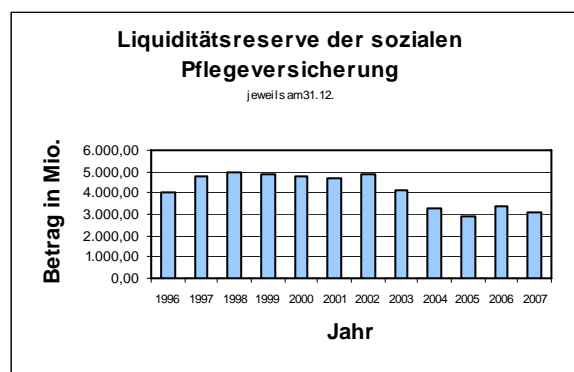


Tabelle 4: Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung in Mio. €	
1996	4.017 €
1997	4.804 €
1998	4.928 €
1999	4.889 €
2000	4.769 €
2001	4.702 €
2002	4.864 €
2003	4.171 €

2004	3.311 €
2005	2.945 €
2006	3.396 €
2007	3.077 €

Stichtag: jeweils 31.12. des Jahres

Ausblick

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

Die im Jahr 2006 aufgrund der Fälligkeitsverschiebung erzielten Mehreinnahmen und der dadurch ermöglichte Überschuss sind im Jahr 2007 entfallen, so dass wieder das grundsätzlich bestehende strukturelle Defizit sichtbar geworden ist. Die im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung geplante Erhöhung der Beitragssätze für Kindererziehende und für Nicht-Kindererziehende um jeweils 0,25 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen wird voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte 2008 zu Beitragsmehreinnahmen in Höhe von rd. 1,3 Mrd. € führen. Davon sind allerdings zusätzliche Leistungsausgaben in Höhe von rd. 0,5 Mrd. € zu bestreiten; zudem ist das bis dahin aufgelaufene Defizit des ersten Halbjahres ausgleichen. Wie das Ergebnis am Ende des Jahres 2008 sein wird, hängt somit von verschiedenen Faktoren, insbesondere aber von der konkreten Umsetzung der Reform und nicht zuletzt von der weiteren konjunkturellen Entwicklung ab. Vorerst sind jedoch aller Voraussicht nach wieder Überschüsse zu erwarten, aus denen die für die nächsten Jahre die geplanten Leistungsverbesserungen zu finanzieren sind.

2.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
PV	169

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

2.3 Eingaben

Erforderlichkeit von Wiederholungsgutachten gem. § 18 Abs. 2 SGB XI

Im Rahmen der Aufsichtsführung des Bundesversicherungsamtes fiel vermehrt auf, dass Termine zur Wiederholungsbegutachtung eines pflegebedürftigen Menschen nicht vom jeweiligen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorgegeben worden waren. In diesen Fällen haben auch die Pflegekassen keine Wiederholungsuntersuchungen durch den MDK veranlasst.

Weiterhin beobachteten wir eine steigende Anzahl von Erst- und Wiederholungsuntersuchungen, die nicht in häuslicher Umgebung durchgeführt wurden. Der MDK verfasste die Gutachten lediglich nach Aktenlage und somit allein auf der Grundlage anderweitiger ärztlicher Unterlagen.

Diese Vorgehensweisen stehen nicht in Einklang mit dem Gesetz, da gemäß § 18 Abs. 2 Satz 1 SGB XI der MDK den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen hat und das Gesetz auch Wiederholungsuntersuchungen in angemessenen Zeitabständen vorsieht (§ 18 Abs. 2 Satz 5 SGB XI).

Wiederholungsgutachten sollten bei pflegebedürftigen Kindern spätestens nach zwei Jahren, sofern nicht ohnehin eine Empfehlung in Form eines geringeren Abstandes abgegeben wurde, in den sonstigen Fällen spätestens jedoch fünf Jahre nach

einer vorausgehenden Untersuchung erfolgen.

Das Gutachten des MDK stellt die wesentliche Grundlage für die Leistungsentscheidung der Pflegekasse dar: Neben der Feststellung der medizinischen Leistungsvoraussetzungen dient es auch dazu, die tatsächlichen Verhältnisse in der Pflegesituation zu erheben und abzubilden.

Vor ihrer Leistungsentscheidung hat die Pflegekasse das Gutachten auf dessen Vollständigkeit, rechnerische und inhaltliche Schlüssigkeit sowie Plausibilität hin zu prüfen. Bei einer bloßen Begutachtung nach Aktenlage sind den erforderlichen Schlüssigkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen der Gutachten oft Grenzen gesetzt. Eine Einschätzung des Pflegebedarfes allein nach Aktenlage, also ohne hinreichende Anlehnung an die Vorgaben aus dem vollständigen Formulargutachten und ohne eigene, körperliche Untersuchung des Antragstellers, verkürzt überdies den Informationsgehalt für die Pflegekassen beispielsweise auch im Hinblick auf die Beurteilung der Rahmenbedingungen für die Pflege, etwaiger Defizite in der Pflegesituation, eines etwaigen Rehabilitationspotentials sowie eventuell angezeigter Verbesserungen in der Pflegesituation.

Sowohl die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 21. März 1997 in der Fassung vom 22. August 2001 und vom 11. Mai 2006 als auch die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi) vom 7. November 1994 in der Fassung vom 22. August 2001 und vom 11. Mai 2006 enthalten Vorgaben

bezüglich der Art und Weise der Durchführung der Untersuchung und der Erforderlichkeit ihrer Wiederholung. Als allgemeine Verwaltungsvorschriften binden sie die Pflegekassen und den MDK und sollen bundesweit eine einheitliche Beurteilungspraxis sicherstellen.

So sehen die Begutachtungs-Richtlinien entsprechend § 18 SGB XI vor, dass Erst- und Wiederholungsbegutachtungen regulär im Wohnbereich des Antragstellers durchzuführen sind, und charakterisieren die Begutachtung nach Aktenlage als Ausnahmefall. Nach den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien sind Wiederholungsbegutachtungen in angemessenen Zeitabständen nach Lage des jeweiligen Einzelfalles angezeigt. Die jeweilige Pflegekasse hat daher die erneute Begutachtung in Anlehnung an die Terminvorgabe des MDK zu veranlassen.

Nachdem wir festgestellt hatten, dass die Pflegekassen und/oder die Medizinischen Dienste die formalen Vorgaben aus den Richtlinien bezüglich der durchzuführenden Erst- und Wiederholungsbegutachtungen nicht immer beachtetten, hat das Bundesversicherungsamt die Problematik anlässlich der 71. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 7. bis 8. November 2007 in Stuttgart thematisiert.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder werden nach ihrem Beschluss weiterhin darauf hinwirken, dass die Pflegekassen die Vorgaben aus den Richtlinien beachten und die vorgelegten Gutachten auf deren Vollständigkeit, Schlüssigkeit und Plausibilität prüfen. Ein Augenmerk wird auch auf die gesetzes- und richtlinienkonforme Durchführung der Verfahren zur Erst- und Wiederholungsbegutachtung durch die Medizinischen Dienste gerichtet; dies gilt sowohl für das „Ob“ als auch das „Wie“ der Untersuchung.

3. UNFALLVERSICHERUNG

- 3.1 Altersvorsorgeverpflichtungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften
- 3.2 Eingabenstatistik
- 3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten
- 3.4 Aufsichtsprüfungen

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Altersvorsorgeverpflichtungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Im Rahmen der Modernisierung des Vermögensrechts der gesetzlichen Unfallversicherung beabsichtigt der Gesetzgeber, das bisherige Bilanzierungswahlrecht durch eine Verpflichtung zur Bildung von Altersrückstellungen sowie zum Aufbau des entsprechenden Deckungskapitals zu ersetzen. Um einen aktuellen Überblick über die Altersvorsorgeverpflichtungen zu erhalten, hat das Bundesversicherungsamt im Jahr 2007 eine Schwerpunktprüfung bei allen gewerblichen Berufsgenossenschaften durchgeführt.

Die Auswertungen zur Personalstruktur ergaben folgende Ergebnisse:

	31.12.2006	31.12.2002
DO-Angestellte	8.032	8.317
Tarifbeschäftigte	13.548	14.206
Aktive gesamt	21.580	22.523
Versorgungsempfänger	4.277	4.197
Rentner (Direktzusage)	49	0

Die zusätzliche betriebliche Altersversorgung für die Tarifbeschäftigten der gewerblichen Berufsgenossenschaften erfolgt grundsätzlich als Pflichtversicherung über die Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL). Bis Ende 2007 hatten zwei gewerbliche Berufsgenossenschaften ihre Mitgliedschaft in der VBL beendet. Die sich im Ruhestand befindlichen ehemaligen Tarifbeschäftigten dieser beiden Berufsgenossenschaften beziehen über den Durchführungsweg der Direktzusage unmittelbar Versorgungsleistungen ihres früheren Arbeitgebers. Im Mittelpunkt der Erhebungen des Bundesversicherungsamtes standen deshalb die mit den Beamten vergleichbaren Dienstordnungsangestellten

(DO-Angestellte), die ihre gesamte Altersversorgung von ihrer Berufsgenossenschaft erhalten.

Da für die Altersvorsorgeverpflichtungen in der Unfallversicherung ein Bilanzierungswahlrecht und keine Bilanzierungspflicht gilt (§ 12 Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung – SVRV), haben von den insgesamt 25 gewerblichen Berufsgenossenschaften (Stand: 2007) bislang vier keine Altersrückstellungen sowie entsprechendes Deckungskapital gebildet und zwei weitere Berufsgenossenschaften nur für die an ein ausgegliedertes Unternehmen überstellten DO-Angestellten. Ende 2006 hatten 21 gewerbliche Berufsgenossenschaften in ihrer Jahresrechnung Altersrückstellungen in einer Höhe von fast 565 Mio. € ausgewiesen. Damit hatte sich das Volumen gegenüber Ende 2002 (rund 79 Mio. €) mehr als versiebenfacht. Ende 2006 hatten diese Berufsgenossenschaften zudem ein Deckungskapital für die Altersrückstellungen in Höhe von fast 564 Mio. € aufgebaut; ein Vergleich zu den Vorjahren ist hier nicht möglich, weil erst mit dem Buchungsjahr 2006 eine eigene Buchungsstelle zur Erfassung des Deckungsvermögens eingerichtet wurde.

Nimmt eine Berufsgenossenschaft das Bilanzierungswahlrecht für die Ausweisung von Altersvorsorgeverpflichtungen in ihrer Jahresrechnung in Anspruch, bemisst sich der Höchstbetrag der Altersrückstellungen nach dem Barwert der Pensionsverpflichtungen. Der Barwert bezeichnet dabei den Betrag, der zum Bewertungsstichtag (z.B. 31. Dezember eines Jahres) im Mittel ausreicht, die zukünftigen Verpflichtungen zu erfüllen. Die Höhe des Barwertes berechnet sich nach den auf den Bewertungsstichtag abgezinsten und mit der Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme gewichteten

Auszahlungsbeträgen. Der zugrunde zu liegende Zinssatz hat sich nach den sozialversicherungsrechtlichen Rechnungslegungsvorschriften an den längerfristigen Kapitalmarktzinsen zu orientieren (so die Begründung zu § 12 SVRV, Bundesrat-Drucksache 998/98).

Nach den von den gewerblichen Berufsgenossenschaften vorgelegten versicherungsmathematischen Gutachten bzw. Eigenberechnungen belief sich auf dieser Kalkulationsbasis Ende 2006 der Rückstellungsbedarf für Altersvorsorgeverpflichtungen auf insgesamt fast 1,8 Mrd. € Damit betrug die Deckungslücke als Differenz zwischen dem Barwert der Pensionsverpflichtungen und den gebildeten Rückstellungen über 1,2 Mrd. € Dieser Wert ist aber als Mindestbetrag anzusehen:

- Bei sechs Berufsgenossenschaften lag ein versicherungsmathematisches Gutachten nicht vor und bei einer Berufsgenossenschaft waren die Daten des Gutachtens infolge des Erstellungsdatums (1996) nicht mehr verwertbar.
- In den Gutachten wurde nicht mit der durchschnittlichen langfristigen Kapitalmarktverzinsung (zwischen 4,0 und 4,5 Prozent), sondern mit einem Zinssatz zwischen 2,75 und 7,5 Prozent gerechnet. Eine versicherungsmathematische Faustformel besagt, dass eine Absenkung des Rechnungszinses um einen Prozentpunkt zu einer Erhöhung des Barwertes der Pensionsverpflichtung um fünfzehn Prozent führt.
- Teilweise liegen den Gutachten veraltete Sterbetafeln zugrunde (Richttafeln 1998 statt Richttafeln 2005 G).
- Bei den Berechnungen werden grundsätzlich Bezüge- und Versorgungserhöhungen nicht berücksichtigt.

Das Bundesversicherungsamt hat die gewerblichen Berufsgenossenschaften aufge-

fordert, die rechtlichen Vorgaben bei der Berechnung der Höhe der Altersvorsorgeverpflichtungen und bei der Bildung von Altersrückstellungen zu beachten. Im übrigen wird dieses Thema bei der Umsetzung des Unfallversicherungsmodernisierungsgesetzes (UVMG) eine gewichtige Rolle einnehmen.

3.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
UV	300

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten

Gefahrtarifangelegenheiten

Das Berichtsjahr war im Bereich der Gefahrtarifangelegenheiten vor allem von der Beratung der fusionierenden Berufsgenossenschaften geprägt. Die Zusammenführung von sehr unterschiedlichen Gefahrtarifen der Berufsgenossenschaften zu einem gemeinsamen Gefahrtarif anlässlich einer Fusion stellte dabei die Hauptaufgabe der Beteiligten dar. Dabei wurden die ersten gemeinsamen Gefahrtarife nach der Fusion der Berufsgenossenschaften in der Weise zusammengeführt, dass die Teile, die die Tarifstellen der bisherigen Zuständigkeitsbereiche enthielten, im wesentlichen so abgegrenzt verblieben wie zuvor. Ausgenommen wurden gegebenenfalls gleichartigen Tarifstellen, wie etwa den sogenannten Bürotarifstellen. Die bisherigen Teile, in denen die sonstigen gefahrtariflichen Bestimmungen enthalten waren, wurden in einem für beide Zuständigkeitsbereiche geltenden Regelungsteil vereinheitlicht.

Für das Bundesversicherungsamt galt es in den Genehmigungsverfahren zumeist, dem Wunsch der Selbstverwaltungen entsprechend Wege zu finden, den Unterschieden der Berufsgenossenschaften vor der Vereinigung ausreichend Rechnung zu tragen.

Vor diesem Hintergrund konnten im Berichtsjahr mehrere Genehmigungsverfahren erfolgreich abgeschlossen werden, indem die sich bietenden rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten für Gefahrtrarif ausgeschöpft wurden. Hierzu gehören einerseits die im Hinblick auf die fusionsbedingte Sondersituation maßgebliche Regelung des § 118 Abs. 1 Satz 4 SGB VII, wonach für eine Übergangszeit von höchstens zwölf Jahren unter anderem unterschiedliche Berechnungsgrundlagen für die Beiträge für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche der vereinigten Berufsgenossenschaften vorgesehen werden können. Hiervon machten die Selbstverwaltungen Gebrauch, indem für die Gefahrklassen aus den jeweiligen bisherigen Zuständigkeitsbereichen der vereinigten Berufsgenossenschaft unterschiedliche Berechnungsweisen herangezogen wurden, um etwa die Unterschiede im Beitragsfuß anzugleichen. Des Weiteren haben die Selbstverwaltungen in diesem Zusammenhang Gefahrklassen abweichend festgesetzt, um vor allem durch Umstrukturierungen zu befürchtende erhebliche Beitragssprünge möglichst durch stufenweise Anpassungen allmählich aufzufangen.

Das Bundesversicherungsamt hat dabei darauf geachtet und die Berufsgenossenschaften insoweit beraten, dass im Rahmen der Gestaltungsmöglichkeiten bei fusionsbedingten Sondersituationen die Grenzen der Regelungen des § 157 SGB VII sowie der hierzu entwickelten Grundsätze beachtet wurden. Hierzu gehört, dass sich bei abweichenden Gefahrklassenfestsetzungen grundsätzlich wenigstens 50 Prozent der Veränderung zwischen der gültigen und

der errechneten Gefahrklasse zumindest im Laufe der Tarifperiode niederschlagen müssen.

Des Weiteren ist die gesetzliche Höchstlaufzeit der Gefahrtrarif von sechs Jahren (§ 157 Abs. 5 SGB VII, siehe bereits Tätigkeitsbericht 2006, Seite 48 f.) auch beim Übergang auf einen Fusionsgefahrtrarif zu beachten. Die Höchstlaufzeit soll eine zeitgerechte Prüfung des dem Gefahrtrarif zugrunde liegenden Zahlenmaterials sicherstellen. Nach dem Sinn und Zweck des Gesetzes muss daher ein Fusionsgefahrtrarif, der während laufender Tarifperioden der an der Fusion beteiligten Berufsgenossenschaften aufgrund des bisherigen Unfallverzeichnisses aufgestellt wird, spätestens mit dem frühesten Ende der Höchstlaufzeit der bisherigen Tarifperioden überprüft werden. In einem Fall wurde der Fusionsgefahrtrarif dementsprechend auf zwei Jahre befristet beschlossen und von uns genehmigt.

Nicht immer ist aber zugleich mit der Fusion ein gemeinsamer Gefahrtrarif der fusionierenden Berufsgenossenschaften gewünscht. Das Bundesversicherungsamt hat in einem solchen Fall darauf hingewiesen, dass § 118 Abs. 1 Satz 4 SGB VII auch die Möglichkeit bietet, für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche die bestehenden Gefahrtrarif – im Rahmen der Höchstlaufzeit – über den Fusionszeitpunkt hinaus getrennt fortbestehen zu lassen. Ferner können innerhalb der zwölfjährigen Übergangsfrist grundsätzlich weitere Gefahrtrarif getrennt nach den bisherigen Zuständigkeitsbereichen beschlossen werden. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass die Übergangsfrist für eine Angleichung der Gefahrtrarif genutzt wird, da mit dem Ende der Übergangsfrist spätestens gemeinsame Gefahrtrarif aufzustellen sind. Die Besonderheiten der Gefahrtrarifgestaltung für die Übergangszeit anlässlich von

Fusionen sollten darüber hinaus in der nach § 118 Abs. 1 Satz 3 SGB VII vorgesehenen Vereinbarung über die Gefahr- tarif- und Beitragsgestaltung aufgenommen werden. Bei den zur Genehmigung vorzu- legenden Vereinbarungen hat das Bundes- versicherungsamt insoweit insbesondere auf die Berücksichtigung der o.g. Grund- sätze geachtet. In einigen Fällen wurden die Berufsgenossenschaften um Ergänzungen in Bezug auf die Höchstlaufzeiten der Gefahr- tarife gebeten. In anderen Fällen war der Fusionsgefahr- tarif als Anhang der Vereinbarung beigefügt. Hier wurde um die Klarstellung gebeten, dass dieser in der von der Aufsichtsbehörde genehmigten Fassung gilt, denn der Gefahr- tarif unter- liegt einem gesonderten Prüfungs- und Ge- nehmigungsverfahren.

Unfallversicherung von Pflegeeltern in Vollzeitpflege

Die Frage der Unfallversicherungspflicht von Pflegeeltern in Vollzeitpflege war aufgrund einer Gesetzesänderung zum Gegenstand zahlreicher Eingaben von betroffenen Interessengruppen geworden. Durch das Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz (KICK), das am 1. Oktober 2005 in Kraft getreten ist, wurden alle örtlichen Jugendämter gemäß § 39 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII verpflichtet, Pflegeeltern die Beiträge zu einer Unfallversicherung zu erstatten. Die zuständige Berufsgenossenschaft vertrat auf dieser Grundlage die Ansicht, die Pflegeeltern seien als selbständig Erwerbstätige gesetzlich versichert.

Nach eingehender Diskussion mit BMAS und BMFSFJ vertritt das Bundesversicherungsamt die Rechtsauffassung, dass für die fragliche Personengruppe bis auf Einzelfälle kein Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung besteht. Daher sollte dem betroffenen Personen-

kreis eine Absicherung in privatem Rahmen empfohlen werden.

Ausschlaggebend war dabei die Überlegung, dass die Vollzeitpflege ein Instrument der Jugendhilfe ist, das mit den Grundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung nur schwer in Einklang zu bringen ist. Die in der Unfallversicherung übliche Trennung zwischen privatem Lebensrisiko und versicherter Tätigkeit ist hier praktisch kaum möglich, da die Hilfeleistungen gerade in dem Angebot eines möglichst privaten Umfeldes besteht.

Deshalb hat der Gesetzgeber z.B. im Bereich der Altenpflege bei Überschneidungen zwischen privatem, familiärem Lebensbereich und gesetzlich versicherter Tätigkeit eine Konkretisierung für erforderlich gehalten, da die familiennahe Betreuung (§ 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII) von dem allgemeinen Begriff der Wohlfahrtspflege nicht erfasst wird. Eine weitere Konkretisierung für den Bereich der Vollzeitpflege findet sich jedoch nicht, so dass die famili- enähnliche Betreuung von Kindern durch Vollzeitpflegeeltern nicht unter § 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VII fällt.

Daher sollte dem betroffenen Personen- kreis eine Absicherung in privatem Rahmen empfohlen werden.

Fusionen von Berufsgenossenschaften

Im Berichtszeitraum 2007 haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften ihre Bestrebungen, in eigener Verantwortung die Zahl der Unfallversicherungsträger weiter zu reduzieren, fortgesetzt.

Entsprechend den staatlichen Mitwirkungs- vorbehalten bei der Vereinigung von gewerblichen Berufsgenossenschaften in § 118 Abs. 1 SGB VII brachte das Bundes-

versicherungsamt vier Genehmigungsverfahren zum Abschluss :

- Die Fusion der Norddeutschen Metall-Berufsgenossenschaft (NMBG) mit der Berufsgenossenschaft Metall Süd (BGMS) zur Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd (BGM) wurde zum 30. März 2007 wirksam.
- Ebenfalls im Jahr 2007 erfolgten die Genehmigungsverfahren für die Vereinigung der Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik (BGFE) mit der Textil- und Bekleidungs-Berufsgenossenschaft (TBBG) zur Berufsgenossenschaft Elektro Textil Feinmechanik (BGETF) sowie der Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft mit der Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel (BGE) zur Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW). Die Zusammenschlüsse wurden jeweils zum 1. Januar 2008 wirksam.
- Auch die erforderlichen Genehmigungen für die Fusion der Verwaltungsberufsgenossenschaft (VBG) mit der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie (BGGK) zum 1. Januar 2009 wurden bereits im Berichtszeitraum erteilt.

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt die Fusionsprozesse im Rahmen seiner Möglichkeiten beratend und unterstützend begleitet, wobei inhaltliche Einflussnahmen, etwa hinsichtlich der Sinnhaftigkeit bestimmter Zusammenschlüsse, in Ermangelung eines gesetzlichen Auftrages unterbleiben mussten.

Soweit von einem von den Vertreterversammlungen bereits beschlossenen Fusionsvertrag letztlich doch Abstand genommen wurde, waren die Beteiligten auf die für öffentlich-rechtliche Verträge gel-

tende Vorschrift nach § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB X hinzuweisen. Danach haben die Vertragsparteien unter bestimmten Voraussetzungen jeweils das Recht, die Anpassung des Vertragsinhaltes an geänderte Verhältnisse zu verlangen oder – als letztes Mittel – den Vertrag zu kündigen.

Die Frage nach der Bindungswirkung ergab sich auch im Rahmen der nach § 118 Abs. 1 SGB VII zu treffenden Übergangsregelungen zur Gefahrtarif- und Beitragsgestaltung. Im Hinblick auf die erwartete Neuregelung des Lastenausgleichsrechts durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz – UVMG) war es den Fusionsparteien mitunter ein Anliegen sicherzustellen, nachträglich intern Ausgleichsregelungen treffen zu können. Wir haben ihnen dazu erläutert, dass nachträgliche Änderungen der Vereinbarung, die ebenfalls vom Bundesversicherungsamt zu genehmigen sind, nach den Grundsätzen über den Wegfall der Geschäftsgrundlage im Sinne des § 59 SGB X in Betracht kommen, wenn eine wesentliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist, die für den Vertragsinhalt maßgeblich war, und die Vertragsbindung für eine Partei unzumutbar ist.

Grundsätzlich müssen alle nachträglichen vertraglichen Änderungen – d.h. auch die der Satzung und des Gefahrtarifs – nicht nur dem geltenden Recht entsprechen, sondern sind auch daran zu messen, ob sie mit den übrigen fusionsvertraglichen Vereinbarungen vereinbar oder aus dem Wegfall der Geschäftsgrundlage zu rechtfertigen sind.

Ein Schwerpunkt der im Berichtszeitraum abgewickelten Fusionen lag in der Namensgebung für die neu entstandenen Berufsgenossenschaften.

Die Wahl eines geeigneten Namens für eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist

autonomes Recht der Selbstverwaltung. Ein aufsichtsrechtliches Eingreifen ist nur dann möglich und angezeigt, wenn rechtliche Interessen Dritter – insbesondere die anderer Berufsgenossenschaften – betroffen werden. Der Name hat im Rechtsverkehr Ordnungsfunktion, er soll das Profil des Namensträgers beschreiben und eine Orientierungshilfe darstellen. Deshalb darf er weder hinsichtlich der örtlichen noch der sachlichen Zuständigkeit des neu entstandenen Trägers irreführend sein oder die Gefahr einer Verwechslung begründen. Die Namenswahl sollte bestehende Strukturprobleme oder Katasterschwierigkeiten nicht weiter verschärfen, sondern nach Möglichkeit sogar verringern.

In einem Fall nahmen die Fusionspartner einen Vorschlag des Bundesversicherungsamtes auf und vermieden damit jede mögliche Unsicherheit hinsichtlich der regionalen Zuständigkeit des neuen Trägers. In einem anderen Fall erörterte das Bundesversicherungsamt das Thema intensiv mit den Geschäftsführern der betroffenen Berufsgenossenschaften. Die Fusionspartner konnten sich jedoch nicht dazu entschließen, einen der von uns angeregten Namen und Untertitel aufzugreifen. Schlussendlich verständigten sich die Hauptgeschäftsführer dahingehend, auf den rechtlich bedenklichen Namensbestandteil gänzlich zu verzichten.

Auch zur formalen Abwicklung der Fusionen im Rahmen des § 118 SGB VII wurde eine Beratung durch das Bundesversicherungsamt immer wieder erbeten. Deshalb erscheint an dieser Stelle ein Hinweis auf die bedeutsamsten, unbedingt einzuhaltenen Erfordernisse angebracht.

Zunächst müssen die jeweiligen Selbstverwaltungen über die Regelungen, die anlässlich einer Fusion nach § 118 SGB VII zu treffen sind, gleichlautende Beschlüsse fassen, deren Genehmigung ausdrücklich beim Bundesversicherungsamt beantragt

werden muss. Die uns zur Genehmigung vorzulegenden Schriftstücke müssen sodann die gleichlautenden Beschlussformeln der Vertreterversammlungen aller Fusionspartner enthalten. Unsere Genehmigungsklausel setzen wir auf **ein** einheitliches Dokument, die damit die Beschlüsse aller an der Fusion beteiligten Vertreterversammlungen einbezieht.

Erst nach Genehmigung aller nach § 118 SGB VII erforderlichen Rechtsetzungsakte setzt das Bundesversicherungsamt gemäß § 118 Abs. 1 Satz 6 SGB VII den gleichlautenden Beschlüssen der Vertreterversammlungen entsprechend den Zeitpunkt fest, an dem die Vereinigung wirksam wird.

Im Übrigen sind bei den Genehmigungsverfahren im Rahmen einer Fusion entsprechend die allgemeinen Formalien gemäß unserer Liste der benötigten Unterlagen für die Genehmigung von Satzungen und Gefahrtarifen zu beachten. Die Liste ist abrufbar über die Homepage des Bundesversicherungsamtes unter Fachinformationen/Unfallversicherung/Genehmigung von Satzungen und Gefahrtarifen.

Ausdrücklich weisen wir darauf hin, dass sich unsere Beteiligung bei der Vorbereitung einer Fusion im Wege einer rechtzeitigen Vorprüfung der genannten Rechtsakte und Vereinbarungen und einer evt. vorherigen Beratung in der Praxis bewährt hat und deshalb dringend empfohlen wird.

Dass das Bundesversicherungsamt nicht nur beim Zustandekommen von Fusionen der Unfallversicherungsträger, sondern auch im Hinblick auf die Umsetzung der dem Zusammenschluss zugrundeliegenden Vereinbarungen gefordert ist, zeigt eine Beitragsstreitigkeit, in der es formal um die Verletzung der bei der Fusion vereinbarten Beitragsgestaltung sowie der Sondermittelverwendung zweier ehemals selbständiger und wohlhabender Fusionsbeteiligter

ging. Konkret wehrten sich in diesem Fall betroffene Teile des fusionierten Trägers im Rahmen des Beitragsvorschussverfahrens gegen die außerordentlichen und ausschließlich sie belastenden Zuführungen in den Betriebsmittelstock des fusionierten Trägers.

Dessen Vorstand hatte sich berechtigt gesehen, die einseitigen Betriebsmittelzuführungen beschließen zu dürfen, weil sie der Angleichung der Beitragssätze dienten, die zwischen den verschiedenen Bezirksverwaltungen (BVen) unterschiedlich hoch waren.

Demgegenüber beriefen sich die Beschwerdeführer darauf, dass den wohlhabenden BVen, bei denen sie Mitglied seien, während des Fusionsprozesses mehrfach zugesichert worden war, nicht für die Schulden der anderen BVen haften zu müssen. Dies ergebe sich zum einen schon aus den Regelungen zur Beitragsgestaltung, die durch den Vorstandsbeschluss verletzt würden. Zum anderen habe dieser Grundsatz auch dem Vereinigungsvertrag zugrunde gelegen, der durch die einseitigen Betriebsmittelzuführungen umgangen werde.

Diese Einwände der Empfänger der vorläufigen Umlagebescheide haben die Berufsgenossenschaft zunächst unbeeindruckt gelassen, was im weiteren Verlauf der Angelegenheit die Erhebung einer Vielzahl von Widersprüchen wie auch zweier „Musterklagen“ zur Folge hatte. Dem von den Betroffenen zwischenzeitlich eingeschalteten Bundesversicherungsamt gegenüber hat der Träger den Verstoß gegen den Vereinigungsvertrag zwar eingeräumt, sich letztlich im Hinblick auf das anvisierte Ziel einheitlicher Beitragssätze in seiner Vorgehensweise aber gerechtfertigt gesehen. Insbesondere verwies er darauf, dass bei den beiden wohlhabenden BVen lediglich ein Betrag abgeschöpft werde, der beim

externen Lastenausgleich auf sie entfalle, ihnen aber nicht in voller Höhe zustünde, weil sie nicht notleidend seien.

Die von uns vorgenommene Überprüfung der Angelegenheit ergab, dass eine Belastung der Umlagen lediglich einzelner BVen mit Zuführungen zu den Betriebsmitteln des fusionierten Trägers einen Verstoß sowohl gegen den Vereinigungsvertrag wie auch gegen die als Bestandteil der Satzung des Trägers anzusehende Vereinbarung über die Gefahrarif- und Beitragsgestaltung darstellt.

Ebenso wenig stand sie im Einklang mit der von uns als „unverrückbare Geschäftsgrundlage“ für den Fusionsabschluss gesehenen Vereinbarung, dass über die Erstausstattung hinausgehende weitere Zuführungen zu den Betriebsmitteln des neuen Trägers anteilig erfolgen sollten.

Diesen Standpunkt haben wir insbesondere unter dem Aspekt, dass sich das Bundesversicherungsamt in der Verantwortung sieht, bei der Umsetzung des Fusionsvertrages für die berechtigten Interessen der rechtlich nicht mehr existenten Fusionspartner einzutreten, in unseren Schreiben sowie in mit Vertretern der Berufsgenossenschaft mehrfach geführten Gesprächen nachdrücklich deutlich gemacht. Darüber hinaus haben wir beanstandet, dass die zwischenzeitlich vom Träger erlassenen endgültigen Beitragsbescheide nur unzureichend begründet waren und den Empfänger nicht erkennen ließen, auf welche Weise ihren berechtigten Widersprüchen und Beschwerden gegen die Beitragsvorschussbescheide Rechnung getragen worden war, so dass bei ihnen daher der Eindruck entstehen musste, dass der Versicherungsträger sich endgültig über alle Rechtsmittel hinweggesetzt habe.

Letztlich hat aufgrund unserer Intervention der Vorstand der Berufsgenossenschaft die

im Rahmen der Beitragsvorschussfestsetzung uneinheitlich vorgenommenen Betriebsmittelzuführungen wieder rückabgewickelt und die Beschwerdeführer und Kläger insoweit klaglos gestellt. Ebenso hat der Träger unserer Forderung Rechnung getragen, die endgültigen Umlagebescheide in der Begründung nachzubessern und alle Betroffenen über die vorgenommenen Korrekturen in geeigneter Weise zu unterrichten.

3.4 Aufsichtsprüfungen

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahre 2007 Aufsichtsprüfungen bei insgesamt zehn Unfallversicherungsträgern durchgeführt. Fünf der zehn Aufsichtsprüfungen waren sogenannte Nachschauen. Eine Nachschau ist eine Aufsichtsprüfung, die erforderlich ist, weil die Beanstandungen aus einer vorangegangenen Prüfung so gravierend gewesen sind, dass eine aufsichtsrechtliche Überprüfung der Umsetzung der vereinbarten Verbesserungen notwendig ist.

Auch im Jahr 2007 sind die Feststellungen zur verzögerten Leistungsfeststellung wieder ein Schwerpunkt bei den Beanstandungen gewesen. So waren auch die genannten fünf Nachschauen erforderlich, weil erhebliche Verzögerungen bei der Leistungsgewährung festgestellt worden sind. In allen fünf geprüften Verwaltungen ist aufgrund der Hinweise des Bundesversicherungsamtes (z.B. Kontrollvorlagen bei langer Laufzeit, statistische Erfassung der Laufzeiten) eine deutliche Verbesserung der Situation erreicht worden. Allerdings ist nur bei zwei der bei einer Nachschau geprüften Träger die Bearbeitung inzwischen so zufriedenstellend, dass ein weiteres aufsichtsrechtliches Tätigwerden nicht mehr erforderlich ist.

Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen seiner Aufsichtskompetenzen auch geprüft, inwiefern die laufenden und abgeschlossenen Fusionen Einfluss auf die Leistungserbringung der Träger haben. Bisher zeichnet sich ab, dass bei den als Bezirksverwaltungen der neuen fusionierten Berufsgenossenschaft weitergeführten ehemaligen selbständigen Berufsgenossenschaften erhebliche Unterschiede in Quantität und Qualität in der Bearbeitung vorliegen. Eine signifikante Veränderung im Sinne einer einheitlichen Bearbeitung ist bisher nicht zu beobachten gewesen. Das Bundesversicherungsamt wird der Problematik auch künftig eine hohe Aufmerksamkeit zukommen lassen und auf eine Vereinheitlichung und effizientere Verwaltungsabläufe hinwirken, um die Ziele der Fusion nicht zu gefährden.

Durchführung von Verwaltungsverfahren
Bei den Aufsichtsprüfungen ist, wie auch schon in den Jahren zuvor, immer wieder festgestellt worden, dass die Verfahrensbestimmungen des SGB X und des SGG in einigen Teilen unzureichend angewendet werden. Es sind wiederholt Verwaltungsakte gefunden worden, die nur ungenügend bzw. gar nicht begründet oder nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen worden sind. In manchen Fällen sind notwendige Verwaltungsakte nicht erteilt worden. Weiterhin sind Anhörungsfristen zu kurz gesetzt oder Anhörungen gänzlich versäumt worden. Auch die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs im Hinblick auf die vorläufige Weiterzahlung bei Entzug oder Herabsetzung einer laufenden Geldleistung ist in verschiedenen Fällen nicht beachtet worden. In allen vom Bundesversicherungsamt angesprochenen Fällen haben die Unfallversicherungsträger künftige Beachtung zugesagt.

Wirtschaftliche Mittelverwendung

Im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung sind von den Berufsgenossenschaften auch Zuschüsse für eine leidensgerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes zu erbringen. Diese Zuschüsse sind allerdings auf das erforderliche Maß zu begrenzen. In einer Angelegenheit wurde zur unfallbedingt notwendigen Neuausstattung des Werkstattbereichs eines versicherten Unternehmers ein Zuschuss von ca. 15.000 € geleistet. Die Höhe des Zuschusses errechnete sich aus Kostenvoranschlägen über Mehrkosten einer behinderungsbedingten Ausstattung verschiedener Maschinen. Eine dieser Maschinen, für die der Zuschuss 2.000 € betragen sollte, wurde tatsächlich jedoch nicht angeschafft. Dies wurde bei der endgültigen Festsetzung des Zuschusses nicht beachtet. Im Rahmen der sparsamen Mittelverwendung sollte durch geeignete Kontrollmaßnahmen sichergestellt werden, dass Leistungen auf das durch Recht und Gesetz vorgegebene Maß beschränkt werden. Der Unternehmer hat das Geld zwischenzeitlich zurückgezahlt.

Das Bundesversicherungsamt hat Träger der Unfallversicherung in mehreren Fällen auf eine Problematik hingewiesen, deren Beachtung Einsparungen im Verwaltungsbereich zur Folge hat.

Nach § 189 SGB VII können Unfallversicherungsträger Krankenkassen beauftragen, die ihnen obliegenden Geldleistungen zu erbringen. Im Falle des Verletztengeldes wird diese Regelung grundsätzlich angewandt. Dabei sind die Einzelheiten in der Verwaltungsvereinbarung über das Verfahren und die Entschädigung bei Einzelaufträgen der Unfallversicherungsträger nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X (VV Einzelauftrag) geregelt. Darin ist un-

ter anderem festgehalten, dass der Krankenkasse für die im Auftrag erbrachte Leistung eine Entschädigung für Verwaltungskosten und Zinsverluste in Höhe von 2 % der Auftragsleistung zusteht.

Die Rechts- sowie die Faktenlage erfordert es bei Berufskrankheiten fast stets, die Feststellung der Anerkennung einer Erkrankung im Sinne des § 9 SGB VII rückwirkend zu treffen. Dabei sind regelmäßig auch Leistungen für die Vergangenheit zu gewähren. Hierzu gehört insbesondere das Verletztengeld als Entgeltersatzleistung.

Hat die Krankenkasse für den fraglichen Zeitraum bereits Krankengeld geleistet, wie dies regelmäßig der Fall ist, gilt der Anspruch des Versicherten gegen den Unfallversicherungsträger in Höhe des geleisteten Krankengeldes als erfüllt (§ 107 SGB X); insoweit besteht ein Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegen den Unfallversicherungsträger nach § 105 SGB X. Da die Leistung nicht noch einmal erbracht werden kann, bezieht sich der Auftrag des Unfallversicherungsträgers nach § 189 SGB VII insofern nur noch auf einen eventuellen Differenzbetrag zwischen Krankengeld und Verletztengeld. Die Krankenkasse kann daher auch nur für diesen Spitzbetrag eine Entschädigung geltend machen. Dies wird oftmals übersehen und das volle Verletztengeld für die Berechnung der Verwaltungskosten in Ansatz gebracht. Das Bundesversicherungsamt wird auch weiterhin darauf achten, dass die Berufsgenossenschaften die Abrechnungen der Krankenkassen auf diese Problematik hin prüfen.

4. RENTENVERSICHERUNG

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

4. RENTENVERSICHERUNG

4.1 Finanzentwicklung in der gesetzlichen Rentenversicherung

Der Bund trägt mit seinen Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge, Erstattungen) in erheblichem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Im Jahr 2007 beliefen sich diese Bundeszahlungen, die durch das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet werden, auf insgesamt rund 78,8 Mrd. € (2006: rund 77,7 Mrd. €, 2005: rund 78,7 Mrd. €).

Die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung betragen im Jahr 2007 mehr als 56 Mrd. € das sind 1,1 Mrd. € mehr als im Jahr 2006. Die Bundeszuschüsse machen damit 24,2 Prozent der Gesamteinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung aus (2006: 23,3 Prozent; 2005: 24,5 Prozent). Ursächlich für den anteilmäßigen Rückgang im Jahr 2006 war vor allem die in 2006 geänderte Fälligkeitsregelung für den Sozialversicherungsbeitrag, die zu erheblichen Beitragsmehreinnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung führte. Ohne diesen Effekt hätte auch 2006 der Anteil bei rund 24,4 Prozent gelegen.

Darüber hinaus zahlt der Bund für Zeiten der Kindererziehung Beiträge an die allgemeine Rentenversicherung, die 2007 rund 11,5 Mrd. € ausmachten (2006: 11,4 Mrd. €, 2005: 11,7 Mrd. €).

Der Bund hat mit seinen Zuschüssen und mit seiner Beitragszahlung für Kindererziehungszeiten 29,4 Prozent der Gesamtausgaben der allgemeinen Rentenversicherung finanziert (2006: 29,0 Prozent; 2005: 29,1 Prozent). Bezogen auf die Ausgaben

für Rentenleistungen lag der Anteil dieser Bundeszahlungen bei rund 33,7 Prozent (2006: 33,3 Prozent; 2005 33,5 Prozent).

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 Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) sind grundsätzlich rückläufig; 2007 betragen sie fast 4,9 Mrd. € (2006: 4,9 Mrd. €, 2005: 4,8 Mrd. €). Die Zahlungen für 2007 beinhalten die Abrechnung der Zinsen für AAÜG-Leistungen für die Jahre 2002 bis 2006 in Höhe von rund 109 Mio. € Ein Teil der Zahlungen nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2007: 2,4 Mrd. €). Auf die Bundeszahlungen hat das Bundesversicherungsamt im Kalenderjahr 2007 Vorschüsse an die allgemeine Rentenversicherung in Höhe von insgesamt 72,4 Mrd. € oder monatlich rund sechs Mrd. € festgelegt und ausgezahlt (2006: 71,2 Mrd. €, 2005: 72,0 Mrd. €).

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 2007 auf rund 6,4 Mrd. € (2006: 6,5 Mrd. €, 2005: 6,8 Mrd. €).

Die Tätigkeit des Bundesversicherungsamtes im Bereich Abrechnungen für die Rentenversicherung ist seit der Organisa-

tionsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung insbesondere auf die Abrechnung der diversen Bundeszahlungen an die Rentenversicherung beschränkt. Im Jahr 2007 erfolgte die Abrechnung für das Jahr 2006. Die Summe aller Bundeszahlungen an die allgemeine Rentenversicherung für das Jahr 2006 betrug fast 71,2 Mrd. € (2005: 71,4 Mrd. €, 2004: 71,0 Mrd. €).

Allgemeine Rentenversicherung		
(in Millionen €)	2007 (vorläufig)	2006
Einnahmen;	231.284	235.867
hiervon:		
Beitragseinnahmen	173.766	179.476
Bundeszuschüsse	56.016	54.909
Zahlungen von der KnRV	304	317
Sonstige Einnahmen	1.198	1.165
Ausgaben;	230.160	228.304
hiervon:		
Rentenleistungen	200.683	199.423
KV der Rentner	13.584	13.018
Zahlungen an die KnRV	7.337	7.079
Leistungen zur Teilhabe	4.560	4.460
Verwaltungskosten	3.480	3.548
Sonstige Ausgaben	516	776
Rechnungsergebnis	1.124	7.563
Finanzausgl.		
DRV Bund → Regionalträger	2.035	2.525
Nachhaltigkeitsrücklage	11.712	9.740
	(= 0,74 MA*)	(= 0,62 MA)
nachrichtlich:		
Erstattungen des Bundes	4.867	4.891

*) MA = Monatsausgaben

Knappschaftliche Rentenversicherung		
(in Millionen EUR)	2007 (vorläufig)	2006
Einnahmen;	14.645	14.640
hiervon:		

Beitragseinnahmen	955	1.069
Zahlungen von der allg. RV	7.337	7.079
Defizitdeckung Bund	6.311	6.449
Sonstige Einnahmen	42	43
Ausgaben;	14.645	14.640
hiervon:		
Rentenleistungen	13.431	13.442
KV der Rentner	901	879
Leistungen zur Teilhabe	118	116
Verwaltungskosten	142	145
Sonstige Ausgaben	53	58

4.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
RV	991

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

4.3 Einzelfälle

Überschreitung von Hinzuverdienstgrenzen (§ 34 SGB VI)

Im Berichtsjahr war das Bundesversicherungsamt mehrfach mit unterschiedlichen Fragestellungen zum Themenkomplex „Überschreitung von Hinzuverdienstgrenzen nach § 34 SGB VI“ befasst. Die aufsichtsrechtliche Prüfung der Einzelfälle bot Anlass für grundsätzliche Erörterungen mit den unserer Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträgern, die derzeit noch nicht abgeschlossen sind.

Die Einzelfälle zeigten, dass sowohl bei Versicherten als auch bei Arbeitgebern – trotz der Beratung durch die Rentenversicherungsträger und umfangreicher Hinweise in den Rentenbescheiden – letztlich nicht durchweg Klarheit besteht, wann ein unzulässiges Überschreiten der Hinzuverdienstgrenzen vorliegt und welche Konsequenzen sich hieraus ergeben.

Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit

Versäumnisse der Rentenversicherungsträger sind immer wieder bei der Prüfung von Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit feststellbar.

So ermittelte beispielsweise erst auf unsere Veranlassung hin ein Rentenversicherungsträger - unter Beteiligung seines berufskundlichen Dienstes – den für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit unverzichtbaren Hauptberuf.

Auszahlungen an einen Nachlasspfleger

Ein bestellter Nachlasspfleger begehrte die Auszahlung des nach dem Tod eines Versicherten verbliebenen Rentenbetrages. Seinem Anliegen konnte nicht Rechnung getragen werden.

Ein Nachlasspfleger kann nur dann die Auszahlung beanspruchen, wenn er andere Erben als den Fiskus ermittelt hat. Ist nämlich der Fiskus gem. § 1936 BGV Erbe, so kann dieser den Anspruch nach § 58 Satz 2 SGB I zwar nicht geltend machen, der Anspruch als solcher bleibt aber bestehen. Durch diese Regelung soll vermieden werden, dass Zahlungen von einem öffentlichen Haushalt in den anderen fließen, zugleich soll aber auch sichergestellt werden, dass die Rechte Dritter noch erfüllt werden können (Urteil des Bundessozialgerichts vom 25. November 1982, Az.: 5b RJ 46/81).

Personenbezogene Auskunftsersuchen von Privatpersonen

Wendet sich eine Privatperson mit einem personenbezogenen Auskunftsersuchen an den Rentenversicherungsträger, darf dieser

die gewünschten Daten auf Grund des Sozialgeheimnisses nicht übermitteln. Sind über den Gesuchten allerdings geeignete Daten bekannt, wird dieser von dem Anliegen des Auskunftersuchenden – dessen Einverständnis unterstellend – unterrichtet. Es bleibt dann dem Gesuchten überlassen, sich mit dem Suchenden in Verbindung zu setzen.

4.4 Grundsatzfragen

Keine Anrechnung von Kindererziehungszeiten für Kinder, die nach den ersten 12 bzw. 36 Kalendermonaten nach der Geburt adoptiert werden

Eine am 30. April 1924 geborene Versicherte nahm gemeinsam mit ihrem Ehemann zwei am 27. Dezember 1943 bzw. 13. Dezember 1946 geborene Kinder in einem Alter von fünf bzw. sechs Jahren in Pflege. Die Adoption der Kinder erfolgte in den Jahren 1953 bzw. 1957.

Für die Erfüllung der Wartezeit werden nach § 28a Abs. 1 Angestelltenversicherungsgesetz Müttern und Vätern, die nach dem 31. Dezember 1920 geboren sind, Zeiten der Kindererziehung vor dem 1. Januar 1986 in den ersten zwölf Kalendermonaten nach Ablauf des Monats der Geburt des Kindes angerechnet.

Ebenso wie der Träger sah auch das Bundesversicherungsamt – angesichts des eindeutigen Wortlauts des § 28a Angestelltenversicherungsgesetz – keine Möglichkeit, bei der Berechnung der Zwölfmonatsfrist im Wege der erweiternden Auslegung nicht an die Geburt, sondern an sonstige Tatbestände, wie z.B. die Begründung der Eigenschaft als Pflegemutter, anzuknüpfen.

Das Bundessozialgericht hat die Verfassungskonformität des § 28a Angestellten-

versicherungsgesetz unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ausdrücklich bestätigt (Urteil des Bundessozialgerichts vom 18. Oktober 2005, Az.: B 4 RA 56/04 R). Grund für die Anerkennung von Kindererziehungszeiten ist die Förderung und Fürsorge für das Kind in dessen erstem Lebensjahr und nicht etwa die abstrakte Anerkennung (Honorierung) von Erziehungsleistungen. Das Gericht sah daher keine gegen Art. 3 GG verstoßende willkürliche Benachteiligung von Adoptiveltern, die vielfach eine Erziehung des Kindes erst mit zeitlicher Verzögerung nach dessen Geburt aufnehmen können.

Auch § 56 SGB I knüpft an den Tag der Geburt des Kindes an und trifft – anders als § 4 Bundeserziehungsgeldgesetz in der Fassung ab 1. Juli 1989 – keine Sonderregelung hinsichtlich des Beginns und der Dauer von Erziehungsleistungen bei angenommenen Kindern.

Rechtscharakter der Mitteilung über die Abrechnung einer Rentennachzahlung

Wird eine Rente rückwirkend bewilligt, führt dies in der Regel dazu, dass an den Rentner Nachzahlungen zu leisten sind. In der Praxis werden diese Nachzahlungen häufig einbehalten, damit Erstattungsansprüche anderer Leistungsträger abgerechnet werden können. An den Rentner wird der verbleibende Betrag ausbezahlt. Vom Rentenversicherungsträger erhält er eine Mitteilung über die Abrechnung, in welcher die einbehaltene Rentennachzahlung, die Erstattungsbeträge sowie der auszahlende Rentenbetrag aufgeführt werden. Zwischen den Rentenversicherungsträgern besteht Konsens, dass die Abrechnung der Rentennachzahlung schlichtes Verwaltungshandeln darstellt, wenn kein Erstattungsanspruch abgerech-

net wird. Uneins waren die Rentenversicherungsträger, wenn bei der Rentennachzahlung ein Erstattungsanspruch abgerechnet wird. So wurde einerseits die Auffassung vertreten, dass die Abrechnungsmitteilung ein Verwaltungsakt sei, andererseits dass es sich um schlichtes Verwaltungshandeln handle.

Auf unsere Bitte hin haben sich die Rentenversicherungsträger an den Grundsatz- und Querschnittsbereich der Deutschen Rentenversicherung Bund gewandt. Im Wege einer verbindlichen Entscheidung legte dieser fest, dass die Mitteilung über die Abrechnung einer Rentennachzahlung bei gleichzeitiger Abrechnung eines Erstattungsanspruchs nicht als Verwaltungsakt im Sinne des § 31 SGB X ergeht.

Ausschlaggebend war insbesondere das Argument, dass bereits die Erfüllungsfiktion des § 107 SGB X das Erlöschen des Anspruchs bewirkt. Folglich besitzt die Mitteilung über die Abrechnung eines Erstattungsanspruchs mangels Regelung keine Verwaltungsaktqualität.

Zusatz- und Sonderversorgungssysteme; Beginn der nachträglichen, fiktiven Einbeziehung

Eine nachträgliche, fiktive Einbeziehung in ein Zusatz- oder Sonderversorgungssystem ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – zuletzt Urteil vom 18. Oktober 2007 (Az.: B 4 RS 17/07 R) - ohne eine zu DDR-Zeiten erteilte förmliche Versorgungszusage möglich, wenn die persönliche, die sachliche und die betriebliche Voraussetzung am Stichtag 30. Juni 1990 gleichzeitig vorlagen. Mit welchem Tag die Einbeziehung beginnt, wenn alle drei Voraussetzungen nicht zu Beginn, sondern erst im Laufe eines Monats vorliegen, hat das Bundessozialgericht jedoch nicht ausdrücklich festgelegt.

Der Zusatzversorgungsträger hatte zunächst die Ansicht vertreten, dass in diesen Fällen auf den Ersten des Monats abzustellen sei, in dessen Verlauf alle drei Voraussetzungen vorliegen. Im Hinblick auf die Ausführungen in den Urteilen des Bundessozialgerichts und die Gleichbehandlung mit denjenigen, die zu DDR-Zeiten eine förmliche, nicht auf den Ersten eines Monats ausgestellte Urkunde erhalten hatten, vermochte das Bundesversicherungsamt diese Auffassung nicht zu teilen. Nach eingehenden Erörterungen schloss sich der Zusatzversorgungsträger unserer Auffassung an, dass der Beginn der Zeit der Zugehörigkeit taggenau zu bestimmen ist. D.h., es ist auf den Tag abzustellen, an dem alle drei vom Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung festgelegten Voraussetzungen erstmals gleichzeitig vorlagen.

Bestimmung des Freibetrages bei der Anrechnung einer Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Bezieht ein Versicherter gleichzeitig eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, so wird die Unfallrente nach § 93 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a SGB VI auf die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung insoweit angerechnet, als beide Leistungen zusammen einen bestimmten Grenzbetrag übersteigen. Die Rentenversicherungsträger setzen bei der Bestimmung des Grenzbetrages für die neuen Bundesländer einen niedrigeren Freibetrag an als für die alten Bundesländer.

Mit Urteilen vom 10. April und 20. November 2003 (Az.: B 4 RA 32/02 R und B 13 RJ 5/03 R) entschieden der 4. und der 13. Senat des Bundessozialge-

richts, dass bei der Anrechnung einer Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ein einheitlicher Freibetrag für alle unfallverletzten Rentenberechtigten mit gleichem MdE-Grad zu berücksichtigen sei.

Nachdem der Gesetzgeber in den Jahren 2004 und 2006 durch Ergänzung der Berechnungsregeln ausdrücklich festgelegt hatte, dass bei der Bestimmung des Freibetrages für das Beitrittsgebiet rückwirkend ab 1. Januar 1992 ein besonderer - abgesenkter - Freibetrag zu berücksichtigen ist, beurteilten der 4. und der 13. Senat des Bundessozialgerichts - Letzterer nach Änderung seiner bisherigen Rechtsauffassung - die Frage, ob diese gesetzliche Klarstellung recht- und verfassungsgemäß ist, unterschiedlich. Der 13. Senat legte die Rechtsfrage daraufhin mit Beschluss vom 29. November 2007 (Az.: B 13 RJ 25/05 R) dem Großen Senat zur Entscheidung vor.

Nach eingehender Prüfung der Rechtslage wird das Bundesversicherungsamt die Berücksichtigung eines niedrigeren Freibetrages für das Beitrittsgebiet durch die seiner Aufsicht unterliegenden Rentenversicherungsträger bis zur Entscheidung des Großen Senats weiterhin nicht beanstanden. Die bei uns anhängigen Fälle werden wir wieder aufgreifen, wenn sich ein für die Petenten bzw. Beschwerdeführer günstigeres Ergebnis ergeben sollte.

Bessere Information der Versicherten durch Ergänzung eines Vordrucks

Mit einem Vordruck stellt ein Rentenversicherungsträger den Versicherten eine Bescheinigung zur Vorlage bei der Agentur für Arbeit aus. In diesem Vordruck wird der frühestmögliche Zeitpunkt für

den Anspruch auf eine vorzeitige Altersrente ohne Rentenminderung angegeben.

Mit Rücksicht auf den Adressatenkreis hat das Bundesversicherungsamt eine Ergänzung des Vordrucks bzw. eine Überarbeitung des Hinweistextes angeregt. Der Rentenversicherungsträger prüft nämlich nicht, ob die Voraussetzungen für die jeweilige vorzeitige Altersrente erfüllt sind oder noch erfüllt werden können. Darüber sollen nach unserer Auffassung die Versicherten wie auch die Sachbearbeitung der Agentur für Arbeit ausdrücklich informiert werden.

Die Verabschiedung des RV-Altersrentenanpassungsgesetzes nahm der Rentenversicherungsträger zum Anlass, unsere Anregung aufzugreifen.

Er nahm im Hinblick auf die Anhebung der Altersgrenzen und die damit verbundenen jeweiligen Vertrauensschutzbestimmungen des Gesetzes die Rentenarten „Regelaltersrente“ und „Altersrente für besonders langjährige Versicherte“ in den Vordruck auf. Weiter enthält der Vordruck nun den Hinweis, dass der angegebene Rentenbeginn nur dann realisiert werden kann, wenn auch die übrigen Anspruchsvoraussetzungen für die gewünschte Rentenart erfüllt sind. Diese weiteren Anspruchsvoraussetzungen sind der dem Vordruck beigefügten oder separat übersandten Rentenauskunft zu entnehmen.

Infodienst des Rentenversicherungsträgers; Berücksichtigung von Fusionen gesetzlicher Krankenkassen

Dem Bundesversicherungsamt ist aufgefallen, dass Fusionen gesetzlicher Krankenkassen und sich daraus ergebende Änderungen (Name, Anschrift) nicht bzw. nicht vollständig in die Betriebsnummern-

datei der Rentenversicherungsträger einfließen.

Auf unsere Anregung hin hat der Rentenversicherungsträger eine Lösung gefunden, die eine regelmäßige Aktualisierung der Datei gewährleistet. Geht beim Dienst des Rentenversicherungsträgers eine Änderungsmeldung zur „Beitragssatzdatei“ ein, werden Kassenfusionen identifiziert und in der trägerinternen Betriebsnummerndatei in zusätzlichen Datenfeldern vermerkt. Durch diese Ergänzung ist es jetzt möglich, bei fusionierten Kassen die Betriebsnummer der neuen, zutreffenden Kasse auszugeben. Im Zuge der Überarbeitung des Infodienstes wurden auch die Altfälle erfasst. Zu einer veralteten Betriebsnummer einer Krankenkasse erscheint folgender Infotext: „Diese Betriebsnummer ist nicht mehr gültig. Nachfolger ist die Betriebsnummer“. Der Nachfolger kann so über die Betriebsnummernsuche ermittelt werden.

Ausgleichsvereinigungen nach dem KSVG

In einer gemeinsamen Veranstaltung am 8. Oktober 2007 in Berlin informierten die Künstlersozialkasse und die Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände über die Möglichkeiten, eine Ausgleichsvereinigung zu gründen. Wir hatten im Rahmen dieses „Werkstattgesprächs“ Gelegenheit, die Sicht des Bundesversicherungsamtes darzustellen.

In der Vergangenheit sind mit Zustimmung des Bundesversicherungsamtes etliche Ausgleichsvereinigungen gegründet worden. Die Gestaltungsmöglichkeiten in einer Ausgleichsvereinigung bieten eine Reihe von Vorteilen für die abgabepflichtigen Unternehmen. Die Ermittlung der abzuführenden Künstlersozialabgabe wird

vereinfacht. Schwankungen zwischen den Jahren sowie zwischen den Mitgliedern werden ausgeglichen. Die Abgabelast ist kalkulierbar. Aufzeichnungspflichten sowie Betriebsprüfungen bei den Mitgliedsunternehmen entfallen. Verwaltungskosten der Ausgleichsvereinigung können erstattet werden. Trotz dieser Vorteile ist es in den letzten Jahren nicht zu Neugründungen gekommen. Wir haben deutlich gemacht, dass wir die Gründung von Ausgleichsvereinigungen im Hinblick auf die damit verbundene Verfahrensvereinfachung für die Künstlersozialkasse und das abgabepflichtige Unternehmen befürworten. Die aus Sicht des Bundesversicherungsamtes schwierigste Phase bei der Gründung einer Ausgleichsvereinigung ist die Konzeptionierung. Um ein für alle Beteiligten akzeptables Berechnungsverfahren für die Künstlersozialabgabe zu entwickeln, ist eine intensive Mitarbeit der abgabepflichtigen Unternehmen unbedingt erforderlich. Denn nur dann ist es möglich, branchenspezifische und sonstige Besonderheiten zu berücksichtigen. Im Mittelpunkt unserer Prüfung im Zustimmungsverfahren nach § 32 Abs. 1 Satz 2 und 3 KSVG stehen die Ermittlung der abweichenden Bemessungsgrundlage, eine gesicherte Datenbasis, die Anpassung der Bemessungsgrundlage und der Vertrag zwischen der Künstlersozialkasse und der Ausgleichsvereinigung.

Das „Werkstattgespräch“ hat die gewünschten Impulse ausgelöst. Die Künstlersozialkasse hat uns Ende des Jahres in die Gründungsverfahren für über ein Dutzend Ausgleichsvereinigungen einbezogen.

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

Klärung von grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen

Aufgabe der Deutschen Rentenversicherung Bund ist es, zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung Entscheidungen zu treffen, die die Rentenversicherungsträger rechtlich binden (verbindliche Entscheidungen). Eine Schwierigkeit besteht aus Sicht des Bundesversicherungsamtes insbesondere darin, abstrakt näher zu bestimmen, welche Fach- und Rechtsfragen aus den in § 138 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB VI aufgelisteten Bereichen im Einzelnen grundsätzlicher Art sind. Aufgrund von konkreten Themen aus den Sitzungen der Fachausschüsse und Arbeitsgruppen haben wir diese Frage mit der Deutschen Rentenversicherung Bund im Laufe des Jahres immer wieder diskutiert und gefordert, die gesetzliche Aufgabe auch tatsächlich wahrzunehmen. Wurde im Jahr 2005 noch keine verbindliche Entscheidung getroffen, waren es im Jahr 2006 bereits 12 und im Jahr 2007 weitere 23 verbindliche Entscheidungen.

Verbindliche Entscheidungen

Die von der Deutschen Rentenversicherung Bund getroffenen verbindlichen Entscheidungen hat das Bundesversicherungsamt aufsichtsrechtlich geprüft. Einzelne Entscheidungen boten Anlass für schriftliche und telefonische Erörterungen. Im Ergebnis kam es aber nicht zu Beanstandungen. Beispielfür getroffene und von uns geprüfte verbindliche Entscheidungen sind einige Entscheidungen mit Auslandsbezug:

Gleich drei verbindliche Entscheidungen befassten sich mit der Anerkennung von Zeiten der Kindererziehung bzw. Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung in anderen Staaten der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums. Durch diese verbindlichen Entscheidungen wurde die Rechtsauslegung der deutschen Rentenversicherungsträger unter Berücksichtigung der zu dieser Problematik ergangenen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in den Rechtssachen C-135/99 „Elsen“ und C-28/00 „Kauer“ bereits an die zukünftig geltende Rechtslage nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der hierzu noch zu verabschiedenden Durchführungsverordnung angepasst. Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit, die die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 ersetzen soll, ist zwar bereits im Jahre 2004 in Kraft getreten. Sie gilt allerdings gem. Art. 91 S.2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 erst ab dem Tag nach Inkrafttreten der Durchführungsverordnung.

Eine verbindliche Entscheidung befasste sich mit der praktischen Umsetzung des Urteils des Europäischen Gerichtshofes vom 16. Dezember 2004 in der Rechtssache C-293/03 „My“. Es ging um die Frage, ob ein nationaler Rentenversicherungsträger gehalten ist, bei der Prüfung des Leistungsanspruchs auch Beschäftigungsjahre zu berücksichtigen, die ein Gemeinschaftsangehöriger im Dienst eines Gemeinschaftsorgans zurückgelegt hat (Dienstzeit als EG-Beamter). Der Europäische Gerichtshof entschied, dass Art. 10 des EG-Vertrages in Verbindung mit dem EG-Beamtenstatut einer nationalen Regelung entgegensteht, die dies für die Begründung eines Anspruches auf eine vorgezogene Altersrente nach dem nationalen System nicht erlaubt. Nach Art. 10 EG-Vertrag sind die Mitgliedstaaten gehalten,

alle geeigneten Maßnahmen auch zur Unterstützung der Gemeinschaftsorgane zu treffen. Diese Unterstützung ist allerdings nicht gegeben, wenn Beschäftigten die Aufnahme von Tätigkeiten bei den Europäischen Gemeinschaften erschwert wird. Dies ist nach Auffassung des Europäischen Gerichtshofes dann der Fall, wenn Rentenansprüche, die die Beschäftigten bei einer kontinuierlichen Erwerbsbiographie im allgemeinen System hätten realisieren können, durch eine Tätigkeit bei den Europäischen Gemeinschaften und einen damit in Verbindung stehenden Anschluss an ein Versorgungssystem der Europäischen Gemeinschaften verlieren.

4.6 Aufsichtsprüfungen

Erfahrungsaustausch der für die Prüfung der Rentenversicherungsträger zuständigen Stellen

Das Bundesversicherungsamt hat zu einem zweiten Treffen der für die Prüfung der Rentenversicherungsträger zuständigen Stellen am 7. November 2007 eingeladen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben über Probleme der Hinzuverdienstregelungen, insbesondere über die Anwendung des Vormonatsprinzips zu Beginn des Kalenderjahres, über Betriebsprüfungen bei Sportvereinen, die Gestaltung von Verwaltungsakten bei geschätztem Einkommen im Rahmen der Einkommensanrechnung nach § 97 SGB VI und die Festsetzung von Säumniszuschlägen bei der Nachforderung von Sozialversicherungsbeiträgen aufgrund von Prüfungen im Rahmen der Beitragsüberwachung nach § 28p SGB IV diskutiert. Zudem haben sie sich über laufende Prüfverfahren ausgetauscht und das nächste Treffen für den Herbst 2008 vereinbart.

Altersrenten für Frauen

Das Bundesversicherungsamt hat festgestellt, dass ein Rentenversicherungsträger bei der Gewährung von Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit oder Altersteilzeitarbeit und Altersrenten für langjährig Versicherte in zahlreichen Fällen nicht beachtet hat, dass für weibliche Versicherte, die vor Dezember 1944 geboren sind, eine Altersrente für Frauen aufgrund des höheren Zugangsfaktors günstiger gewesen wäre.

Wir haben dem betroffenen Rentenversicherungsträger insoweit aufgegeben, seinen Rentenbestand vollständig zu überprüfen und in geeigneten Fällen die Günstigkeitsprüfung und eine erneute Erstfeststellung durchzuführen.

Da in der Mehrheit der von uns geprüften Fälle der Rentenanspruch in einer Auskunft- und Beratungsstelle, bei den Versicherungsämtern oder den ehrenamtlichen Versichertenberatern gestellt worden war, haben wir den Träger aufgefordert, diesen entsprechende Informationsmaterialien zur Verfügung zustellen und begleitend Schulungen durchzuführen.

Erhöhung des Zugangsfaktors

Mit dem Zugangsfaktor wird bei der Rentenberechnung der vorzeitige oder hinausgeschobene Rentenbezug berücksichtigt. Der Zugangsfaktor ist grundsätzlich 1,0. Er ist höher als 1,0, wenn eine Rente wegen Alters nach Vollendung des 65. Lebensjahres trotz erfüllter Wartezeit nicht in Anspruch genommen wird.

Ein Rentenversicherungsträger hat nach der Einführung des Sechstes Buch Sozialgesetzbuch den erhöhten Zugangsfaktor zunächst nicht maschinell berechnen können. Die Fälle wurden vorläufig berechnet und für eine spätere Nachbehandlung erfasst.

Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen einer Prüfung festgestellt, dass eine Rente über einen relativ langen Zeitraum gleichwohl mit einem zu geringen Zugangsfaktor festgestellt worden war. Aus dem entsprechenden Bescheid war zudem nicht zu erkennen, dass es sich um eine vorläufige Berechnung gehandelt hat, die bei einem späteren Programmeinsatz korrigiert werden sollte. Es konnte nicht ausgeschlossen werden, dass es sich nicht nur um einen Einzelfall handelt. Wir haben daher angeregt, dass der Träger in seinem Rentenbestand nach allen Renten sucht, in denen der Rentenbeginn nach dem 65. Lebensjahr liegt und der Zugangsfaktor 1,0 beträgt. Die Überprüfung durch den Träger hat ergeben, dass 127 Renten neu festgestellt werden mussten.

Säumniszuschläge

Seit dem 1. Januar 1995 ist die Erhebung von Säumniszuschlägen zwingend vorgeschrieben. Sie soll den Zahlungspflichtigen zur pünktlichen Zahlung der Beiträge anhalten. Zugleich sind die Säumniszuschläge eine Gegenleistung für das Herausschieben der Zahlung.

Bei der Auswertung von Prüfübersichten nach § 28p Abs. 7 SGB IV über die Prüfungen im Rahmen der Beitragsüberwachung hat das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass die seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger in erheblich unterschiedlichem Maße Säumniszuschläge erhoben haben. Wir haben eine stichpunktartige Überprüfung bei dem Träger mit der geringsten Erhebungsquote durchgeführt. Diese hat ergeben, dass der Träger u.a. Säumniszuschläge nur für einen geringen Teil der nachgeforderten Beiträge erhoben hat, weil er von einer unverschuldeten Unkenntnis der Schuldner ausgegangen ist. Diese unver-

schuldete Unkenntnis hat er selbst in Fällen von gewerbsmäßiger Gehaltsabrechnung durch einen Steuerberater oder durch ein eigenes Lohnbüro des Arbeitgebers angenommen.

Das Bundesversicherungsamt hat darauf gedrängt, dass Säumniszuschläge im Falle der Nachforderung von Beiträgen im Rahmen von Betriebsprüfungen in der Regel erhoben werden und die unverschuldete Unkenntnis nur die Ausnahme ist. Der Rentenversicherungsträger wird seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nochmals entsprechend schulen.

Doppelzahlungen von Renten

Nach § 273 Abs. 3 SGB VI sind die Träger der Rentenversicherung verpflichtet, bei der Beantragung einer Folgerente (beispielsweise einer Altersrente nach dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente) den Vorgang zuständigkeitshalber an die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See abzugeben, wenn ein Beitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt wurde. Der abgebende Träger hat sodann die laufende Zahlung gleichzeitig mit der Aufnahme der Zahlung durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See einzustellen. Trotz von uns angeregten und bereits umgesetzten Verfahrensverbesserungen gelingt dies in vielen Fällen weiterhin nicht. Es kommt zu Doppelzahlungen, deren Rückforderung unnötige Kosten verursacht.

Vor dem Hintergrund der Organisationsreform in der Rentenversicherung, die grundsätzlich eine quotierte Verteilung der Versicherten vorsieht, haben wir dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales vorgeschlagen, den § 273 Abs. 3 SGB VI dahingehend zu ändern, dass ein Zuständigkeitswechsel bei bereits laufenden

Rentenzahlungen auch für Folgerenten nicht mehr stattfindet.

Rentenüberzahlungen

Eine Nachschau zur Prüfung der Rentenüberzahlungen bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung hat ergeben, dass überzahlte Leistungen zielgerichtet und ergebnisorientiert zurückgefordert werden und das zur Forderungsverwaltung eingesetzte Verfahren die Gesamt- und Restschuld sowie die Tilgung gut dokumentieren. Zu Überzahlungen ist es gekommen, weil die Forderungsart und der Rentenbeginn bzw. Rentenwegfall fehlerhaft verschlüsselt wurden. Der Rentenversicherungsträger hat zugesagt, seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend zu schulen.

Meldeverfahren zur Krankenversicherung der Rentner und zur Pflegeversicherung

Die von den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung beschlossene „Beschreibung der Datensätze zur Durchführung des maschinellen Meldeverfahrens zur Krankenversicherung der Rentner und zur Pflegeversicherung“ wurde nicht konsequent angewandt. Dies hat das Bundesversicherungsamt bei einer Prüfung der Umstellung von der freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung von Rentnern in eine Pflichtversicherung zum 1. April 2002 festgestellt. Aufgrund von fehlenden, falschen und verspäteten Meldungen der zuständigen Krankenkassen waren regelmäßig Überzahlungen beim Rentenversicherungsträger eingetreten. Die nachträgliche Umstellung des Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnisses hat dazu geführt, dass der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung vom Rentenberechtigten sowohl Pflichtbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung als auch zu Un-

recht gezahlte Beitragszuschüsse zurückfordern musste.

In nahezu allen geprüften Fällen war dabei die vollmaschinelle Umstellung von der freiwilligen Versicherung zur Pflichtversicherung und die zutreffende Steuerung der Bescheidtexte ausgeschlossen. Die Bescheide des Rentenversicherungsträgers wiesen lediglich die nicht einbehaltenen Pflichtbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung als Überzahlungsbetrag aus. Mit Hilfe der Anlage 10 zum Rentenbescheid nahm der Träger die Anhörung zur beabsichtigten Korrektur der Zuschussbescheide und die Rückforderung der Leistungen vor. Die Texte der Anlage 10 standen der Sachbearbeitung i.d.R. als Textbausteine bzw. als vorgefertigte Vordrucke der einzelnen Dezernate zur Verfügung und waren vielfach unzureichend. Insbesondere war nicht immer die Höhe der Gesamtüberzahlung aufgeführt worden, was zu vermeidbaren Missverständnissen seitens der Betroffenen und zu Widersprüchen führte.

Auf unseren Vorschlag hin wird der Rentenversicherungsträger seiner Sachbearbeitung ein einheitliches Anhörungsschreiben zur Verfügung stellen, aus dem hervorgeht, dass zwei unterschiedlich zu behandelnde Überzahlungen – die nicht einbehaltenen Pflichtbeiträge und der Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung – abgerechnet werden.

Nachprüfung von Ansprüchen auf Waisenrenten

Wird eine Waisenrente über das 18. Lebensjahr hinaus bezogen, hat der Rentenversicherungsträger in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für den Rentenbezug weiterhin vorliegen. Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen einer Prüfung beanstandet,

dass bei der Nachprüfung einer weiteren Waisenrentenberechtigung die Weiterzahlungsmittel mit dem Titel „Bescheid“ und einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen war, obwohl sich Änderungen gegenüber dem erstmaligen Feststellungsbescheid nicht ergeben hatten. Durch diese Verfahrensweise werden unnötige Widersprüche provoziert, die anschließend im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens bearbeitet werden müssen.

Wir haben daher angeregt, den Vordruck, der für die Mitteilung verwandt wird, zu ändern. Der Rentenversicherungsträger wird unsere Anregung aufgreifen.

Aufrechnung

Durch das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurde die Aufrechnungsregelung des § 51 Abs. 2 SGB I zum 1. Januar 2005 geändert. Gleichwohl haben wir festgestellt, dass ein Träger die Neuregelung in einer Reihe von Fällen nicht beachtet hat. Statt eine meist höhere Aufrechnung in Höhe der Hälfte des Rentenbetrages durchzuführen, hat er nach altem Recht den „Sozialhilfe-Bedarfssatz“ ermittelt. Der Rentenversicherungsträger wird seine Sachbearbeitung über die Neuregelung gesondert informieren und sein Rechtshandbuch überarbeiten.

Abtretungen im wohlverstandenen Interesse

In einigen Prüffällen haben wir angemerkt, dass Versicherte ihre Zahlungsverpflichtungen des täglichen Lebens (z.B. Mietzahlungen) durch Abtretungen von ihrem Rentenversicherungsträger haben erledigen lassen. Auf unseren Hinweis hin wird der Träger sein Rechtshandbuch dahingehend ergänzen, dass ein wohlverstandenes Interesse immer dann zu ver-

neinen ist, wenn der Abtretende dem Abtretungsempfänger die Leistung im Wege des Bankeinzugsverfahrens zukommen lassen kann.

Im Falle der Tilgung einer Forderung bei einer Abtretung im wohlverstandenen Interesse oder im Rahmen von Verbraucherinsolvenzverfahren wurden durch die Sachbearbeitung eines Rentenversicherungsträgers fiktive Forderungssummen in die „Kontoübersicht-Zahlungsregelungsdaten“ eingestellt. In einigen Fällen hat dies zu falschen Drittschuldnererklärungen geführt. Der betroffene Träger wird den entsprechenden Hinweistext für die Sachbearbeitung ändern und seine Geschäftsanweisung ergänzen.

Hinweispflicht bei Rentenablehnung

Wird ein Rentenantrag aus medizinischen Gründen abgelehnt, ist der Versicherte auf die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes hinzuweisen. Wir haben beanstandet, dass ein Rentenversicherungsträger es in einer Vielzahl von Fällen versäumt hat, diesen Hinweis zu erteilen. Der Träger hat zugesagt, seine Geschäftsanweisung zu ergänzen und seine Sachbearbeitung zusätzlich zu informieren, damit die Versicherten in Zukunft stets unterrichtet werden.

4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht

Kostenerstattungen für in Abkommensstaaten selbstbeschaffte medizinische Leistungen

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen aufgrund des Territorialitätsprinzips Leistungen in der Regel nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Halten sich Versicherte deutscher Krankenkassen vorübergehend in Staaten auf, mit denen

Abkommen über Soziale Sicherheit im Bereich der Krankenversicherung bestehen und erkranken sie dort, so haben sie Leistungsansprüche nach den in diesen Abkommen bestehenden Regelungen. Musste der Versicherte die unverzüglich erforderliche ärztliche bzw. medizinische Leistung im anderen Staat als Privatpatient in Anspruch nehmen, weil die benötigte Behandlung nicht – wie im Abkommen vorgesehen – über den ausländischen Versicherungsträger erbracht werden konnte, erstattet ihm die Krankenkasse auf Antrag die verauslagten Kosten in Anlehnung an die Erstattungsregelungen der Verordnung (EWG) Nr. 574/72.

Das Bundesversicherungsamt hat bei einer Krankenkasse festgestellt, dass sie von dem ermittelten Erstattungsbetrag für die in Abkommensstaaten selbstbeschafften Leistungen einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vornimmt. Eine entsprechende Verpflichtung enthält § 13 Abs. 4 Satz 5 SGB V für die Erstattung von Kosten für in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz selbstbeschaffte medizinische Leistungen. Das Bundesversicherungsamt erkennt nicht, dass der Verwaltungsaufwand bei der Ermittlung des erstattungsfähigen Betrages bei einer Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 SGB V bzw. nach der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 gleich hoch ist. Der Versicherungsträger konnte jedoch davon überzeugt werden, dass ein solcher Abschlag tatsächlich nur zulässig ist, wenn Versicherte deutscher Krankenkassen Leistungserbringer in einem Staat der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes bzw. der Schweiz im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Das bei Kostenerstattungen für in Abkommensstaaten selbstbeschaffte Leistungen anzuwendende Recht sieht einen solchen Abschlag nicht vor.

Sauerstoffversorgung im Ausland

Ist ein Versicherter aus medizinischen Gründen (auch) während eines Urlaubs auf die Versorgung mit Sauerstoff angewiesen, so ist die Sauerstoffzufuhr erforderlich, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern bzw. die bestehende Atembehinderung auszugleichen. Der Anspruch auf Kostenübernahme der täglich erforderlichen Sauerstoffversorgung besteht während eines Urlaubs in der Höhe, wie sie auch für eine Versorgung am Wohnort des Versicherten entstehen würde. Eine zeitliche Begrenzung des Anspruchs findet nicht statt.

Entstehen urlaubsbedingt notwendig Mehrkosten (wie z.B. durch die Miete für ein Gerät oder Dienstleistungspauschale für Transportkosten des Gerätes bzw. Bereitstellung zusätzlicher Behälter, etc.), können die Mehraufwendungen neben den oben beschriebenen Versorgungskosten grundsätzlich zusätzlich in angemessener Höhe für einen Zeitraum von bis zu 21 Tagen im Jahr übernommen werden. Als angemessene Höhe wird ein Betrag von ca. 300,00 € bis 400,00 € angesehen.

Wir konnten mehrere Krankenkassen im Rahmen aufsichtsrechtlicher Prüfungen davon überzeugen, dass die o.g. Grundsätze entsprechend gelten, wenn eine Sauerstoffversorgung aus medizinischen Gründen während eines Auslandsurlaubs in Ländern der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes, der Schweiz oder in Ländern, mit denen Sozialversicherungsabkommen bestehen, erforderlich ist. Eine Kostenerstattung kann jedoch nur dann erfolgen, wenn sich ein solcher Anspruch nach innerstaatlichem oder vorrangigem über- bzw. zwischenstaatlichen Recht ergibt.

Internationale Kontakte und Konferenzen

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

So hat im Berichtsjahr das Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Bundesversicherungsamt als Sachverständigen zu den Gesprächen zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Ukraine ebenso wie zur Revision der Vereinbarung mit Québec hinzugezogen.

Bei der deutsch-tschechischen, deutsch-österreichischen und deutsch-italienischen Verbindungsstellenbesprechung ging es vor allem um materiellrechtliche Fragen zum jeweiligen nationalen Recht und zu den Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 (z.B. Anerkennung von Kindererziehungszeiten bei Erziehung in einem anderen Mitgliedstaat). Ebenso wurden die Folgen der jeweiligen Organisationsreformen diskutiert sowie Verfahrensfragen gelöst, um im Interesse der Versicherten die langwierigen Verwaltungsverfahren insgesamt zu beschleunigen.

5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

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

5. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

5.1 Gerichtsverfahren / Statistik

Gerichtsverfahren / Statistik

Im Jahre 2007 wurde das Bundesversicherungsamt an insgesamt 43 neuen gerichtlichen Verfahren beteiligt. Diese unterteilen sich in 30 Klage- und 13 vorläufige Rechtsschutzverfahren. In fast allen Fällen (42) wurden Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes beklagt. In einem Fall ist das Bundesversicherungsamt beigeladen worden.

Wie in den Vorjahren steht die Mehrzahl der Rechtsstreite (35) im Zusammenhang mit der Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes für Aufsichtsangelegenheiten. Demgegenüber wurde das Bundesversicherungsamt in acht neuen Fällen in seiner Funktion als Verwaltungsbehörde beteiligt. Hiervon betreffen zwei Rechtsstreite den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen, drei Prozesse das Mutterschutzrecht, zwei Gerichtsverfahren Prüfungsangelegenheiten aus dem Bereich des gehobenen Dienstes der Sozialversicherungsträger sowie ein Fall die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke.

Während des Jahres 2007 sind 35 Urteile und Beschlüsse in Klage- und vorläufigen Rechtsschutzverfahren unter Beteiligung des Bundesversicherungsamtes ergangen. Dabei wurden insgesamt vier Rechtsstreite (zwei Revisionen, zwei Nichtzulassungsbeschwerden) letztinstanzlich durch das Bundessozialgericht entschieden. In neun Verfahren ergingen Entscheidungen von Landessozialgerichten. Die erstinstanzlich zuständigen Sozialgerichte haben 22 Rechtsstreite entschieden, an denen das Bundesversicherungsamt beteiligt war. 69

Gerichtsverfahren konnten auf nicht-streitigem Wege (Klagerücknahme, Erledigung, Vergleich) abgeschlossen werden.

Dabei ist festzuhalten, dass das Bundesversicherungsamt in der großen Mehrzahl der vorgenannten Rechtsstreite seine von ihm vertretene Rechtsansicht vor Gericht durchsetzen konnte. In 28 Fällen haben die Gerichte Klagen oder Anträge auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes gegen Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes durch Urteil oder Beschluss zurückgewiesen. 56 Prozesse wurden durch die Rücknahme des Rechtsmittels erledigt.

Insgesamt 11 Rechtsstreite konnten rechtskräftig durch letztinstanzliche gerichtliche Entscheidung beendet werden.

Von besonderer Bedeutung für die Aufsichtspraxis des Bundesversicherungsamtes war das Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts vom 14. Februar 2007 zur Veröffentlichungspflicht der Vorstandsvergütung von Krankenkassen (Az.: B 1 A 3/06 R). Das Bundesversicherungsamt hat in diesem Bereich mehr als 20 Rechtsstreite geführt und wurde nun durch die Entscheidung des Bundessozialgerichts in seiner Verwaltungspraxis bestätigt.

Gegenstand des o. g. Verfahrens war ein aufsichtsrechtlicher Bescheid des Bundesversicherungsamtes, durch den eine Betriebskrankenkasse verpflichtet wurde, die Höhe der jährlichen Vergütung ihres Vorstandes einschließlich Nebenleistungen und Versorgungsregelungen im Bundesanzeiger und in ihrer Mitgliederzeitschrift zu veröffentlichen.

Gegen diesen Bescheid beschränkten sowohl die Krankenkasse als auch ihr Vorstand als

natürliche Person den Rechtsweg. Zur Begründung wiesen die Kläger u. a. darauf hin, die gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsgehälter in § 35a Abs. 6 Satz 2 SGB IV sei mit dem grundrechtlich geschützten Recht auf informationelle Selbstbestimmung unvereinbar.

Das Bundessozialgericht hat sich dieser Argumentation nicht angeschlossen.

Die Klage der Krankenkasse wurde vielmehr als unbegründet abgewiesen. Der durch die Veröffentlichungspflicht verursachte Eingriff in das Grundrecht des Vorstandes sei verfassungsrechtlich gerechtfertigt. Insbesondere habe der Gesetzgeber mit der Verpflichtung zur Veröffentlichung von Vorstandsgehältern legitime Zwecke (Förderung der Transparenz im Gesundheitswesen sowie Stärkung der Souveränität der Versicherten bei der Auswahl ihrer Krankenkasse) verfolgt.

Die Klage des Vorstandes wurde als unzulässig abgewiesen, da er am Verhältnis zwischen Aufsichtsbehörde und Versicherungsträger nicht beteiligt sei. Der Vorstand als natürliche Person und Grundrechtsträger könne sich nicht gegen eine aufsichtsrechtliche Verfügung des Bundesversicherungsamtes wenden, die im internen Verhältnis zur Krankenkasse ergeht, sondern habe im Rahmen seines Dienstvertragsverhältnisses insoweit eigenständige Rechtsschutzmöglichkeiten.

Im Anschluss an die vorgenannte Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts konnte die Erledigung weiterer Parallelrechtsstreite herbeigeführt werden.

Den 43 neuen Rechtsstreiten des Jahres 2007 stehen damit 80 erledigte Verfahren gegenüber. Im Ergebnis führt dies dazu, dass sich die Zahl von 361 Rechtsstreiten

zu Beginn des Jahres 2007 auf 324 Fälle zum Ende des Jahres 2007 reduziert hat.

Strafanzeigen / Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaften

Im Laufe des Jahres 2007 kam es in verstärktem Maße zur Zusammenarbeit des Bundesversicherungsamtes mit verschiedenen Staatsanwaltschaften. Teilweise war das Bundesversicherungsamt selbst gezwungen, Strafanzeige zu erstatten. In anderen Fällen wurde das Bundesversicherungsamt unterstützend bei der Aufklärung von Straftaten im Bereich der Sozialversicherungsträger hinzugezogen. Die Zusammenarbeit mit den Strafverfolgungsbehörden wurde von beiden Seiten geschätzt und erwies sich als fruchtbar für die Aufklärung und Verfolgung von Straftaten zum Nachteil der Versichertengemeinschaft.

Letztlich ist dies einerseits Ausdruck eines bedauernswerten Trends, wonach auch der Bereich der Sozialversicherung von strafrechtlich relevantem Fehlverhalten nicht verschont bleibt. Andererseits zeigt die Aufdeckung und Verfolgung der entsprechenden Straftaten die Wirksamkeit der Aufsicht über die Versicherungsträger durch das Bundesversicherungsamt. Es bleibt zu hoffen, dass durch die nachdrückliche Strafverfolgung eine abschreckende Wirkung erzielt wird.

5.2 Selbstverwaltung

Amtsenthebung und fristlose Kündigung von Vorständen gesetzlicher Krankenkassen

Im Berichtszeitraum sah sich das Bundesversicherungsamt mit zwei Fällen konfron-

tiert, die zu einer engen Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaften führte.

Im Falle einer zwischenzeitlich fusionierten BKK erstattete das Bundesversicherungsamt aufgrund von Erkenntnissen, die den Anfangsverdacht strafrechtlicher Handlungen nahe legten, u.a. gegen den Vorstand Anzeige bei der zuständigen Staatsanwaltschaft (siehe die Ausführungen Teil PDK). Im Falle einer anderen ebenfalls zwischenzeitlich fusionierten BKK leitete der Fusionspartner ein entsprechendes Verfahren gegen den Vorstand einer der Fusionskassen ein und kündigte ihm fristlos.

In beiden Fällen hat die Staatsanwaltschaft Ermittlungen eingeleitet, die Verfahren sind noch nicht abgeschlossen.

Im erstgenannten Falle unterstützte das Bundesversicherungsamt die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft durch eine Prüfung der Kasse.

Nach Aufdeckung der strafrechtlich relevanten Sachverhalte wurde der Vorstand auf Betreiben des Bundesversicherungsamtes durch den Verwaltungsrat seines Amtes enthoben und die fristlose Kündigung ausgesprochen. Das Bundesversicherungsamt hat außerdem sowohl das staatsanwaltschaftliche Verfahren als auch die Schadensklärung und -beitreibung eng begleitet und den Verwaltungsrat der Fusionskasse bei dem weiteren Vorgehen beraten.

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

Nach freiwilligen Vereinigungen finden keine Sozialwahlen zu den Selbstverwaltungsorganen des nach der Vereinigung entstehenden neuen Sozialversicherungsträgers statt. Vielmehr sind die Mitglieder

und stellvertretenden Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane des durch Vereinigung entstehenden Trägers durch die Aufsichtsbehörde zu berufen. Die Berufung erfolgt auf der Grundlage eines gemeinsamen Vorschlags, der durch die Vertreterversammlungen der bisherigen Sozialversicherungsträger zu beschließen ist. Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde prüft den Berufungsvorschlag dahingehend, ob dieser formal ordnungsgemäß zustande gekommen ist, die Zahl der Vorgeschlagenen der satzungsmäßigen Größe der Selbstverwaltungsorgane entspricht, die Vorgeschlagenen die Wählbarkeitsvoraussetzungen erfüllen und ihre Zustimmung zur Berufung erklärt haben. Über diese Rechtmäßigkeitsprüfung hinaus steht dem Bundesversicherungsamt kein weiteres Prüfrecht zu.

Infolge des hohen Vereinigungsdrucks seitens der Politik und des Gesetzgebers auf die gewerblichen Berufsgenossenschaften bereitet es den Mitgliedern der Vertreterversammlungen zunehmend Schwierigkeiten, sich auf einen gemeinsamen Vorschlag zu einigen; insbesondere dann, wenn nicht mehr alle bisherigen Mitglieder oder Listen in den Selbstverwaltungsorganen des neuen Sozialversicherungsträgers vertreten sein können bzw. sollen.

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

Die nicht berücksichtigte Liste und deren Vertreter haben in einem Fall den Berufsbescheid des Bundesversicherungsamtes nach der Fusion durch eine Klage vor dem zuständigen Sozialgericht angegriffen. In dem anderen Fall haben die Liste und ihr Vertreter bereits vor dem Fusionszeitpunkt und vor der Berufung durch das Bundesversicherungsamt die Beschlüsse der Vertreterversammlungen gerichtlich im einstweiligen Rechtsschutzverfahren angegriffen, so dass es hier trotz vollzogener Vereinigung zum 1. Januar 2008 zunächst zu keiner Berufung der Mitglieder der Vertreterversammlung kommen konnte.

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

Nach unserer Auffassung hat das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde im Rahmen der Berufung, wie oben dargestellt, nur eingeschränkte Kompetenzen. Die Auswahl der zukünftig in der Vertreterversammlung vertretenen Mitglieder gehört zum Kernbereich der Selbstverwaltung, in den die Aufsicht nur sehr eingeschränkt eingreifen kann. Keinesfalls kann sie an die Stelle des Selbstverwaltungsorgans treten und dessen Auswahlentscheidung ersetzen.

Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat in seinem Beschluss vom 12. Dezember 2007 die Auffassung vertreten, die Aufsichtsbehörde sei bei der Berufung der Mitglieder der Organe nicht an den vorgelegten Vorschlag der beteiligten Berufsgenossenschaften gebunden. Die Prüfungskompetenz erstreckt sich nicht nur auf die Rechtmäßigkeit des Zustandekommens des Beschlusses, sondern auch auf die inhaltli-

che Rechtmäßigkeit des Beschlusses hinsichtlich des Vorschlags zur Berufung der Organmitglieder. Die Frage, wie weit die Prüfungskompetenz letztlich gehe, hat das Gericht jedoch offen gelassen.

Eine abschließende gerichtliche Klärung in beiden Verfahren steht noch aus.

Zusammensetzung des Verwaltungsrates nach kassenartübergreifenden Vereinigungen von Krankenkassen nach § 171a SGB V

2007 hatte das Bundesversicherungsamt erstmals in zwei Fällen die Berufung der Mitglieder des neuen Verwaltungsrates nach einer kassenartübergreifenden Vereinigung vorzunehmen.

Besonderheiten bei der Berufung ergaben sich daraus, dass an den kassenartübergreifenden Vereinigungen Ersatzkassen beteiligt waren. Es war zu klären, welcher Gruppe die Mitglieder des Verwaltungsrates einer Ersatzkasse nach einer kassenartübergreifenden Vereinigung angehören müssen.

§ 44 Abs. 1 Nr.1 SGB IV bestimmt, dass sich die Selbstverwaltungsorgane grundsätzlich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammensetzen.

Der Verwaltungsrat einer Ersatzkasse setzte sich bisher gemäß § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IV ausschließlich aus Vertretern der Versicherten zusammen.

Durch das GKV-WSG wurde § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IV mit Wirkung vom 1. April 2007 wie folgt gefasst: „Die Selbstverwaltungsorgane setzen sich zusammen bei den Ersatzkassen aus Vertretern der Versicherten; dies gilt nicht nach Fusion mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart oder bei der Gründung neuer Institutionen.“

Das Bundesversicherungsamt ist der Auffassung, dass damit bei kassenartübergreifenden Fusionen die bisher für die Ersatzkassen geltende Ausnahme, wonach in dem Verwaltungsrat nur Versicherte vertreten sind, nicht gilt. Daher ist nach kassenartübergreifenden Fusionen, auch wenn die zukünftige Kasse eine Ersatzkasse sein soll, die grundsätzlich für die Selbstverwaltungsorgane aller Sozialversicherungsträger geltende paritätische Besetzung gemäß § 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV anzuwenden. Der Verwaltungsrat einer Ersatzkasse, die mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart fusioniert, ist demnach auf Dauer paritätisch zu besetzen.

Die Formulierung „nach Fusionen“ kann nur als zeitliche Zäsur verstanden werden. Immer dann, wenn eine kassenartübergreifende Fusion stattgefunden hat, findet die für Ersatzkassen geltende Sonderregelung für die fusionierte Kasse keine Anwendung mehr, selbst wenn es sich weiterhin um eine Ersatzkasse handelt. Daher ist nicht nur der Verwaltungsrat einer aus Fusion einer Ersatzkasse und einer BKK hervorgegangenen Ersatzkasse paritätisch zu besetzen, sondern auch der neue Verwaltungsrat, der in den nächsten allgemeinen Sozialversicherungswahlen gewählt wird. Dies gilt auch dann, wenn diese Kasse wieder mit einer Ersatzkasse fusioniert. Bestandsschutz besteht lediglich bei einer Fusion unter historisch entstandenen Ersatzkassen.

Enthielt bei einer kassenartenübergreifenden Fusion, an der eine Ersatzkasse beteiligt war, der Vorschlag zur Berufung der Organmitglieder in der Gruppe der Arbeitgebervertreter Personen, die bisher als Versichertenvertreter Mitglied im Verwaltungsrat der beteiligten Ersatzkasse waren, wurden die Wählbarkeitsvoraussetzungen intensiv geprüft.

5.3 Personal- und Dienstrecht sowie Verwaltung

Mitteilung über die Neuberechnung nach der „EinstufHöGrV“

Gemäß § 2 Abs. 3 der Verordnung zur Festlegung von Höchstgrenzen für die besoldungsrechtliche Einstufung der Dienstposten in der Geschäftsführung bundesunmittelbarer Körperschaften im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung und der landwirtschaftlichen Sozialversicherung sowie von Obergrenzen für die Zahl der Beförderungssämter im Jahr 2007 (sog. EinstufHöGrV) war drei Jahre nach der erstmals am 6. Dezember 2004 erfolgten Veröffentlichung der betreffenden Punktwerte eine Neuberechnung vorzunehmen. Am 24. September 2007 wurden durch das BVA die betreffenden Punktwerte für die Berufsgenossenschaften auf der Basis der zugrunde zu legenden Zahlenwerte der Jahre 2004 bis 2006 veröffentlicht. Die Neuberechnung führte bei drei bundesunmittelbaren Körperschaften – wegen z.B. der gesunkenen Zahl der Mitgliedsunternehmen oder entsprechend geringerer Fallzahlen – dazu, dass sich die Höchstgrenze für die Besoldung der Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer jeweils um eine Besoldungsgruppe verringerte.

Genehmigung der Stellenpläne der Berufsgenossenschaften im Rahmen von Vereinigungen

Im Zusammenhang mit der Genehmigung von Vereinigungen bundesunmittelbarer Unfallversicherungsträger ist gemäß § 147 Abs. 2 SGB VII auch der Stellenplan als Bestandteil der Dienstordnung des neu gebildeten Trägers vom Bundesversicherungsamt zu genehmigen.

Wir haben die Träger vor dem Hintergrund der im Berichtszeitraum diskutierten Reform des Unfallversicherungsrechts und die in diesem Zusammenhang erwarteten Einspareffekte darauf hingewiesen, dass ihre „Fusionsstellenpläne“ hinreichende fusionsbedingte Synergieeffekte erkennen lassen müssen. Dies gelte insbesondere für Querschnittsbereiche sowie für sog. Funktionsstellen. Bei Letzteren handelt es sich um außerhalb des Stellenschlüssels geführte Stellen, für die in der Vergangenheit wegen besonderer Aufgabenstellung ein unabweisbarer Bedarf entstanden war (z.B. Geschäftsführer von Bezirksverwaltungen). Diese Stellen werden im Rahmen einer Vereinigung nunmehr regelmäßig einer kritischen Prüfung unterzogen. In diesem Zusammenhang fordert das Bundesversicherungsamt die Berufsgenossenschaften zur Vorlage von Unterlagen auf, aus denen das zukünftige Personalkonzept der vereinigten Berufsgenossenschaft deutlich wird.

Arbeits- und Bereitschaftszeiten von Krankenhausärzten

Anfang 2007 erhielt das Bundesversicherungsamt wiederholt Beschwerden von in Krankenhäusern arbeitenden Ärzten eines bundesunmittelbaren Trägers wegen schwerwiegender Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz. Bemängelt wurde von den Beschwerdeführern jeweils, dass entgegen den Neuregelungen der täglichen Arbeitszeit nach dem Auslaufen der Übergangsregelung für Tarifverträge nach § 25 Arbeitszeitgesetz zum 31. Dezember 2006 in verschiedenen Bereichen des Trägers die erforderlichen Änderungen von ihm weder umgesetzt worden seien noch geplant sei, die Arbeitszeit künftig gesetzeskonform zu gestalten. So werde nach wie vor ohne Einverständnis einzelner Ärzte (sog. „opt-out-Regelung“) nicht nur weiterhin 24-

Stunden lang gearbeitet, für Bereitschaftsdienste sei die Mindeststundenzahl von 28 Stunden im Dienstplan vorgesehen. Diese Mindeststundenzahl, werde auch noch häufig übertroffen, so dass im Regelfall von Dienstzeiten um die 30 Stunden oder mehr auszugehen sei.

Wir haben die Beschwerden der Beschäftigten zum Anlass genommen, uns von der Geschäftsführung des Trägers konkret über den Stand der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes nach dem Auslaufen der Übergangsregelung zum 31. Dezember 2006 informieren zu lassen. Es wurde uns von diesem darauf hin detailliert dargelegt, dass in allen seinen Krankenhäusern mit Nachdruck daran gearbeitet werde, die Arbeitszeitregelungen gesetzeskonform in den jeweiligen Bereichen umzusetzen. Für den Fall weiterer Beschwerden wegen Verstößen gegen das Arbeitszeitgesetz haben wir uns aber vorbehalten, ggf. örtliche Prüfungen vor Ort vorzunehmen.

Abfrage der Nebentätigkeiten von Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern der Berufsgenossenschaften

Nachdem das Bundesversicherungsamt zuletzt im Jahre 1995 die Nebentätigkeiten der Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer der Berufsgenossenschaften abgefragt hatte, forderten wir die Berufsgenossenschaften mit Schreiben vom 4. Oktober 2006 sowie 27. Dezember 2007 auf, die Nebentätigkeiten für den Zeitraum 2003 bis 2005 bzw. 2006 mitzuteilen.

Die Abfrage umfasste sämtliche Arten von Nebentätigkeiten der Geschäftsführer und der stellvertretenden Geschäftsführer sowie alle hierbei erzielten Einnahmen. Nach den Bestimmungen des Nebentätigkeitsrechts sind alle Nebentätigkeiten zunächst genehmigungspflichtig (§ 65 Bundesbeam-

tengesetz – BBG), soweit nicht eine der in § 66 BBG abschließend aufgezählten Ausnahmen zutrifft. Zu diesen Ausnahmen gehören auch Tätigkeiten im wissenschaftlichen Bereich bzw. für Lehr- und Vortrags-tätigkeiten (§ 66 Abs. 1 Nr. 3, 4 BBG). Diese sind jedoch unter Angabe von Art und Umfang sowie der voraussichtlichen Höhe der Entgelte und geldwerten Vorteile in jedem Einzelfall nach § 66 Abs. 2 Satz 1 BBG schriftlich anzuzeigen.

Wir haben die Träger in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass nach der auch im Bereich der Berufsgenossen-schaften grundsätzlich anzuwendenden Bundesneben-tätigkeitsverordnung (BNV) gemäß § 6 Abs. 3 eine Ablieferungspflicht gegenüber dem Dienstherrn besteht, sofern die Vergütung den Betrag übersteigt, der dem DO-Angestellten zu belassen ist. Hiervon ausgenommen sind analog § 7 BNV sog. privilegierte Tätigkeiten, wie insbesondere solche zu Lehr- und Vor-tragszwecken oder Tätigkeiten im wissen-schaftlichen Bereich, bei der eine Abliefe-rungspflicht nur in Höhe von 50 Prozent besteht.

Ferner wurde von uns darauf hingewiesen, dass die Summe aller wahrgenommenen Nebentätigkeiten grundsätzlich 1/5 der re-gelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit nicht übersteigen darf (§ 65 Abs. 4 Satz 2 BBG). Bei Überschreiten dieser Grenze sei in der Regel davon auszugehen, dass die Wahrnehmung von Nebentätigkeiten dienstliche Interessen beeinträchtigt.

Aufhebung der rechtswidrigen Be-förderung eines leitenden Dienstord-nungsangestellten einer Berufsgenos-senschaft

Mit Verpflichtungsbescheid vom 23. März 2000 stellte das Bundesversicherungsamt

fest, dass der Beschluss des Vorstandes ei-ner Berufsgenossenschaft, einen Beschäf-tigten in die nächsthöhere Besoldungs-gruppe (von B 2 nach B 3) zu befördern, rechtswidrig war. Bei diesem handelte es sich um einen Dienstordnungsangestellten (DO-Angestellten), der also einer Arbeit-nehmergruppe zugehörig ist, die trotz ihres formalen Arbeitnehmerstatus hinsichtlich der materiellen Arbeitsbedingungen aber nahezu vollständig den Beamten gleichge-stellt ist. Zugleich forderte das Bundesver-sicherungsamt die Berufsgenossenschaft auf, die dem DO-Angestellten entspre-chend überzahlten Dienstbezüge unter Be-achtung der Bestimmungen der Dienstord-nung einschließlich des Stellenplanes zu-rückzufordern. Nachdem die Berufsgenos-senschaft hiergegen Klage erhoben hatte, bestätigte das zuständige Landessozialge-richt mit Urteil vom 20. März 2007 die Rechtsauffassung des Bundesversiche-rungsamtes und stellte fest, dass die Beför-derung des DO-Angestellten gemäß § 147 SGB VIII nichtig war, da sie gegen den Stellenplan als Bestandteil der – vom Bun-desversicherungsamt zu genehmigenden – Dienstordnung verstoßen hat.

Die Beförderung des inzwischen pensio-nierten DO-Angestellten musste daher von der Berufsgenossenschaft rückwirkend aufgehoben werden. Im Zusammenhang mit einem von dem DO-Angestellten hier-gegen angestregten arbeitsgerichtlichen Verfahren verpflichtete sich dieser gegen-über seinem früheren Arbeitgeber zudem zu einer Rückzahlung überzahlter Versor-gungsbezüge.

Umsetzung des Bundesgleichstel-lungsgesetzes bei den Trägern

Nach § 16 Bundesgleichstellungsgesetz (BGleiG) vom 5. Dezember 2001 i.d.F.

vom 14. August 2006 ist in jeder Dienststelle mit regelmäßig mindestens 100 Beschäftigten aus dem Kreis der weiblichen Beschäftigten eine Gleichstellungsbeauftragte sowie eine Stellvertreterin zu wählen und von der Dienststelle zu bestellen. Dieser gesetzlichen Regelung sind einige bundesunmittelbare Krankenkassen und eine Berufsgenossenschaft aus einer Vielzahl von Gründen bis Anfang des Jahres 2007 nicht nachgekommen, haben dies aber auf Drängen des Bundesversicherungsamtes weitgehend in 2007 nachgeholt.

Die oftmals angeführte Begründung, die Wahl nach dem BGleiG sei nicht durchführbar, da eine Wahl einer Gleichstellungsbeauftragten durch die weiblichen Beschäftigten nunmehr gegen das seit dem 14. August 2006 in Kraft getretene Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verstoßen würde, überzeugte nicht. Das BGleiG steht in Bezug auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger derzeit nicht im Widerspruch zum AGG, da neben den in §§ 8 bis 10 und 20 AGG genannten Rechtfertigungsgründen eine „Ungleichbehandlung“ auch dann zulässig ist, wenn dadurch bestehende Nachteile tatsächlicher oder struktureller Art verhindert oder ausgeglichen werden sollen. Der Gesetzgeber hat in der Gesetzesbegründung zu § 5 AGG insbesondere auch auf Gesetze zur Gleichstellung von Frauen und Männern (z.B. BGleiG, LGG) als gezielte Maßnahmen zur Förderung bisher benachteiligter Gruppen Bezug genommen. Das BGleiG verfolgt ausdrücklich das Ziel, bestehende Nachteile für Frauen abzubauen und nimmt für die Erreichung dieses Ziels eine Ungleichbehandlung von Männern und Frauen in Kauf. Ein solcher Nachteil für Frauen ist u.a. die fehlende paritätische Besetzung auf allen Entscheidungsebenen. Bis zum Abbau der Unterrepräsentanz von

Frauen z.B. im Bereich der Führungsebenen ist ihre Bevorzugung nach dem BGleiG und dem AGG gerechtfertigt und bedeutet keine unzulässige Ungleichbehandlung. Somit ist die Ungleichbehandlung gem. § 5 AGG zulässig. Auch § 16 Abs. 1 S. 1 BGleiG, der nur die Wahl einer weiblichen Gleichstellungsbeauftragten zulässt, steht im Einklang mit den Regelungen in §§ 8 Abs. 1 und § 5 AGG.

Veröffentlichungspflicht der Vorstandsvergütung (§ 35a Abs. 6 Satz 2 SGB IV)

Seit 2004 sind die Krankenkassen verpflichtet, jeweils zum 1. März eines Jahres im Bundesanzeiger sowie in ihrer Mitgliederzeitschrift die Höhe der jährlichen Vergütungen ihrer Vorstandsmitglieder zu veröffentlichen (§ 35a Abs. 6 Satz 2 SGB IV). Nachdem im Jahr 2006 erstmals die Veröffentlichungen von den Spitzenverbänden der jeweiligen Kassenart koordiniert und in einer gemeinsamen tabellarischen Übersicht vorgenommen wurde, erfolgten die Veröffentlichungen in überwiegender Zahl zu dem vom Gesetzgeber festgesetzten Zeitpunkt für die Veröffentlichung, dem 1. März eines jeden Jahres. Allerdings wurden dabei häufig variable Bezügebestandteile nicht, wie von den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder gefordert, mit konkreten Beträgen, sondern nur in erreichbaren Prozentsätzen ausgewiesen.

Einzelne Krankenkassen hatten sich im Jahr 2004 und in den Folgejahren geweigert, der gesetzlichen Veröffentlichungspflicht nachzukommen; sie sahen in der Veröffentlichungspflicht einen Verstoß gegen das Grundgesetz, weil dadurch das Grundrecht ihres Vorstandes auf informationelle Selbstbestimmung verletzt werde und hatten insoweit gegen die vom Bun-

desversicherungsamt erlassenen Verpflichtungsbescheide Klage erhoben. Am 14. Februar 2007 hat der 1. Senat des Bundessozialgerichts (Az.: B 1 A 3/06 R) entschieden, dass die vom Bundesversicherungsamt ausgesprochene Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsgehälter rechtmäßig sei; § 35a Abs. 6 Satz 2 SGB IV sei sowohl verfassungsgemäß als auch europarechtskonform (siehe Ausführungen unter Punkt 5.1)

Seit dem Jahr 2004 wurden wegen Nichtveröffentlichung der Vorstandsvergütungen insgesamt 26 Klageverfahren von 23 Kassen gegen Verpflichtungsbescheide des Bundesversicherungsamtes betrieben. Von den 26 Klageverfahren sind bislang 18 Verfahren abgeschlossen und rechtskräftig. Die – auch rückwirkende – Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen in diesen Fällen wird vom Bundesversicherungsamt aufsichtsrechtlich überwacht und ggf. auch durchgesetzt. Das Bundesversicherungsamt vertritt die Auffassung, dass vor dem Hintergrund der eindeutigen höchstrichterlichen Rechtsprechung die Fortführung der Rechtsstreite nach Vorliegen eines erstinstanzlichen Urteils unwirtschaftlich ist. Im Hinblick auf die durch die Fortführung der Verfahren evtl. der Versichertengemeinschaft entstehenden Kosten behält sich das Bundesversicherungsamt vor, die Prüfung der Geltendmachung von Regressforderungen vorzunehmen.

5.4 Organisation – Datenverarbeitung

Anzeigen nach § 85 Abs. 1 Satz 2 bis Satz 6 SGB IV

Gemäß § 85 Abs. 1 Satz 2 bis Satz 5 SGB IV haben die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung die Absicht, Datenverarbei-

tungsanlagen, Datenverarbeitungssysteme oder Programme anzukaufen, zu leasen, anzumieten oder sich an solchen zu beteiligen, der Aufsichtsbehörde vor Abschluss verbindlicher Vereinbarungen so umfassend und rechtzeitig anzuzeigen, dass der Aufsichtsbehörde vor Vertragsabschluss ausreichend Zeit zur Prüfung und Beratung des Versicherungsträgers bleibt.

Die immer bedeutender werdende Rolle der Datenverarbeitung im Geschäfts- bzw. Verwaltungsbereich der Sozialversicherungsträger sowie die damit verbundenen kaufmännischen und betriebswirtschaftlichen Risiken wirken sich zunehmend auch auf die Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit den hiermit befassten Aufsichtsbehörden aus. Nicht selten legen Träger der Aufsichtsbehörde nach einer längeren Phase der Entscheidungsfindung ihre Beschaffungspläne mit der Bitte um eine beschleunigte Prüfung vor, da von nun an jeder Tag eine gravierende Verzögerung des Projektes bedeutet. Diese nachvollziehbare Interessenlage der Träger war mit ein Grund, auf der 70. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden am 25. und 26. April 2007 einen überarbeiteten Grundleitfaden für Anzeigen nach § 85 Abs. 1 Satz 2 bis 6 SGB IV zu beschließen. Die Abkehr von der Vorstellung, dass es sich bei dem Anzeigevorgang stets um einen einstufigen Akt handelt, mündet nunmehr in der Option, in geeigneten Fällen durch frühzeitige und laufende Information der Aufsicht einen interaktiven Prozess zu unterstützen, an dessen Ende ein sehr zeitnahes Prüfungsergebnis über die Wirtschaftlichkeit des Vorhabens stehen kann. Neben einer Verkürzung der Wartezeit bietet ein solches Verfahren der Aufsicht auch die Möglichkeit, rechtzeitig Bedenken oder Hinweise einfließen zu lassen.

Trotz des teilweise höheren Arbeitsaufwandes bei den Beteiligten hat sich in

komplexen Vorgängen die Abkehr von dem starren Anzeigeprinzip durchaus bewährt.

5.5 Vergaberecht

Vergabe bei Verträgen der gesetzlichen Krankenkassen im Leistungsbereich

Auch im Jahr 2007 war die Einhaltung der Vergabevorschriften Gegenstand der Aufsichtstätigkeit. Im Blickpunkt standen in diesem Jahr dabei insbesondere Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Vergabe von Verträgen der gesetzlichen Krankenkassen im Leistungsbereich.

Das SGB V lässt die Frage, ob derartige Verträge öffentlich auszuschreiben sind bzw. welche Anforderungen an eine solche Ausschreibung zu stellen sind, weitgehend offen. Auch die Neuregelungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) haben nicht immer zu einer Klärung beigetragen, sondern zum Teil sogar zu weiteren Auslegungsproblemen geführt. Die Vielzahl von Eingaben und Anfragen, die im Jahre 2007 zu der gesamten Thematik eingegangen sind, haben dies sehr deutlich gemacht.

Problematisch waren und sind in diesem Zusammenhang insbesondere die rechtliche Einordnung der gesetzlichen Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber im Sinne des § 98 Nr. 2 GWB sowie Fragen der Ausschreibung von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen nach § 130a Abs. 8 SGB V.

Bezüglich der Auftraggebereigenschaft der gesetzlichen Krankenkassen hat sich das Bundesversicherungsamt bereits in Jahre 2005 in einem Rundschreiben geäußert und die Auffassung vertreten, dass die Krankenkassen öffentliche Auftraggeber

im Sinne des § 98 Nr. 2 GWB sind. Diese Ansicht wird von den Aufsichtsbehörden der Länder geteilt.

Auch die 1. Vergabekammer des Bundes hat am 9. Mai 2007 die öffentliche Auftraggebereigenschaft der gesetzlichen Krankenkassen ausdrücklich bejaht. Die Entscheidung ist zwar noch nicht rechtskräftig, da hiergegen Beschwerde beim OLG Düsseldorf eingelegt wurde, das seinerseits das Verfahren zwischenzeitlich ausgesetzt und mit Beschluss vom 23. Mai 2007 dem EuGH zur Entscheidung vorgelegt hat (Az.: VII-Verg 50/06). Das Bundesversicherungsamt fühlt sich durch die Entscheidung der 1. Vergabekammer, aber auch durch die Ausführungen des OLG Düsseldorf in seinem Vorlagebeschluss in seiner bisherigen Rechtsauffassung bestätigt und hält hieran bis zu einer eindeutigen gegenteiligen Entscheidung des EUGH fest.

Thematische Schwerpunkte bildeten im Jahre 2007 daneben vergaberechtliche Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Abschluss von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen. Die Regelung des § 130a Abs. 8 SGB V – also die Möglichkeit zum Abschluss derartiger Verträge – war nicht neu. Allerdings hat der Gesetzgeber durch das GKV-WSG flankierende Regelungen im Arzneimittelverordnungs- und Abgabebereich getroffen und nicht zuletzt die Vielzahl von Eingaben in diesem Bereich unterstreicht, dass den Verträgen seither eine größere Bedeutung zukommt.

Das Bundesversicherungsamt hat in einem Rundschreiben vom August 2007 zur Frage der Ausschreibungspflicht dieser Verträge ausführlich Stellung genommen und dies im Ergebnis bejaht. Entscheidend für die Beurteilung eines öffentlichen Auftrages ist dabei die vom Gesetzgeber in § 129

Abs. 1 S. 3 SGB V zu Gunsten von Rabattprodukten geregelte Substitutionspflicht. Dadurch, dass die Apotheken eine Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vornehmen müssen, wenn ein Rabattvertrag vorliegt, wird die jeweilige Auswahlentscheidung von den Krankenkassen vorgenommen. Gerade die exklusive Konkurrentenauswahl durch einen öffentlichen Auftraggeber ist das kennzeichnende Merkmal für das Vorliegen öffentlicher Aufträge. Beim Abschluss von Rabattverträgen findet somit die Leistungserbringung quasi durch die Krankenkassen statt, und dies spricht eindeutig für einen vergaberechtlich relevanten Beschaffungsvorgang.

Diese Rechtsauffassung ist zwischenzeitlich von der Rechtsprechung mehrfach bestätigt worden. So kommen etwa die 2. und 3. Vergabekammer des Bundeskartellamtes in ihren Entscheidungen vom 14. bzw. 15. November 2007 zu dem Ergebnis, dass Arzneimittel-Rabattverträge gesetzlicher Krankenkassen nach § 130a Abs. 8 SGB V öffentliche Aufträge sind und die Krankenkassen dementsprechend beim Abschluss dieser Verträge oberhalb der gesetzlich festgelegten Schwellenwerte das Kartellvergaberecht und die Verdingungsordnung für Leistungen (VOL/A) zu beachten haben. Der als Beschwerdegericht angerufene Vergabesenat beim OLG Düsseldorf hat dies daraufhin in seiner Entscheidung vom 19. Dezember 2007 bekräftigt. Der Vergabesenat hat das Beschwerdeverfahren zwar bis zu einer endgültigen Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) über die Frage der öffentlichen Auftraggebereigenschaft der gesetzlichen Krankenkassen ausgesetzt (s.o.). Der Senat lässt aber klar erkennen, dass es sich bei den Rabattverträgen um öffentliche Lieferaufträge im Sinne des Kartellvergaberechts handelt.

Das Bundesversicherungsamt fühlt sich hierdurch in seiner Auffassung bestätigt, dass beim Abschluss der Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V losgelöst von allen noch offenen Rechtsfragen jedenfalls ein Schutzstandard gewährleistet sein muss, der dem vergaberechtlichen Standard vor allem in Fragen der Transparenz und eines fairen Wettbewerbs gleichwertig ist.

5.6 Allgemeines Aufsichtsrecht

Outsourcing

Wie schon in den Vorjahren dargelegt wurde, dauert der Trend an, Aufgaben der Versicherungsträger auf Dritte zu übertragen. Diese Entwicklung wird sich voraussichtlich verstärken. Dies ist auch dadurch bedingt, dass im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes eine neue Rechtsgrundlage für dieses sog. Outsourcing geschaffen wurde. Nach § 197b Satz 1 SGB V können Krankenkassen die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder einen Dritten wahrnehmen lassen, wenn diese Aufgabenwahrnehmung wirtschaftlicher ist, im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. § 197b Satz 2 SGB V untersagt dabei die Aufgabenübertragung von wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten.

Die Anwendung dieser Vorschrift bereitet in der Praxis Probleme.

Wegen der systematischen Stellung im SGB V stellt sich die Frage, ob die Regelung nur für Krankenkassen oder auch für andere Sozialversicherungsträger gelten soll. Zudem enthält die Norm verschiedene unbestimmte Rechtsbegriffe, deren Auslegung möglicherweise zu Schwierigkeiten führen kann.

Letztlich geht das Bundesversicherungsamt allerdings davon aus, dass durch die Einführung des § 197b SGB V keine wesentlichen Änderungen der bisherigen Aufsichtspraxis im Bereich der Aufgabenübertragung auf Dritte erforderlich geworden sind. Insbesondere ist weiterhin anzunehmen, dass die Auslagerung hoheitlicher Aufgaben der Sozialversicherungsträger auf private Dritte unzulässig ist.

5.7 Vermögenswirtschaft

Genehmigungen und Anzeigen von Vermögensanlagen

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

Im Jahre 2007 wurde ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 58,9 Mio. € genehmigt bzw. angezeigt:

Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger			
Anlagegegenstand	Anlagevolumen in Millionen €		
	2005	2006	2007
Anzeigen:			
Beteiligungen	19,0*	43,3	27,0
Genehmigungen:			
Darlehen	6,9	3,7	4,1
Erwerb von Grundstücken	1,1	0,8	3,3
Baumaßnahmen	39,5	92,7	24,5
Summe	66,5	140,5	58,9

*Ab März 2005 wurden die bis dahin genehmigungsbedürftigen Beteiligungen anzeigepflichtig.

Das Anlagevolumen 2007 ist zwar gegenüber dem Vorjahr deutlich gesunken, die Zahl der genehmigungsbedürftigen und anzeigepflichtigen Bearbeitungsvorgänge ist jedoch um rund 50 Prozent gestiegen.

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2007 insgesamt 134 Vorgänge bearbeitet (2006: 88 Vorgänge/ 2005: 61 Vorgänge):

- Beteiligungen: 43
- Baumaßnahmen: 11
- Darlehen: 77
- Grundstückserwerbe: 3

Ferner wurden die Bauunterlagen für zwei Verwaltungsgebäude der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin mit einem Kostenvolumen von rund 180 Mio. € bau fachlich und bauwirtschaftlich geprüft. Aufgrund der Anregungen des Bundesversicherungsamts und des Bundesrechnungshofs werden die Planungen überarbeitet. Es ist davon auszugehen, dass die Genehmigungen auf der Grundlage der Überarbeitungen in 2008 erteilt werden können.

Im Jahr 2007 hat das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 41 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungsvolumen von 386 Mio. € geführt (2006: 51 laufende Projekte mit 436 Mio. € Volumen). Bei dreizehn Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 52,6 Mio. € wurden die Abschlussberichte geprüft (2006: 18 Projekte mit einem Volumen von 57 Mio. €).

Unzulässigkeit kreditfinanzierter Vermögensanlagen

Sozialversicherungsträger müssen ohne Kreditaufnahmen ausreichend liquide sein; eine sog. kreditfinanzierte Anlagepolitik ist

nicht zulässig. Diese Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes hat das Sozialgericht Düsseldorf (SG) am 13. Dezember 2007 bestätigt.

Auslöser dieses Rechtsstreites war die aufsichtsrechtliche Untersagung einer Festgeldanlage über einen Zeitraum von sechs Monaten durch eine Krankenkasse. Das Bundesversicherungsamt hatte die Untersagung verfügt, weil die Krankenkasse nicht ausschließen konnte, im Anlagezeitraum zur Finanzierung laufender Ausgaben tageweise Darlehen aufnehmen zu müssen. Tatsächlich war die Krankenkasse gezwungen, infolge der getätigten Festgeldanlage kurzfristige Tageskredite aufzunehmen. Die Krankenkasse rechtfertigte ihre Anlagepolitik mit der Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit; im Ergebnis hatte sie auch einen Ertrag erzielt, der höher als die Zinsbelastung durch die Tageskredite war. Das Bundesversicherungsamt argumentierte demgegenüber insbesondere mit dem Grundsatz der Liquiditätssicherung, d.h. der jederzeitigen Verfügbarkeit von Mitteln zur Finanzierung der Ausgaben nach §§ 80, 81 SGB IV, und nicht zuletzt dem grundsätzlichen Verbot der Darlehensaufnahme.

Das Sozialgericht hat die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigt. Es hat entschieden, dass die Krankenkasse gegen das Gebot der Gewährleistung einer ausreichender Liquidität im Sinne des § 80 Abs. 1 SGB IV verstoßen habe. Das Gesetz habe das Ziel möglichst hoher Kapitalerträge nicht zur entscheidenden Richtschnur für Vermögensanlagen gemacht; es verlange nicht die Erzielung eines „höchstmöglichen“ oder „möglichst hohen“, sondern eines „angemessenen“ Ertrags. Daher sei dem Gebot der Liquiditätssicherung Vorrang vor dem Grundsatz der Erzielung eines angemessenen Ertrags einzuräumen.

Eine ausreichende Liquidität setze voraus, dass eine Krankenkasse im Bedarfsfall zur Bestreitung ihrer laufenden Ausgaben kurzfristig über ihre finanziellen Mittel verfügen könne. Durch die gewählte Festgeldanlage sei jedoch eine schnelle Verfügbarkeit über die finanziellen Mittel nicht mehr gewährleistet gewesen, so dass die Krankenkasse Tageskredite in Anspruch nehmen musste. Als alternative kurzfristige Anlageform wäre eine teilweise Tagesgeldanlage in Frage gekommen.

Das Bundesversicherungsamt hat dem Anliegen der Krankenkasse zugestimmt, beim Sozialgericht die Zulassung der Revision zum Bundessozialgericht zu beantragen.

6. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

- 6.1 Allgemeines
- 6.2 Jahresausgleich 2006
- 6.3 Monatliches Verfahren
- 6.4 Risikopool
- 6.5 Prüfungen 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 RSA 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 Verordnungen 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 nicht in den Ausgleich einbezogen. Da somit nicht alle Ausgaben der Krankenkassen im Ausgleich berücksichtigungsfähig sind, werden Unterschiede in der Finanzkraft auch nur zu etwa 91 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. „Verhältniswerte“) für jede Krankenkasse einen individuellen Beitragsbedarf. Diesem Beitragsbedarf wird die Finanzkraft der einzelnen Krankenkassen gegenübergestellt, die das Beitragsaufkommen aufgrund unterschiedlich hoher beitragspflichtiger Einnahmen der Mitglieder berücksichtigt. Die Finanzkraft errechnet sich für jede Krankenkasse als Produkt aus ihrer kassenindividuellen Grundlohnsomme und dem vom Bundesversicherungsamt ermittelten, GKV-weit gültigen Ausgleichsbedarfssatz. Dieser wird so bestimmt, dass die Finanzkraft aller Krankenkassen insgesamt ausreicht, um sämtliche im RSA 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 sowie der 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 RSA und des Risikopools.

6.2 Jahresausgleich 2006

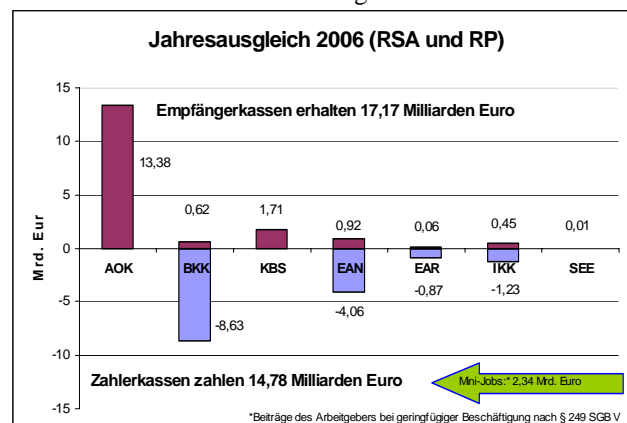
Die Jahresausgleiche 2006 für den RSA sowie den Risikopool wurden im November 2007 durchgeführt. Insgesamt 241 Krankenkassen nahmen am Jahresausgleichsverfahren teil. Das Umverteilungsvolumen im RSA betrug rund 16,4 Mrd. € Im Risikopool wurden rund 0,8 Mrd. € zwischen den Krankenkassen umverteilt. Insgesamt ergibt sich ein Umverteilungsvolumen für das Jahr 2006 von rund 17,2 Mrd. € (vgl. Abbildung), das damit etwa 820 Mio. € über dem Vorjahresergebnis liegt. Das Transfervolumen wird etwa zur Hälfte aus Unterschieden in der Finanzkraft und zur anderen Hälfte aus Unterschieden in der Risikostruktur bestimmt.

Zur Deckung der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im RSA in Höhe von 132,8 Mrd. € wurde ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz für das gesamte Bundesgebiet von 12,38 Prozent ermittelt. Im Risikopool wurden weitere 5,5 Mrd. € ausgeglichen; hierfür wurde ein weiterer Ausgleichsbedarfssatz von 0,57 Prozent erhoben. Die entsprechenden jährlichen durchschnittlich berücksichtigungs-

fähigen Leistungsausgaben für einen Versicherten im RSA betragen somit im Bundesdurchschnitt 1.819 € 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 2006 mit rund 2,77 Mrd. € über den RSA und mit rund 180 Mio. € über den Risikopool zu Gunsten der neuen Länder ausgeglichen worden.

Seit dem Jahr 2001 wird stufenweise ein gesamtdeutscher RSA auch für den Beitragsbedarf eingeführt. Die endgültige Rechtsangleichung ist im Jahre 2007 erreicht worden. Die Rechtskreisangleichung Ost und West war im Jahre 2006 mit einem Gewichtungsfaktor von 87,5 Prozent zu berücksichtigen. Für 2006 bedeutete dies einen zusätzlichen Transfer von den West-Krankenkassen zu den Ost-Krankenkassen in Höhe von rund 804 Mio. €

Abbildung

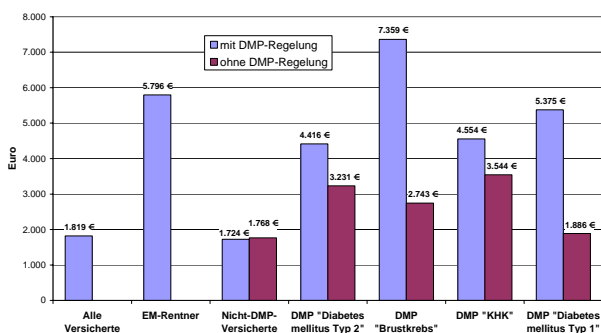


DMP im Jahresausgleich 2006

Seit dem Jahresausgleich 2003 werden für in Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) eingeschriebene Versicherte eigene Versichertengruppen gebildet. Im Jahr 2006 hatten sich rund 1,8 Mio. Versicherte in das Programm Diabetes mellitus Typ 2

eingeschrieben. Bei der chronischen Krankheit Koronare Herzkrankheit gab es 2006 bereits über 540.000 eingeschriebene Versicherte. In die Programme Brustkrebs und Diabetes mellitus Typ 1 hatten sich rund 55.000 bzw. 24.000 Versicherte eingeschrieben. Für die neu anlaufenden Programme Asthma bronchiale und COPD wurden im Jahresausgleich 2006 noch keine gesonderten Ausgabenprofile ermittelt. Im Durchschnitt erhielt jede Krankenkasse für jeden eingeschriebenen Altersdiabetiker 4.416 € für jede eingeschriebene Brustkrebspatientin 7.395 € für jeden eingeschriebenen Patienten mit Koronarer Herzkrankheit 4.554 € und für den eingeschriebenen Diabetes mellitus Typ 1 Patienten 5.375 € an Beitragsbedarf. Hätte es keine gesonderte Berücksichtigung dieser Gruppen gegeben, hätten die Krankenkassen für jeden Altersdiabetiker durchschnittlich 3.231 € für jede Brustkrebspatientinnen 2.743 € für jeden Patienten mit Koronarer Herzkrankheit 3.544 € und für jeden an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankten Patienten durchschnittlich 1.886 € aus dem RSA erhalten.

Weiter wurden Aufwendungen für die Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme in Form einer Programmkostenpauschale von 84,99 € je Versichertenjahr über den Ausgleichsbedarfssatz finanziert.



Weitergehende Informationen zum RSA sind dem „Kurzbericht über den Jahresausgleich 2006 im RSA“ zu entnehmen, der im Internet unter www.bva.de abgerufen werden kann.

6.3 Monatliches Verfahren

Im monatlichen Abschlagsverfahren für 2007 wurden zwischen den Kassen rund 17,9 Mrd. € im RSA umverteilt; hinzu kamen ca. 882 Mio. € im monatlichen Abschlagsverfahren für den Risikopool (Einzelheiten dazu in Tabellen 1 und 2 im Anhang zum Tätigkeitsbericht).

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

Zwischenausgleich nach § 17 Abs. 3a RSAV

Im monatlichen Verfahren werden die Steuerungsgrößen aufgrund von Prognosen und Schätzwerten ermittelt. Ein Ausgleich der dadurch auftretenden Verwerfungen findet bereits sehr frühzeitig durch die Zwischenausgleiche (ZwA I für das 1. Halbjahr im September des laufenden Jahres, ZwA II für das 1. und 2. Halbjahr im März des Folgejahres) statt. Im Gegensatz zum monatlichen Abschlagsverfahren beruhen die Zwischenausgleiche auf den Daten der Vierteljahresrechnungen der Krankenkassen (KV 45). Der Zwischenausgleich für das Kalenderjahr 2006 wurde unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Dezember 2006 nach § 17 Abs. 3a RSAV auf der Grundlage der KV 45/ 4. Quartal 2006 am

4. April 2007 durchgeführt. Der Zwischenausgleich für das erste Halbjahr 2007 erfolgte unter Berücksichtigung der bisherigen monatlichen Abschläge Januar bis Juni 2007 am 5. Oktober 2007.

Abgeltung für die Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen

Seit dem Jahr 2004 leistet der Bund zu den Aufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung für versicherungsfremde Leistungen einen pauschalen Abgeltungsbetrag (§ 221 SGB V i.V.m. der Pauschalabgeltungsverordnung vom 26. April 2004). Die Pauschale betrug für das Jahr 2007 2,5 Mrd. € und wurde jeweils zur Hälfte am 1. Mai und 1. November 2007 an die Krankenkassen gezahlt. Die Berechnung der auf die einzelnen Krankenkassen entfallende Beträge obliegt dem Bundesversicherungsamt. Die Auszahlung an die Krankenkassen erfolgt über das Bundesversicherungsamt und AOK-Bundesverband als „Zentrale Stelle“.

Im Gegensatz zu den sonstigen RSA-Regelungen werden auch die Landwirtschaftlichen Krankenkassen in dieses Verfahren mit einbezogen. Während bei den am RSA teilnehmenden Krankenkassen der Abgeltungsbetrag jedoch über den „Vordruck Teil D“ in das monatliche Verfahren eingebracht wird und zur Verringerung des Beitragsbedarfs führt, erhalten die Landwirtschaftlichen Krankenkassen den ihnen zustehenden Betrag direkt über die Zentrale Stelle. Im RSA vermindern die Gesamtabgeltungsbeträge im jeweiligen Auszahlungsmonat die Ausgleichsbedarfssätze und damit die von den Krankenkassen in den RSA einzubringende Finanzkraft für die GKV.

6.4 Risikopool

Der Risikopool nach § 269 SGB V i.V.m. § 28a RSAV ergänzt seit dem 1. Januar 2002 als zusätzliches Ausgleichsverfahren den RSA. Ziel ist die solidarische Finanzierung besonderer Risikobelastungen von Krankenkassen, die aufgrund unterschiedlicher Morbiditäten ihrer Versicherten entstehen und durch die indirekte Morbiditätszuordnung des RSAs nicht hinreichend berücksichtigt werden konnten.

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

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

6.5 Prüfungen nach § 15a RSAV

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

§ 15a RSAV wurde mit der 15. RSAV-Änderungsverordnung (BGBl. I 207, S. 2495) neu gefasst. Nach § 15a Abs. 4 RSAV gelten jedoch die Absätze 1 bis 3 für die Prüfung der Ausgleichsjahre bis einschließlich des Ausgleichsjahres 2004 sowie aller für diese Jahre im Jahresausgleich 2005 erfolgten Korrekturen in der bis zum 29. Oktober 2007 geltenden Fassung.

Gegenstand der Prüfungen sind insbesondere folgende finanzwirksame Bereiche: die gemeldeten Versicherungszeiten, die im Risikopool gemeldeten Daten sowie die Unterlagen der Versicherten, die in ein nach § 137g SGB V zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind. Eine festgestellte Quote fehlerhafter oder nicht plausibler Fälle ist vom Bundesversicherungsamt hochzurechnen und der so ermittelte Korrekturbetrag gegenüber der betroffenen Krankenkasse durch Bescheid geltend zu machen.

Die RSAV räumt den im Rahmen einer Hochrechnung mit einem Korrekturbetrag belasteten Krankenkassen die Möglichkeit ein, die geprüften Datenmeldungen auf Grundlage einer Vollerhebung zu bereinigen. Sofern durch eine anschließende Wiederholungsprüfung festgestellt wird, dass die Datenmeldungen ordnungsgemäß korrigiert wurden, wird der Korrekturbetrag im nächsten Jahresausgleich an die Krankenkasse zurückgezahlt (§ 15a Abs. 3 Satz 3 und 4 RSAV a.F.).

Für die Meldungen der Versicherten, die in den Jahren 2003 und 2004 finanzwirksam in die Behandlungsprogramme für chronisch Kranke eingeschrieben wurden (DMP-Versicherte) haben die Prüfungen im Jahr 2007 begonnen.

Die Hochrechnungsbescheide nach § 15a RSAV sind seit der Durchführung der ers-

ten Prüfungen in den Jahren 2004 und 2005 nicht selten Gegenstand gerichtlicher Überprüfungen gewesen. Das Verwaltungsverfahren des Bundesversicherungsamtes wurde gerichtlich stets bestätigt.

7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

- 7.1 Statistik zur Arbeit des PDK
- 7.2 RSA-Prüfungen
- 7.3 DRG-Schwerpunktprüfung
- 7.4 Prüfungen zum Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)
- 7.5 Finanzstatusprüfungen
- 7.6 Aufdeckung doloser Handlungen bei Krankenkassen
- 7.7 Sonstige Erkenntnisse aus dem Prüfgeschäft: Beitragseinstufungen von Grenzgängern
- 7.8 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL)

7. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

7.1 Statistik zur Arbeit des PDK

Im Jahre 2007 hat der Prüfdienst Krankenversicherung im Bundesversicherungsamt (PDK) insgesamt 414 Prüfverfahren durchgeführt. Der Schwerpunkt lag mit insgesamt 369 Prüfungen – noch weitaus stärker als in den Jahren zuvor – bei den Prüfungen nach § 15a Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV). Nachdem bereits seit Oktober 2006 bei 47 Kassen Prüfungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme – DMP) eingeleitet waren, kamen im Folgejahr 95 weitere hinzu. Je 137 Prüfungen betrafen die Aufwendungen für kostenintensive Leistungsfälle (sog. Risikopoolfälle) sowie die gemeldeten Versicherungszeiten. Die Prüfung der Versicherungszeiten hat nach der RSAV alle drei Jahre zu erfolgen. Der dafür im Jahr 2007 zusätzlich aufgewendete Zeiteanteil musste zu Lasten der Prüfungen nach § 274 SGB V über die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Kassen gehen. Diese sog. Turnusprüfungen konnten in diesem Jahr nur bei 18 Kassen durchgeführt werden. Bei 12 Kassen wurde der Finanzstatus geprüft. Hinzu kamen weitere Prüfungen zu diversen Sonderthemen. Hervorzuheben sind dabei drei umfangreiche Schwerpunktprüfungen zum Thema Fallpauschalensystem in Krankenhäusern.

Prüfung	2006	2007
Turnusprüfungen	76	18
RSAV-Prüfungen	194	369
davon:		
Versicherungszeiten		(137)
Risikopool	(147)	(137)

DMP	(47)	(95)
Finanzstatusprüfungen	15	12
Schwerpunktprüfungen		3
Sonstiges	28	12
Summe	313	414

7.2 RSA-Prüfungen

DMP: Ausgleichsjahre 2003/2004

Im Jahr 2007 haben die Prüfdienste des Bundes und der Länder schwerpunktmäßig ermittelt, ob die in ein zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) eingeschriebenen Versicherten die jeweiligen Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllten. Für den PDK bedeutete dies eine Prüfung bei insgesamt 142 bundesunmittelbaren Krankenkassen. § 15a RSAV a.F. sieht vor, dass die Unterlagen von mindestens zwei Prozent dieser Versichertengruppe zu prüfen sind. Angesichts hoher Einschreibezahlen (2003: 695.634; 2004: 1.611.930) und bekannter Praxisprobleme gerade in der Anfangsphase der Einführung von DMP ergab sich für die Prüfung ein erheblicher Zeitbedarf. Als erster Prüfdienst begann der Prüfdienst Krankenversicherung im Bundesversicherungsamt und startete seine Prüfmaßnahmen im Oktober 2006. Die Landesprüfdienste folgten nach und nach, so dass der Schwerpunkt der Prüfungen der Ausgleichsjahre 2003 und 2004 bei allen Prüfdiensten im Jahr 2007 lag. Der PDK hat dabei insgesamt 73.228 Stichprobenfälle geprüft. Die Schwierigkeiten dieser Prüfung entstanden insbesondere dadurch, dass zu prüfende Unterlagen nicht bei der Krankenkasse vorlagen, sondern bei ex-

ternen Dienstleistern bearbeitet und gespeichert wurden. Die Vielzahl der in elektronischer Form bereitgestellten Unterlagen stellte besondere Anforderungen an die Prüferinnen und Prüfer sowie an die zu ihrer Auswertung eingesetzte Hard- und Software. Über eine Hotline des Bundesversicherungsamtes wurden zahlreiche Grundsatzfragen von den Prüfdiensten des Bundes und der Länder geklärt und anschließend allen Prüferinnen und Prüfern bekannt gegeben. Unverzichtbarer Abstimmungsbedarf mit der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes und teilweise auch mit dem zuständigen Ministerium kennzeichneten die tägliche Arbeit.

Risikopool: Ausgleichsjahre 2004/2005

Zur Vorbereitung der bundeseinheitlichen Prüfung des Risikostrukturausgleiches auf dem Gebiet des Risikopools Anfang des Jahres 2008 waren im Vorfeld die Prüfthemen mitsamt Prüffragen neu festzulegen und wichtige organisatorische Festlegungen unter allen beteiligten 17 Prüfdiensten frühzeitig abzustimmen. Die Auswertung der Fehlerschwerpunkte der vergangenen Prüfung nach Häufigkeit und finanzieller Bedeutung waren entscheidend für die getroffenen Entscheidungen, inhaltliche Veränderungen und Ergänzungen am Prüfhandbuch vorzunehmen. Die Prüfdienste verständigten sich ferner darauf, bei der kommenden Prüfung erstmals Arzneimitteldaten der Firma ABDATA Pharma-Daten-Service für einen maschinellen Abgleich einzusetzen, wohlwissend, dass damit weitere Vorbereitungsmaßnahmen wie z. B. die Beschaffung der Daten und die Programmierung der Prüfroutinen zwangsläufig verbunden waren. Aufgrund einer engen Zusammenarbeit der Prüfdienste untereinander und der

Einhaltung kurzer Fristen verliefen die Arbeiten reibungslos. Anfang Dezember 2007 waren sämtliche Vorbereitungsarbeiten abgeschlossen.

Der PDK wird Anfang 2008 die mit der Prüfeinleitung verbundene Datenanforderung erstmalig für alle Außenstellen zentral von Bonn aus vornehmen, um die internen Arbeitsabläufe in kostenmäßiger und zeitlicher Hinsicht zu optimieren.

7.3 DRG-Schwerpunktprüfung

Wegen der finanziellen Bedeutung der Leistungsausgaben der Krankenkassen für die stationäre Versorgung (ca. 35 v. H. der Gesamtausgaben) und der Einführung eines neuen Fallpauschalensystems (G-DRG – German Diagnosis Related Groups) hat der PDK frühzeitig bei bundesunmittelbaren Krankenkassen eine Bestandsaufnahme vorgenommen, um auf gesicherter Grundlage Effektivität und Effizienz der Abrechnungsprüfung durch die Kassen beurteilen zu können.

Angesichts der Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme hat der PDK gemeinsam mit den Prüfdiensten der Länder ab dem zweiten Halbjahr 2006 eine bundesweite „DRG-Schwerpunktprüfung“ des Abrechnungsjahres 2005 durchgeführt. Dabei hatten wir unter den bundesunmittelbaren Krankenkassen eine möglichst repräsentative Auswahl zu treffen. Dementsprechend wurden neben Ersatzkassen auch große, mittlere und kleinere Betriebskrankenkassen sowie eine Innungskrankenkasse geprüft.

Die Prüfung erstreckte sich auf mehr als die Hälfte der Versicherten bei bundesunmittelbaren Kassen. Die ausgewählten Kassen wickeln nahezu 50 Prozent der stationären Ausgaben der bundesunmittel-

baren Kassen bzw. 28,42 Prozent der stationären Gesamtausgaben aller Kassen ab.

Ziel der Prüfung war es festzustellen, ob die Kassen

- sich auf das neue Abrechnungsverfahren durch Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation sowie der fachlichen Qualifikation eingestellt haben,
- durch manuelle oder maschinelle Prüfungen sicherstellen, dass auffällige Krankenhausrechnungen ordnungsgemäß geprüft und geklärt werden,
- mit anderen Krankenversicherungsträgern und den Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK) zielführend und nutzbringend zusammenarbeiten,
- zeitnah und nur im erforderlichen Umfang mit geringstmöglichem Verwaltungsaufwand die MDK in Anspruch nehmen und
- die Abrechnungsprüfung durch geeignete Maßnahmen (Controlling) überwachen und steuern sowie auswerten (Datenanalyse).

Zum Zwecke der Prüfung haben wir bei elf Kassen 5.298 Fälle geprüft, von denen 1.150 Fälle fehlerhaft waren oder Beanstandungspotential beinhalteten. Die von den Kassen gelieferten 231.885 Datensätze waren in Qualität und Quantität höchst unterschiedlich. Zum Teil wurden in der Vergangenheit nicht alle erforderlichen Daten erhoben.

Die Auswertung der Prüfergebnisse zeigt zum einen, dass erhebliche Unterschiede bei den Betreuungsquotienten (Verhältnis der DRG-Fälle je Mitarbeiter und Jahr) bestehen (von 1.549 bis 11.719). Auch die Verwaltungskosten je Fall weichen stark

voneinander ab (von 4,18 € bis 43,66 €). Nach unseren Feststellungen haben sich Zentralisierung bzw. Dezentralisierung der kasseninternen DRG-Verfahren, die Übernahme nicht umfassend geschulter Personals aus anderen Bereichen der Kassen sowie die erfolgte bzw. nicht erfolgte Hinzuziehung ärztlichen Sachverständigen unmittelbar auf die Qualität der Abrechnungsprüfung der Kassen ausgewirkt.

Alle von uns geprüften Kassen haben die Krankenhausabrechnungsprüfung selbst durchgeführt. Es wurde festgestellt, dass die Kassen mit zentraler Abrechnungsprüfung qualifizierter geprüft haben. Das hat nach unserer Auffassung seinen Grund darin, dass nur so kurze Reaktionszeiten gewährleistet sind und ein direkter Zugriff der Steuerungs- und Leitungsorgane auf die operative Einheit möglich ist. Darüber hinaus werden ein optimaler Informationsfluss und -austausch sowie eine einheitliche Bearbeitungsqualität sichergestellt. Die zentrale Abrechnungsprüfung eröffnet auch die Möglichkeit, medizinischen Sachverständigen wirtschaftlich einzusetzen. Die Qualität von Datenanalysen auf breiter Basis ist zudem deutlich höher.

Informationen und Arbeitsanweisungen waren nach unseren Feststellungen bei vielen Kassen nicht ausreichend. Soweit Arbeitsanweisungen vorlagen, waren sie häufig veraltet und unvollständig. Eine qualifizierte Abrechnungsprüfung wird dadurch in Frage gestellt.

Im Rahmen der Prüfung haben wir festgestellt, dass viele Kassen die von den Krankenhäusern gelieferten Original-Datensätze (§ 301 SGB V) nicht speichern. Des Weiteren ist von den Kassen im Rahmen der Fallbearbeitung oftmals die Dokumentation der Fallprüfung nicht

bzw. nur lückenhaft erfolgt und war damit für einen Dritten nicht mehr nachvollziehbar.

Der Einsatz einer geeigneten Prüfsoftware ist unabdingbar. Andernfalls können fehlerhafte Rechnungen – mit Absetzungspotential – regelmäßig nicht erkannt werden. Nach unseren Feststellungen ist die Qualität der bei den Kassen eingesetzten Softwareprodukten mitunter sehr unterschiedlich und kann von uns nicht abschließend beurteilt werden.

Bei allen Kassen fehlt es – graduell unterschiedlich – an aussagekräftigen Controllingkonzepten und an Vorgaben für ein einheitliches Controlling, um den Erfolg der Abrechnungsprüfung festzustellen und sachgerechte Steuerungsmaßnahmen zu ergreifen.

Die von den Kassen mitgeteilten, aufgrund der internen Prüfungen erzielten Ersparnisse lagen prozentual zwischen 0,84 und 2,49 Prozent. Die Zahlen ergeben sich aus dem Verhältnis von tatsächlichem Ertrag der Abrechnungsprüfungen des Prüfungsjahres (tatsächlicher Geldrückfluss von den Krankenhäusern / gebuchte Beträge) zur Summe der stationären Leistungen des Prüfungsjahres zuzüglich periodenfremder Absetzungen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die uns von den Kassen mitgeteilten Ersparnisquoten nach unterschiedlichen Kriterien ermittelt wurden. Hierin kann eine Erklärung für die Bandbreite bei den Einsparungsquoten liegen. Festzustellen ist, dass Ersparnisquoten ab 2 v.H. auch bei einer Betreuungsquote von ca. 6.600 Fällen je Mitarbeiter / Jahr möglich sind. Darüber hinaus haben sich eine bessere Qualität der Abrechnungssoftware und die Hinzuziehung medizinischen Personals positiv auf die Ersparnisquote ausgewirkt.

Legt man die höchste Ersparnisquote von 2,49 v.H. zu Grunde („best practice“), ergeben sich für die anderen zehn der elf geprüften Kassen über die bislang erzielten Einsparungen hinaus weitere Ersparnisse bzw. Mindererlöse, die sich – unabhängig von Versichertenstruktur und Morbidität – insgesamt auf über 150 Mio. € belaufen und im Einzelfall beitragsatzrelevant sein können.

Selbst wenn aufgrund unterschiedlicher Kriterien der Kassen bei der Ermittlung der Einsparquoten eine durchschnittliche Einsparquote von 2 v.H. angenommen wird, belaufen sich die Einsparungen der geprüften Kassen noch auf rd. 80 Mio. € mehr, als nach Angaben der Kassen bislang realisiert wurde.

Die Zusammenarbeit mit den MDK weist Defizite auf und muss deutlich verbessert werden, um die Qualität der Abrechnungsprüfung zu steigern. Die bisherige Verfahrensweise (fehlende Vernetzung) hat partiell zu Begutachtungslaufzeiten von bis zu 18 Monaten und Kontingentierungen geführt.

Kassenartenintern, kassenartenübergreifend und verbandsbezogen unterblieb in aller Regel eine zielführende Datenanalyse mit der Folge, dass in ihrem Abrechnungsverhalten auffällige Krankenhäuser nicht festgestellt werden konnten.

Auch gemeinsame Stichprobenprüfungen über das Abrechnungsverhalten einzelner Krankenhäuser (Prüfungen nach § 17c KHG) sind nur vereinzelt durchgeführt worden, da die Stichprobenergebnisse nicht hochgerechnet werden dürfen. Dieser Mangel könnte durch eine Gesetzesänderung behoben werden, um den Verwaltungsaufwand für eine Vielzahl von Einzelfallprüfungen deutlich zu verringern und zielführende Prüfungen zu ermögli-

chen. Die Zurückhaltung der Kassen bei Prüfungen nach § 17c KHG hat seinen Grund auch darin, dass das eigene Wissen anderen Kassen nicht zum Vorteil gereichen soll. Dementsprechend fehlt es auch – aus „Wettbewerbsgründen“ – an einer Zusammenarbeit mit anderen Kassen und weitgehend auch mit Verbänden.

7.4 Prüfungen zum Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Mit dem Gesetz über den Ausgleich der Arbeitnehmeraufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG) vom 22. Dezember 2005, welches das Lohnfortzahlungsgesetz ablöste, wuchs dem PDK eine neue Prüfaufgabe zu. Für die vertiefte Aufarbeitung und Prüfung der Thematik wurde in Bonn (Referat K2) eine neue, spezialisierte Prüfgruppe eingerichtet. Im Rahmen von Beratungsprüfungen stellt das Thema „Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz“ einen speziellen Teilbereich der gesamten Prüfung gemäß § 274 SGB V dar.

Den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem AAG führen alle Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen durch. Dabei sind nur die Kassen durch das BVA zu prüfen, die die Umlageverfahren U1 (Fortzahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall) und/oder U2 (Zahlungen nach dem Mutterschutzgesetz) selbst durchführen und nicht gemäß § 8 Abs. 2 AAG an einen Landesverband oder eine landesunmittelbare Krankenkasse übertragen haben.

Nach umfangreichen Vorbereitungen und Abstimmungen mit den Aufsichtsreferaten im Hause sowie der Erarbeitung von Prüfansätzen wurde im September 2007 eine erste Pilotprüfung bei einer Krankenkasse

durchgeführt. Dabei hat sich gezeigt, dass die Kasse sich der Bedeutung dieses Themas trotz angestiegenen Arbeitsaufwandes und der Zunahme des Finanzvolumens noch nicht voll bewusst war. Der PDK hat Defizite aufgegriffen und Verbesserungsvorschläge gemacht. Dazu gehörten u.a. die Optimierung der Geschäftsprozesse unter Ausnutzung der Möglichkeiten der EDV, die Beachtung der genehmigten Satzungsregelungen sowie die gesetzeskonforme Berechnung der Erstattungsbeträge. Es bleibt abzuwarten, ob sich diese ersten Prüferfahrungen bei weiteren Kassenprüfungen bestätigen werden.

7.5 Finanzstatusprüfungen

Um unter anderem finanzielle Gefährdungspotenziale bei den bundesunmittelbaren Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung rechtzeitig zu erkennen und die notwendigen Gegenmaßnahmen einzuleiten, hat der Prüfdienst des BVA auch im Jahre 2007 ausgewählte Kassen einer Finanzstatusprüfung unterzogen.

Entscheidungsgrundlage waren zum einen Erkenntnisse, die der Prüfdienst selbst im Rahmen von Turnusprüfungen nach § 274 Abs. 1 SGB V gewonnen hatte, zum anderen einschlägige Informationen aus den Fachreferaten des Bundesversicherungsamtes. Dabei handelte es beispielsweise um die Einhaltung von Vorgaben des Haushaltsplans, die Kalkulation des Beitragssatzes unter Beachtung des Vorsichtsgebotes oder die Rechtmäßigkeit der Inanspruchnahme von Krediten zur Finanzierung von Leistungsausgaben. Elf Kassen sind in diesem Prüfturnus besonders in den Blickpunkt gerückt, davon eine Kasse binnen weniger Wochen zweimal, letztere wegen einer seitens des Bundesversicherungsamtes als kritisch angesehenen geplanten Fusion mit einer anderen Kasse.

Inhalt jeder Finanzstaterhebung ist u.a. die Prüfung der Vermögensbestände, der ordnungsgemäßen Erfassung der Forderungen und Verpflichtungen sowie der zeitlichen Rechnungsabgrenzung. Zudem wird auf Grundlage der jeweiligen vierteljährlichen Finanzstatistik über Einnahmen und Ausgaben (KV 45) und der dazugehörigen Schätzungen eine stichtagsbezogene Finanzbeurteilung zum Ende des jeweiligen Rechnungsquartals unter Einbeziehung des RSA (Risikopool und DMP) vorgenommen. Bei Bedarf wird darüber hinaus auf der Grundlage der Vorgaben des GMG die Höhe des jährlichen Schulden- und Darlehensabbaus berechnet und die Umsetzung von Sanierungskonzepten überprüft.

Einige Kassen sind entweder durch den kontinuierlichen, wenn auch moderaten Anstieg ihrer Leistungsausgaben und/oder das Festhalten an nicht kostendeckenden Beitragssätzen in eine ungünstige Finanzlage geraten. Wie sich im Rahmen der Prüfung herausstellte, hatte eine der geprüften Kassen bereits bei der Aufstellung ihres Haushaltplanes zwar erwartete, aber keineswegs gesicherte Einsparungen in ihre Beitragssatzkalkulation einfließen lassen und damit das haushaltsrechtlich zwingend zu beachtende Vorsichtsprinzip missachtet. Bei einem anderen Träger deuteten starke Schwankungen in der Liquiditätsentwicklung darauf hin, dass aufgrund eines offensichtlich zu niedrig kalkulierten Beitragssatzes die Zahlungsfähigkeit zumindest zeitweise gefährdet schien.

Mehrere der geprüften Kassen griffen zur Erfüllung ihrer Zahlungsverpflichtungen zwar vorübergehend, aber doch mehrfach auf Mittel der Pflege- und Lohnausgleichskasse zurück. Erwähnenswert ist auch der Fall, bei dem eine Kasse im Rahmen der Ermittlung ihrer beitragspflichtigen Einnahmen über mehrere Jahre

die Beiträge für ihre eigenen Mitarbeiter unberücksichtigt ließ. Dies führte zu einer erheblichen Verringerung ihrer Zahlungsverpflichtungen an den RSA. Darüber hinaus leitete sie auch keine Beiträge an die Pflegekasse weiter. Die Kasse hat noch während der Prüfungen die notwendigen Korrekturen durchgeführt.

Dagegen profitierte eine andere Kasse von der Prüfung des PDK insoweit, als Fehler bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen über einen Zeitraum von mehreren Jahren zu einer Korrektur der RSA-Zahlung zu ihren Gunsten führte.

Wie in den Vorjahren wurden auch in 2007 beabsichtigte Fusionen zum Anlass für Finanzstatusprüfungen bei den jeweils beteiligten Kassen genommen. Die Gründe hierfür liegen in den häufig sehr unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen und Strukturen der jeweiligen Fusionspartner. Auch dabei steht neben anderen Parametern die Ermittlung aller Fakten zur Festlegung eines Beitragssatzes für die fusionierte Kasse im Vordergrund, der kostendeckend ist und eine eventuell notwendige Entschuldung sichert.

7.6 Aufdeckung doloser Handlungen bei Krankenkassen

Auch im Jahr 2007 musste sich der Prüfdienst Krankenversicherung erneut und mehrfach mit strafrechtlich relevantem Verhalten in der gesetzlichen Krankenversicherung befassen. Als besonders eklatant erwies sich dabei der Fall der *Betriebskrankenkasse Delphi in Wuppertal*. Erste Hinweise auf Untreuehandlungen zu Lasten der Versichertengemeinschaft waren bereits so schwerwiegend, dass seitens des Bundesversicherungsamtes umgehend Strafanzeige erstattet wurde und binnen kürzester Zeit die Durchsuchung der Ge-

schäftsräume seitens der Staatsanwaltschaft stattfand.

In der Folge hat der PDK als Sachverständiger die Arbeit der Ermittlungsbehörden unterstützt und dabei ein Konglomerat an gegenseitiger Vorteilsgewährung und –annahme aufgedeckt. Hierbei stellte sich u.a. heraus, dass in erheblichem Umfang Leistungen an versicherte Mitglieder des Verwaltungsrats erbracht wurden, die über den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, wie etwa Brillen, Zahnersatz oder Wellness-Präparate. Darüber hinaus ist die sehr großzügige Vergütung des Vorstands sowie eine unzulässige Darlehensgewährung aus Mitteln der Kasse an den Vorstand im Hinblick auf den strafrechtlichen Untreuetatbestand Gegenstand der Ermittlungen.

Wir kalkulieren die strafrechtlich noch verfolgbaren unzulässigen bzw. dubiosen Ausgaben mit mehr als 110.000 € Unter Berücksichtigung der Darlehenshingaben und –entnahmen und weiterer Handlungen schätzen wir das finanzielle Volumen auf mehr als eine halbe Million Euro. Die Kasse ist inzwischen durch Fusion in einer anderen Betriebskrankenkasse aufgegangen. Die neue Kasse wird gegenüber dem ehemaligen Vorstand der *BKK Delphi* Schadensersatzansprüche geltend machen.

Gelegentlich versuchen Kassen, sich aus dem Risikostrukturausgleich unrechtmäßig Vorteile zu verschaffen – in einem vom PDK aufgedeckten Fall sogar mit kriminellen Mitteln: Die Kasse hatte bei der Prüfung der Versicherungszeiten im Bereich Familienversicherung die notwendigen Fragebögen lediglich in Form von Kopien zur Verfügung gestellt. Im Laufe der Prüfung war aufgefallen, dass

auf Familienversicherungsfragebögen der Jahre 2003 und 2004 eine identische Versicherten- oder Familienversichertenunterschrift angebracht war.

Im weiteren Verlauf wurde die Prüfung unter Hinzuziehung der Originalfragebögen fortgesetzt. Der Anfangsverdacht von Manipulationen bzw. Änderungen auf den Familienversicherungsfragebögen hat sich dabei bestätigt:

Die Kasse hatte nachweislich 64 Familienversicherungsfragebögen von insgesamt 304 zu prüfenden Familienversicherten abgeändert, um zum einen die Gültigkeit der Fragebögen zu verlängern oder diese durch Ergänzung von Unterschriften nicht als ungültig gewertet zu sehen. Der PDK hat diesen Tatbestand als Urkundenfälschung nach § 267 Strafgesetzbuch eingestuft. Die Rechtsaufsicht des BVA hat eine entsprechende Strafanzeige erstattet.

7.7 Sonstige Erkenntnisse aus dem Prüfgeschäft:

Beitragseinstufungen von Grenzgängern

Bereits im Jahr 2006 hatte der PDK festgestellt, dass eine Kasse Grenzgänger, die in der Schweiz eine Berufsausbildung absolvieren, als freiwillig Versicherte unterhalb der Mindestbeitragsbemessung nach § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V einstuft. Die Grenzgänger hatten sich sämtlich von der schweizerischen Krankenversicherung befreien lassen. Die Kasse stützte ihre Handlungsweise auf ein Besprechungsergebnis des BKK LV Baden-Württemberg aus dem Jahr 2002. Daraus ergebe sich eine jahrelange Praxis der Kassen, diese Personen wegen deren geringen Einkünften nicht mit dem Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte zu belasten.

Diese Verfahrensweise steht jedoch nicht im Einklang mit § 240 SGB V.

Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung durch die Satzung geregelt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitgliedes berücksichtigt. Grenzgänger in die Schweiz sind keine versicherungspflichtig Beschäftigten. Für freiwillige Mitglieder, die ein geringeres Arbeitsentgelt erzielen, gilt als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag mindestens der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Der Gesetzgeber hat für diesen Personenkreis keine Ausnahmeregelung geschaffen.

Die Kasse argumentierte außerdem damit, sie müsse Wettbewerbsnachteile hinnehmen, wenn sie sich der Auffassung des PDK anschließe. Sie wolle deshalb freiwillig versicherte Auszubildende im Ausland nicht schlechter stellen als versicherungspflichtig beschäftigte Auszubildende im Inland. Nach weiterem Schriftwechsel mit der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes hat die Kasse inzwischen die beanstandete Verfahrensweise aufgegeben.

Weitere Hinweise, einzelne Kassen praktizierten Gefälligkeitsstufungen ohne Heranziehung der sonstigen Einkünfte neben dem Arbeitseinkommen bei in der Schweiz beschäftigten Grenzgängern, die sich dort von der Versicherungspflicht befreit und in Deutschland freiwillig weiterversichert hätten, haben den PDK veranlasst, diese Thematik auch im Jahr 2008 schwerpunktmäßig zur Prüfung vorzusehen.

7.8 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL)

Im Mittelpunkt der Tätigkeiten des Prüfdienstes Landwirtschaftliche Sozialversi-

cherung im Bundesversicherungsamt (PDL) standen im Jahr 2007 die Schwerpunktprüfungen zum Bereich „Betriebs- und Haushaltshilfe“ bei den vier LSV-Trägern

- landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Mittel- und Ostdeutschland (LBG MOD)
- landwirtschaftliche Alterskasse Mittel- und Ostdeutschland (LAK MOD)
- Gartenbau-Berufsgenossenschaft (Gartenbau-BG)
- Alterskasse für den Gartenbau (AK Gartenbau).

Die anschließenden Teilverwaltungsprüfungen beim Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (BLB) sowie beim Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA) zu den Themen „Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe, Betriebs- und Haushaltshilfe“ rundeten die Schwerpunktprüfungen zum Bereich Betriebs- und Haushaltshilfe ab.

Betriebs- und Haushaltshilfe ist eine besondere Leistung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, mit der sichergestellt werden soll, dass das landwirtschaftliche bzw. gärtnerische Unternehmen nach Eintritt eines Versicherungsfalls (z.B. Arbeitsunfähigkeit, Kurmaßnahme) weitergeführt werden kann. Betriebs- und Haushaltshilfe wird durch den Einsatz von gestellten Ersatzkräften oder durch Erstattung angemessener Kosten für selbstbeschaffte Ersatzkräfte erbracht.

Zum Prüfstoff Betriebs- und Haushaltshilfe stellte der PDL unterschiedliche Verfahrensweisen bei der Beurteilung der Erforderlichkeit bei Betriebs- und Haushaltshilfe fest. Wir haben den Spitzenverbänden der LSV empfohlen, die vom GLA dazu aufgestellten Grundsätze vor dem Hintergrund des Gesetzes zur Modernisie-

zung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG) zu überarbeiten und darauf hinzuwirken, dass diese bei allen LSV-Trägern strikt angewendet werden.

Im Bereich der landwirtschaftlichen Unfallversicherung (LUV) kann Betriebs- und Haushaltshilfe auch nach § 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII gewährt werden, wenn damit der Erfolg der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe erreicht oder sichergestellt wird. Darüber hinaus kann nach § 39 Abs. 2 SGB VII zum Ausgleich besonderer Härten den Versicherten oder deren Angehörigen eine besondere Unterstützung (z.B. in Form der Erbringung von Betriebs- und Haushaltshilfen) erbracht werden. Ein Versicherungsträger legte die Vorschrift dahingehend aus, dass Betriebshilfe aus Anlass des Todes von Landwirten gewährt werden könne, auch wenn der bzw. die überlebende Angehörige den Betrieb wesentlich verkleinert, abgegeben oder aufgelöst hatte. Der PDL hat hierzu den Eindruck gewonnen, dass die Gesetzesvorgabe „zum Ausgleich besonderer Härten“ nicht ausreichend geprüft, sondern grundsätzlich unterstellt wurde.

Einen weiteren Schwerpunkt setzte der PDL mit seinen Prüfungen im ersten Quartal des Jahres 2007 zum Bereich „Mitgliedschaft und Beitragsveranlagung zur LUV“ bei zwei Trägern der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. Ziel war es festzustellen, welche Maßnahmen die Träger ergriffen haben, um sicherzustellen, dass die landwirtschaftlichen Unternehmer ihren gesetzlichen Meldepflichten fristgerecht nachkommen. Bedingt durch verspätete Mitteilungen oder unterlassene Meldungen landwirtschaftlicher Unternehmer nehmen die LSV-Träger korrekterweise auch für zurückliegende Zeiten die Beitragsveranlagung vor. Dieses führt mitunter zu erheblichen Beitragsnachfor-

derungen, wodurch landwirtschaftliche Unternehmer unter Umständen in Zahlungsschwierigkeiten geraten können.

8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG

- 8.1 Ausbildungsplatzsituation
- 8.2 Ausbildungsberatung
- 8.3 Prüfungen

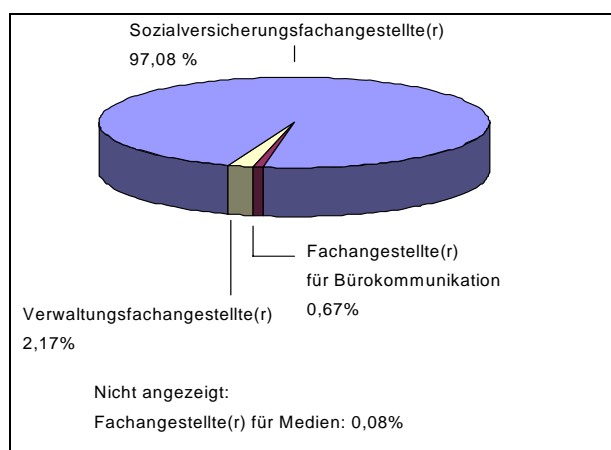
8. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BBIG

8.1 Ausbildungsplatzsituation

Die im Vorjahresbericht geäußerte Prognose, im Jahr 2007 könnten nochmals weniger Auszubildende eingestellt werden, hat sich bestätigt, wenngleich nicht in dem befürchteten Ausmaß. Statt rund 10 Prozent – so war aufgrund der Angaben für den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r zu erwarten – sind es „nur“ 6,5 Prozent geworden, was gemessen am Jahr 2005 aber doch ein Minus von 9 Prozent bedeutet.

Es liegt in der Natur der Sache, dass bei den Ausbildungsberufen, für die das Bundesversicherungsamt zuständig ist, wieder die Sozialversicherungsfachangestellten mit 1164 Neuverträgen den Hauptanteil stellten. Gespräche mit Trägervertretern haben unsere bisherige Einschätzung, der Beruf des / der Sozialversicherungsfachangestellten werde auch in den kommenden Jahren im wesentlichen konkurrenzlos bleiben, erfreulicherweise bestätigt. Dabei wird aber auch darauf hingewiesen, dass die Arbeitsplatzrealität die eine oder andere Modifizierung des Ausbildungsgangs geboten erscheinen lasse.

Ausbildungsverhältnisse 2007



900 (rd. 77,32 Prozent) „neue“ angehende Sozialversicherungsfachangestellte und damit 1,75 Prozent weniger als im Vorjahr werden von den bundesunmittelbaren Krankenkassen ausgebildet, dabei 507 von den Ersatzkassen, 331 von den Betriebskrankenkassen und 62 von den Innungskrankenkassen.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben das Niveau, welches sie durch die erfreuliche 9prozentige Steigerung im Jahr 2006 erreicht hatten, nicht gehalten. Sie schlossen im Berichtsjahr lediglich 89 und damit 6,3 Prozent weniger Ausbildungsverträge mit Sozialversicherungsfachangestellten als im Vorjahr.

Bei den Trägern der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung gab es einen Ausbildungsvertrag weniger als im Vorjahr. Ein nominal geringer, wegen des geringen Basiswertes prozentual jedoch großer Verlust von 10 Prozent. Allerdings, und das sei positiv erwähnt, liegt dieses Ergebnis noch über dem des Jahres 2004.

Große Einbrüche waren erneut bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und Knappschaft-Bahn-See zu verzeichnen. Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund wurden nur 70 neue Ausbildungsverträge mit Sozialversicherungsfachangestellten geschlossen (ein Minus von 24,73 Prozent). Die Knappschaft-Bahn-See hat ein Minus von 31,2 Prozent zu verzeichnen. Bei beiden Trägern wirkten sich die Folgen der Organisationsreform weiter aus.

Zwar haben sich die Träger der allgemeinen Krankenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung, anders als im vergangenen Jahr vermutet, offenbar doch nicht dauerhaft von der Ausbildung zu

Fachangestellten für Bürokommunikation verabschiedet. Denn die Krankenversicherungsträger bilden ab 2007 wieder drei und die Unfallversicherungsträger sogar fünf (also mehr als doppelt so viel wie 2005) von ihnen aus. An der Einschätzung, dass der Beruf der Verwaltungsfachangestellten innerhalb der Büroberufe die Oberhand gewonnen hat, hat sich dadurch aber nichts geändert. Auch in 2007 stellte die Deutsche Rentenversicherung Bund wieder 26 angehende Verwaltungsfachangestellte (Vorjahr 24) ein, jedoch keine Fachangestellten für Bürokommunikation. Dies nicht zuletzt wohl auch deshalb, weil – so das Ergebnis der Ausbildungsberatung – auf den Arbeitsplätzen des mittleren Dienstes dort nur wenige Inhalte dieses Ausbildungsberufes vermittelt werden können. Auch bei den Auszubildenden des Bundesversicherungsamtes überwiegen inzwischen die Verwaltungsfachangestellten.

Nur am Rande ist zu erwähnen, dass der Verordnungsgeber derzeit die Frage der Novellierung der Ausbildungsordnungen der Ausbildungsberufe zum / zur Fachangestellten für Bürokommunikation und zum Bürokaufmann / zur Bürokauffrau prüft und dabei auch die Frage, ob es Sinn macht, beide Berufe zu einem neuen Berufsbild zusammenzuführen. Gleich wie eine Neuordnung aussehen wird, für die Sozialversicherungsträger und ihr Einstellungsverhalten wird sich das kaum auswirken. Denn den Trägern kommt es auf die optimale Mischung von kaufmännischen Kenntnissen einerseits und fundierten sozialversicherungsrechtlichen Kenntnissen andererseits an. Diesen Bedarf deckt offenbar der Beruf des Kaufmanns / der Kauffrau im Gesundheitswesen, der inzwischen in der Sozialversicherung etabliert ist. Nicht nur, dass die Techniker Krankenkasse im Jahr 2007 wieder rund 70 Auszubildende für diesen Beruf einge-

stellt hat und die gleiche Anzahl auch für dieses Jahr plant. Nach einem Ergebnis einer Abfrage beabsichtigen auch andere Sozialversicherungsträger in diesem Beruf auszubilden.

Von den im Jahr 2007 eingestellten Auszubildenden verfügen 804 (= rd. 67,06 Prozent) über Hoch- oder Fachhochschulreife, 386 (= 32,19 Prozent) haben einen Realschul- oder gleichwertigen Abschluss und acht (= 0,67 Prozent) einen Hauptschulabschluss. Letztere werden von Trägern der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung ausgebildet, also gerade der Fachrichtung, die, wie immer, auch diesmal überdurchschnittlich viele Auszubildende mit Abitur bzw. Fachhochschulreife (rd. 74,67 Prozent) eingestellt hat. In der Fachrichtung gesetzliche Unfallversicherung ist das Verhältnis der Auszubildenden mit (Fach-) Hochschulreife zu solchen mit mittlerem Schulabschluss 55,92 Prozent zu 44,08 Prozent; in der Fachrichtung gesetzliche Rentenversicherung halten sich Auszubildende mit beiden Vorbildungen die Waage. Anders bei der knappschaftlichen Sozialversicherung. Bei ihr sind mit rund 87,63 Prozent überdurchschnittlich viele Auszubildende vertreten, die die mittlere Reife haben.

8.2 Ausbildungsberatung

Im Jahr 2007 hat das Bundesversicherungsamt rund 3.500 Auszubildende in 307 Veranstaltungen auf Lehrgängen, in Geschäftsstellen und in Bezirksverwaltungen beraten. Die mit Abstand meisten Beratungen betrafen angehende Sozialversicherungsfachangestellte. In keiner der Fachrichtungen dieses Ausbildungsberufes wurde ernsthafte Kritik an den Lehrgängen geäußert. Gelegentliche Beschwerden von Auszubildenden über die Stofffülle, lange Anfahrtswege oder ihrer Meinung nach unqualifizierte Fachlehrer

ändern an dem guten Gesamteindruck nichts. Geschäftsstellen und Bezirksverwaltungen wurden ganz überwiegend routinemäßig, einige allerdings auch gezielt aufgesucht, weil entweder Auszubildende oder Ausbilder darum gebeten hatten oder anlässlich der Beratungen in den Lehrgängen Defizite in der praktischen Ausbildung offenbar geworden war.

Die meisten Träger bilden gut und auf hohem Niveau aus. Eine ganze Reihe bietet sogar mehr Ausbildungsinhalte an als der Ausbildungsrahmenplan fordert. Ein Träger ermöglicht z.B. Hospitationen im Krankenhaus und fördert die Auseinandersetzung der Auszubildenden mit aktuellen gesundheitspolitischen Themen, indem er sie die Tagespresse auswerten lässt. Auszubildende werden als verantwortungsbewusste Partner und wertvolle zukünftige Mitarbeiter gesehen. Andere Träger, wie die Deutsche Rentenversicherung Bund und Knappschaft-Bahn-See, die ihre Auszubildenden meist nicht oder nur befristet übernehmen können, bieten diesen Zusatzqualifikationen an, die ihre Vermittlungschancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erhöhen.

Es gab allerdings auch Kassen, bei denen die Ausbildung verbesserungsbedürftig war: Überlastete Ausbilder, fehlende Hilfen bei Lernschwächen, ein schlechtes Kommunikationsklima und, besonders negativ, erhebliche Lücken in der Praxisausbildung. Auf die Frage, warum nur ein Bruchteil der Inhalte in der Praxis vermittelt werde, wurden meist drei Gründe genannt: Kostendruck, angespannte Personalsituation oder, „Das lernen unserer Azubis doch alles im Lehrgang. Hier bei uns müssen die mit anpacken.“ Symptomatisch für eine unzureichende Ausbildung ist es auch, wenn Auszubildende im Übermaß mit Routinearbeiten beauftragt werden. Es gab Auszubildende, die mona-

telang fast ausschließlich Beitragslisten prüfen, Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit (AU-Bescheinigungen) eingeben oder Mitglieder werben mussten. In all diesen Fällen hat das Bundesversicherungsamt dafür gesorgt, dass die Ausbildung wieder in ordnungsgemäßen Bahnen verläuft.

Auch Fusionen bringen häufig den geordneten Ablauf der Ausbildung durcheinander. Das musste wiederum nach einer größeren Fusion im Krankenkassenbereich festgestellt werden. Durch Umstrukturierungsmaßnahmen in diesem Zusammenhang war die Zusammenarbeit mit Partner-Geschäftsstellen ausgefallen, so dass eine Reihe von Themen in der Praxis nicht vermittelt worden war. Auch war das Ausbildungsnachweisheft seit knapp einem Jahr nicht mehr geführt und schlecht bewertete Klausuren und Lernerfolgskontrollen waren den Auszubildenden unkommentiert vom Ausbilder zurückgegeben worden. Das Bundesversicherungsamt hat bei der Beratung mit Erfolg deutlich gemacht, dass derartige Versäumnisse nicht hinnehmbar sind und es eine alsbaldige Besserung der Ausbildungssituation erwartet. Inzwischen läuft die Ausbildung bei diesem Träger wieder ordnungsgemäß.

Auch andere organisatorische Veränderungen bei Krankenkassen wirken sich aus Sicht des Bundesversicherungsamtes keineswegs immer vorteilhaft auf das Ausbildungsgeschehen aus. Bereits im vorangegangenen Tätigkeitsbericht haben wir in diesem Zusammenhang die Neigung vieler Kassen angesprochen, Aufgaben an bestimmten Orten zu zentralisieren. Dieser Trend hat sich fortgesetzt. Was früher in einer Geschäftsstelle erledigt wurde, ist heute auf Service-Center und mehrere Kompetenz- oder Spezialzentren verteilt. Während der Auszubildende früher maximal drei Ausbildungsorte kannte, seine Geschäftsstelle, den Ort des Vollzeitunter-

richtes und den Ort, an dem er zur Berufsschule ging, kann es ihm heute passieren, dass er neun teilweise weit auseinander liegende Ausbildungsorte aufsuchen muss, damit der Forderung der Ausbildungsordnung nach einer umfassenden Praxisausbildung genügt wird. Das belastet nicht nur die Auszubildenden, auch weil sie sich immer wieder auf ein neues Umfeld einstellen müssen, sondern kostet auch Zeit, die nicht mehr für Ausbildungsmaßnahmen in der Praxis zur Verfügung steht. Das lässt die Kassen nach Wegen suchen, diese negative Folge aufzufangen und – so jedenfalls die Begründung – Zeit für die Praxisausbildung zurückzugewinnen. Eine Maßnahme besteht darin, Auszubildende nur noch für Bundesländer ohne generelle Berufsschulpflicht einzustellen. Diese Auszubildenden erhalten den prüfungsrelevanten Berufsschulstoff in betriebsinternen Lehrgängen von ca. sechs Wochen vermittelt. Das Bundesversicherungsamt wird aufmerksam verfolgen, ob die Kassen ihre Absichten in jeder Beziehung auch in die Tat umsetzen. Nachteilig aus Sicht des Bundesversicherungsamtes ist auf jeden Fall, dass nur noch der prüfungsrelevante Stoff und kein Allgemeinwissen mehr vermittelt wird. Das Grundprinzip des dualen Systems, die jungen Menschen mit einem breiten ökonomischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Grundwissen auszustatten, wird vernachlässigt.

In diesen Zusammenhang ist auch einzuordnen, dass die Einsicht abnimmt, alle im Ausbildungsrahmenplan aufgeführten Themen vermitteln zu müssen. Etliche Fachlehrer und Praxisausbilder sind der Meinung, das Ausbildungsberufsbild nach § 3 der Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Sozialversicherungsfachangestellten entspreche nicht mehr der Realität und sei veraltet. Benötigt würden überwiegend Spezialisten. Daher sei die

Vermittlung des gesamten Themenspektrums überflüssig. Auch führe der Ausbildungsrahmenplan eine Reihe von Ausbildungsinhalten, die für den Arbeitsalltag kaum relevant seien. Z.B. erledige in der Krankenversicherung der Computer die Beitragsberechnung; die von den Arbeitgebern übermittelten Meldungen würden in der Regel nur noch stichprobenartig geprüft.

Diese heute praktisch nicht mehr benötigten Inhalte, so ein Fachlehrer, sollten nur noch in Grundzügen theoretisch vermittelt werden, aber nicht mehr in der Ausbildung am Arbeitsplatz. Ähnlich verhalte es sich mit dem Thema „Geringfügige Beschäftigung“. Dieses sei nur noch für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See relevant. Auch in anderer Hinsicht sei der Ausbildungsrahmenplan nicht auf der Höhe der Zeit. Die Sozialkompetenz der Auszubildenden – die sogenannten soft skills, wie Freundlichkeit, Teamgeist, emotionale Intelligenz etc. – spielten sowohl in der Ausbildung als auch im Beruf eine immer größere Rolle. Der Ausbildungsrahmenplan spiegele diese Bedeutung jedoch nicht wieder.

Das Bundesversicherungsamt kann die Bewertungen, die sich z.T. mit seiner eigenen Einschätzung decken, nur zur Kenntnis nehmen. Eine Änderung der Ausbildungsordnung bzw. des Ausbildungsrahmenplans müssten die Sozialpartner initiieren.

Außer angehenden Sozialversicherungsfachangestellten wurden auch Auszubildende in anderen Berufen des öffentlichen Dienstes, z.B. Fachangestellte für Bürokommunikation sowie Medien- und Informationsdienste, aber auch Auszubildende in Berufen der gewerblichen Wirtschaft beraten. Einer dieser Berufe der gewerblichen Wirtschaft ist der Kaufmann/die Kauffrau im Gesundheitswesen. Der vor vier Jahren gestartete Ausbil-

dungsberuf hat sich inzwischen etabliert. Wir haben den Start und die Entwicklung dieses neuen Ausbildungsberufes insbesondere bei der Techniker Krankenkasse verfolgt und hatten einen positiven Eindruck. Die Prüfungsleistungen des ersten Abschlussjahrgangs waren sehr gut, die Übernahmechancen ebenfalls. Die Kasse hat allen 80 Prüfungsabsolventen ein Übernahmeangebot unterbreitet.

Der Ausbildungsberuf hat sich in kurzer Zeit Anerkennung verschafft. Nach wie vor ist er zwar keine ernsthafte Alternative zu dem des Sozialversicherungsfachangestellten. Es gibt jedoch offenkundig bei den Krankenkassen Aufgaben, die sich für Absolventen dieser Berufsausbildung durchaus eignen.

Neben den Beratungen bieten die Ausbildungsberater den Trägern auch eine Konfliktmoderation an. Leider wird diese Möglichkeit, bei Problemen, die Auszubildende in ihrem engsten Umfeld oder bei ihrem Auszubildenden haben, helfend zu vermitteln, bisher nur verhalten angenommen. Meist erfährt das Bundesversicherungsamt erst durch den Antrag auf Löschung des Vertrages im Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse davon, dass es Probleme gegeben hatte, die den Abbruch der Ausbildung nach sich zogen.

8.3 Prüfungen

An 17 Zwischenprüfungen nahmen 1.187 Sozialversicherungsfachangestellte, 8 Fachangestellte für Bürokommunikation, ein Fachangestellter für Medien und Informationsdienste und 21 angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 65 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 21 Abschlussprüfungen, bei denen 76 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 1.170 Prüflinge teil, darunter 53 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozi-

alversicherungsfachangestellte/r entfielen 1.135 Prüflinge, 26 auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte/r und 9 auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Bürokommunikation. 1.124 Prüflinge bestanden die Prüfung. Unter den 1.135 Prüflingen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellte/r waren 63, die wir nach § 45 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen hatten. Sie kamen fast ausschließlich von Betriebskrankenkassen; nur zwei stellte die gesetzliche Rentenversicherung und einen die knappschaftliche Sozialversicherung.

25 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See unterzogen sich vor 2 Prüfungsausschüssen der Fortbildungsprüfung zum/zur Sozialversicherungsfachwirt/in der Fachrichtung knappschaftliche Sozialversicherung. 21 Prüflinge bestanden die Prüfung. Das Gleiche gilt für eine Mitarbeiterin des Bundesversicherungsamtes, die an der Fortbildungsprüfung zum/zur Verwaltungsfachwirt/in, teilgenommen hat.

Zu berichten ist noch von sieben Ausbilder-Eignungsprüfungen, an denen 67 Ausbilderinnen und Ausbilder teilnahmen. 34 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 17 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften, 10 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und 6 bei der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Alle Prüfungsteilnehmer bestanden die Prüfung.

Für die tatkräftige Hilfe der Versicherungsträger, Verbände und der Prüfungsausschüsse bei der Organisation und Durchführung der Prüfungen möchten wir uns auch in diesem Jahr herzlich bedanken.

**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 Prüfungen wurden insgesamt 292 Verwaltungsinspektorenanwärterinnen und -anwärter geprüft, 190 von der Deutschen Rentenversicherung Bund, 102 von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, darunter vier, die das Bundesversicherungsamt dort ausbilden ließ.

Von den 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Deutschen Rentenversicherung Bund an der Frühjahrsprüfung bestanden 13 die Prüfung nicht. Die Misserfolgsquote von 13 Prozent war damit deutlich niedriger als die bei der entsprechenden Prüfung im Jahr 2006. Damals waren 20 Prozent der Prüflinge durchgefallen. Nur unwesentlich schlechter fiel das Ergebnis der Anwärtinnen und Anwärter der Deutschen Rentenversicherung Bund bei der Herbstprüfung aus. Von den 90 Prüflingen erreichten 15 (16,67 Prozent) ihr Ziel, die Laufbahnbefähigung zu erwerben, nicht.

In der Frühjahrsprüfung waren sechs der 27 Prüflinge der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nicht erfolgreich, das sind 22,22 Prozent. Dieses Ergebnis war zwar besser als das bei der Frühjahrsprüfung 2006 mit der Durchfallquote von 28 Prozent, kann aber gleichwohl nicht überzeugen. Wesentlich erfolgreicher waren dagegen die Prüflinge, die an der Herbstprüfung teilnahmen. Hier bestanden nur acht der 75 Prüflinge die Prüfung nicht (10,67 Prozent), darunter ein Prüfling vom Bundesversicherungsamt.

68 Prüflinge legten gegen die Prüfungsentscheidung Widerspruch ein. Der erneut hohe Prozentsatz von Prüflingen, die ihr

Prüfungsergebnis nicht akzeptierten, überrascht inzwischen nicht mehr. Denn die Deutschen Rentenversicherung Bund und die Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See übernahmen auch diesmal nur wenige der Anwärtinnen und Anwärter mit sehr guten oder zumindest guten Prüfungsergebnissen als Beamtin oder Beamten auf Probe. Die übrigen Prüflinge wurden dagegen – der Prüfungsnote entsprechend zeitlich gestaffelt – nur befristet angestellt. Sie sahen daher im Widerspruch die Chance, ein besseres Prüfungsergebnis zu erzielen, um zumindest auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt größere Aussichten zu haben. Ein großer Teil von ihnen – nämlich 43 – zeigte sich allerdings „einsichtig“ und nahm den Widerspruch nach Einsichtnahme in die Prüfungsarbeiten zurück. 22 Widersprüche wurden bisher als unzulässig bzw. als unbegründet zurückgewiesen, zwei Widersprüche wurde abgeholfen, ein Verfahren ist noch nicht abgeschlossen. In acht Fällen wurde Klage vor dem Verwaltungsgericht erhoben. Zwei Verfahren wurden beendet, eines zu Gunsten des Bundesversicherungsamtes, eines durch Vergleich.

10. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

10. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

Seit 1979 ist die Mutterschaftsgeldstelle beim Bundesversicherungsamt bundesweit zuständig für das Mutterschaftsgeld nach § 13 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG), d.h. Mutterschaftsgeld an (werdende) Mütter, die zu Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG in einem nicht versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis stehen und daher auch nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind. In diesen Fällen beträgt das Mutterschaftsgeld maximal 210 Euro. Wird das Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach § 6 Abs. 1 MuSchG ausnahmsweise wirksam beendet oder wurde der Arbeitgeber wegen Eintritts eines Insolvenzerignisses zahlungsunfähig, zahlt die Mutterschaftsgeldstelle beim Bundesversicherungsamt auch den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 2 bzw. 3 MuSchG.

Im Jahr 2007 beantragten rund 22.000 Frauen Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt, wobei etwa 75 % der Anträge erfolgreich waren. Insgesamt zahlte das Bundesversicherungsamt rund 3.660.000 Euro aus. Darin enthalten waren auch rund 55.640 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 i. V. mit § 347 Nr. 8 SGB III für die Frauen, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren.

Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld mussten im Jahr 2007 nicht gezahlt werden.

Der größte Teil der Antragstellerinnen war geringfügig beschäftigt. Diese Tendenz ist nicht neu. Die Aufspaltung ursprünglich sozialversicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse in mehrere sogenannte Mini-Jobs

hat dazu geführt, dass die Anzahl der Anträge beim Bundesversicherungsamt von rund 14.000 im Jahr 1999 auf 22.000 im Jahr 2007 zugenommen hat. Auffällig war jetzt aber, dass auch Ärztinnen, Rechtsanwältinnen und Steuerberaterinnen geringfügig beschäftigt sind, d.h. Arbeitgeber scheinen nun auch in Berufen auf Teilzeitbeschäftigung umzustellen, in denen das bisher nicht üblich war. Aus Sicht der Sozialversicherungsträger, der Versicherungsgemeinschaften und der betroffenen Beschäftigten eine gleichermaßen unerfreuliche Entwicklung.

Im Jahr 2007 kam es häufiger vor, dass Krankenkassen geringfügig beschäftigten Frauen, die bei ihnen Mitglied sind, die Leistung verweigerten und sie zu Unrecht an das Bundesversicherungsamt verwiesen. Es trifft zwar zu, dass diese Frauen - so die Argumentation der Kassen - keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Es wird jedoch übersehen, dass Kassen nicht nur beim Bestehen eines Anspruchs auf Krankengeld Mutterschaftsgeld zahlen müssen (§ 200 Abs. 1 1. Alt. Reichsversicherungsordnung), sondern auch wenn wegen der Schutzfristen kein Arbeitsentgelt gezahlt wird (2. Alt. a.a.O.). Das ist bei geringfügig beschäftigten Frauen zweifelsohne der Fall. Die Aufklärungsarbeit, die das Bundesversicherungsamt insoweit - auch im Rahmen der Aufsicht - hier seit Jahren leistet, dringt hier offenbar nicht zu den Handelnden durch. Für die betroffenen Mütter ist die Zuständigkeitsproblematik nur schwer zu akzeptieren.

Eine nicht unerhebliche Zahl der Antragstellerinnen war trotz einer versicherungspflichtigen Beschäftigung privat krankenversichert und hatte infolge dessen auch keine Beiträge an die Solidargemeinschaft

abgeführt. Meist kommt es dazu, wenn wegen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze vor der Elternzeit versicherungsfrei beschäftigte Frauen während der Elternzeit eine erlaubte Teilzeitbeschäftigung aufnehmen, bei der das Entgelt unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt. In diesem Fall kann zwar die Betroffene von der Versicherungspflicht befreit werden, jedoch muss der Antrag auf Befreiung innerhalb der Drei-Monatsfrist des § 8 Abs. 2 SGB V gestellt werden. Wird die Frist versäumt, müssen wir die Anträge dieser Frauen ablehnen. Denn die Antragstellerinnen sind ungeachtet der privaten Krankenversicherungsverhältnisse Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen, i. d. R. mangels Ausübung des Kassenwahlrechtes, Mitglieder der jeweiligen gesetzlichen Auffangkasse (§§ 186 Abs. 1, 175 Abs. 3 Satz 3 SGB V). Damit ist die Mutterschaftsstelle beim Bundesversicherungsamtsamt nicht für die Erbringung von Leitungen zuständig. Zwei der betroffenen Antragstellerinnen haben nach erfolglosem Widerspruchsverfahren gegen die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes geklagt. Die Entscheidungen der Gerichte stehen noch aus.

III. ANHANG

TABELLEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

ÜBERSICHT AUFSICHTSPRÜFUNGEN

ÜBERSICHT DER BUNDESUNMITTELBAREN TRÄGER, VERBÄNDE UND
EINRICHTUNGEN DER SOZIALVERSICHERUNG

ORGANISATIONSPLAN

BVA-Referat VII 3
Monatliches Abschlagsverfahren 2007
- Risikostrukturausgleich -

TABELLE 1

	AOK	BKK	IKK	See-KK	Knappschaft	EAN	EAR	Gesamt*	
Monatliches Abschlagsverfahren West									
	Empfängerkassen (Anzahl)	11	24	7	1	1	3	1	48
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	9.095.408.450	482.141.166	401.368.285	4.776.597	1.237.370.023	498.024.947	64.777.821	11.783.867.289
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	161	6	0	0	4	2	173
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-7.808.710.665	-1.492.534.094	0	0	-3.956.457.830	-873.031.124	-14.130.733.714
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	9.095.408.450	-7.326.269.499	-1.091.165.809	4.776.597	1.237.370.023	-3.458.432.884	-808.253.303	-2.346.866.424
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)								
Monatliches Abschlagsverfahren Ost									
	Empfängerkassen (Anzahl)	5	12	2	1	1	4	1	26
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	4.696.631.824	200.585.100	45.789.099	1.812.014	482.534.024	674.550.566	944.387	6.102.847.014
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	94	7	0	0	2	2	105
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-629.917.698	-584.483.455	0	0	-314.677.514	-66.674.515	-1.595.753.183
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	4.696.631.824	-429.332.598	-538.694.357	1.812.014	482.534.024	359.873.052	-65.730.128	4.507.093.830
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)								
Monatliches Abschlagsverfahren Bund									
	Empfängerkassen (Anzahl)	16	36	9	2	2	7	2	74
Pos. 1	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	13.792.040.274	682.726.266	447.157.384	6.588.611	1.719.904.047	1.172.575.513	65.722.208	17.886.714.303
	Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	255	13	0	0	6	4	278
Pos. 2	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-8.438.628.363	-2.077.017.550	0	0	-4.271.135.345	-939.705.639	-15.726.486.897
Pos. 3	Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	13.792.040.274	-7.755.902.097	-1.629.860.166	6.588.611	1.719.904.047	-3.098.559.832	-873.983.431	2.160.227.406
	- saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)								

Angaben in gerundeten € - Beträgen

* Differenz: Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung (rd. 2,5 Mrd.€) zum Ende des Jahres 2007, zzgl. Differenz aus KVdR-Beiträgen zum Jahreswechsel 2006/2007 (rd. 0,4 Mio. €), zzgl. Fortschreibungsbetrag aus dem mtl. Abschlagsverfahren 2007 (rd. -345 Mio.€)
 Quelle: RSA Abschlussbericht 2007 aus Januar 2008

BVA-Referat VII 3
Monatliches Abschlagsverfahren 2007
- Risikopool -

TABELLE 2

	AOK	BKK	IKK	See-KK	BKn	EAN	EAR	Gesamt
Monatliches Abschlagsverfahren West								
Empfängerkassen (Anzahl)	11	26	6	0	1	2	1	47
Pos. 1 Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	464.683.029	38.107.168	23.106.521	0	43.952.729	36.851.499	2.913.326	609.614.271
Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	159	7	1	0	5	5	177
Pos. 2 Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-418.066.671	-96.852.660	-630.690	0	-217.743.515	-49.931.984	-783.225.519
Pos. 3 Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	464.683.029	-379.959.502	-73.746.139	-630.690	43.952.729	-180.892.016	-47.018.658	-173.611.248
Monatliches Abschlagsverfahren Ost								
Empfängerkassen (Anzahl)	5	17	2	1	1	3	0	29
Pos. 1 Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	216.369.757	13.160.409	1.966.729	294.848	19.501.093	21.101.694	0	272.394.530
Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	89	7	0	0	3	3	102
Pos. 2 Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-33.903.197	-49.739.925	0	0	-17.529.688	-4.670.167	-105.842.976
Pos. 3 Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	216.369.757	-20.742.788	-47.773.196	294.848	19.501.093	3.572.007	-4.670.167	166.551.553
Monatliches Abschlagsverfahren Bund								
Empfängerkassen (Anzahl)	16	43	8	1	2	5	1	76
Pos. 1 Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	681.052.786	51.267.577	25.073.249	294.848	63.453.821	57.953.193	2.913.326	882.008.801
Zahlungspflichtige Kassen (Anzahl)	0	248	14	1	0	8	8	279
Pos. 2 Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA	0	-451.969.867	-146.592.585	-630.690	0	-235.273.202	-54.602.151	-889.068.496
Pos. 3 Ausgleichsvolumen im monatlichen RSA - saldiert - (Pos. 1 - Pos. 2)	681.052.786	-400.702.290	-121.519.336	-335.842	63.453.821	-177.320.009	-51.688.826	-7.059.695

Angaben in gerundeten € - Beträgen

Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2006

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

Kennzahlen zum Jahresausgleich Risikopool für das Jahr 2005

	Anzahl Versicherte	Ausgaben Apotheken	Ausgaben Krankenhaus	Ausgaben Dialyse	Ausgaben Krankengeld	Gesamtsumme †
RSA gemeldet	70.097.318	26.692.913	49.697.186	1.614.660	5.864.861	131.740.873
RP gemeldet	550.806	4.155.916	13.492.861	1.453.092	1.410.506	20.512.375
Proz. Anteil RP an RSA pro HLB	0,79%	15,57%	27,15%	89,99%	24,05%	15,57%
RP-Beträge		1.090.214	3.466.123	390.458	243.340	5.190.136
Proz. Anteil RP- Betrag an RSA pro HLB		4,08%	6,97%	24,18%	4,15%	3,94%
Alle Angaben in Tausend €						

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

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

Durchgeführte Aufsichtsprüfungen im Jahr 2007

<i>Aufsichtsprüfungen</i>						
Referat	durchgeführte Prüfungen nach Prüfplan		Prüfungen außerhalb des Prüfplans		Prüfungen insgesamt	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
I 4	1	1	1	1	2	2
I 5	7	2	9	6	16	8
I 6	4	3	0	0	4	3
II 4	93	120	42	24	135	144
III 4	12	14	0	0	12	14
IV 5	7	8	4	6	11	14
V 5	5	10	9	2	14	12
Gesamt	129	158	65	39	194	197

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.06	Anzahl 31.12.07
Träger der gesetzlichen Krankenversicherung *		
Ersatzkassen für Arbeiter	2	2
Hamburgische Zimmererkrankenkasse Gmünder Ersatzkasse		
Ersatzkassen für Angestellte	6	6
Barmer Ersatzkasse Deutsche Angestellten Krankenkasse Kaufmännische Krankenkasse Hamburg-Münchener Ersatzkasse Hanseatische Krankenkasse Techniker Krankenkasse		
Innungskrankenkassen	8	8
Die nord- und mitteldeutsche IKK Innungskrankenkasse Hamburg IKK gesund plus IKK Weser-Ems Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG) Vereinigte IKK IKK-Direkt IKK Niedersachsen		

* nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.06	Anzahl 31.12.07
Sonstige Krankenkassen	2	2
See-Krankenkasse Knappschaft		
Landwirtschaftliche Krankenkassen	2	2
Krankenkasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland		
Betriebskrankenkassen*	118	113
in Baden-Württemberg	16	14
in Bayern	12	12
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	2	2
in Hamburg	9	8
in Hessen	13	10
in Mecklenburg-Vorpommern	1	1
in Niedersachsen	12	10
in Nordrhein-Westfalen	40	42
in Rheinland-Pfalz	8	9
in Sachsen	2	2
in Sachsen-Anhalt	1	1
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	1	1
in Thüringen	-	-
Krankenversicherungsträger insgesamt	138	133

* einschließlich Bundesverwaltungskassen

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.06	Anzahl 31.12.07
Träger der gesetzlichen Unfallversicherung		
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	26	25
Bergbau-Berufsgenossenschaft		
Steinbruchs-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie		
Berufsgenossenschaft der Gas-, Fernwärme- und Wasserwirtschaft		
Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft		
Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft Metall 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 – BG BAU		
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		

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.06	Anzahl 31.12.07
Übertrag	26	25
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	2	2
Gartenbau-Berufsgenossenschaft Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Mittel- und Ostdeutschland		
Sonstige Träger der Unfallversicherung	3	3
Eisenbahn-Unfallkasse Unfallkasse der Post und Telekom Unfallkasse des Bundes		
Unfallversicherungsträger insgesamt	31	30

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.06	Anzahl 31.12.07
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung		
Träger der allgemeinen Rentenversicherung	1	1
Deutsche Rentenversicherung Bund		
Träger der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung	1	1
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See		
Rentenversicherungsträger insgesamt	2	2

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.06	Anzahl 31.12.07
Träger der Alterssicherung der Landwirte	2	2
Alterskasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Mittel- und Ostdeutschland		
Alterskassen insgesamt	2	2
Verbände	1	2
Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen		
Verbände insgesamt	1	2
Weitere Einrichtungen	3	5
Seemannskasse Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen Künstlersozialkasse Versorgungsträger Ernst-Abbé-Stiftung		
Weitere Einrichtungen insgesamt	3	5
Zusammenstellung		
Krankenversicherungsträger	138	133
Unfallversicherungsträger	31	30
Rentenversicherungsträger	2	2
Alterskassen	2	2
Verbände	1	2
Weitere Einrichtungen	3	5
Insgesamt	177	174



Bundesversicherungsamt

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

Stand: August 2008

TB'e Mähler
Referentin der
Arbeitsleitung
App. 1902

Präsident
Hecken
App. 1808
Fax: 1876
Vorzimmer App. 1807
Vizepräsidentin
Bohlen-Schöning
App. 1810
Fax: 1847
Vorzimmer App. 1807

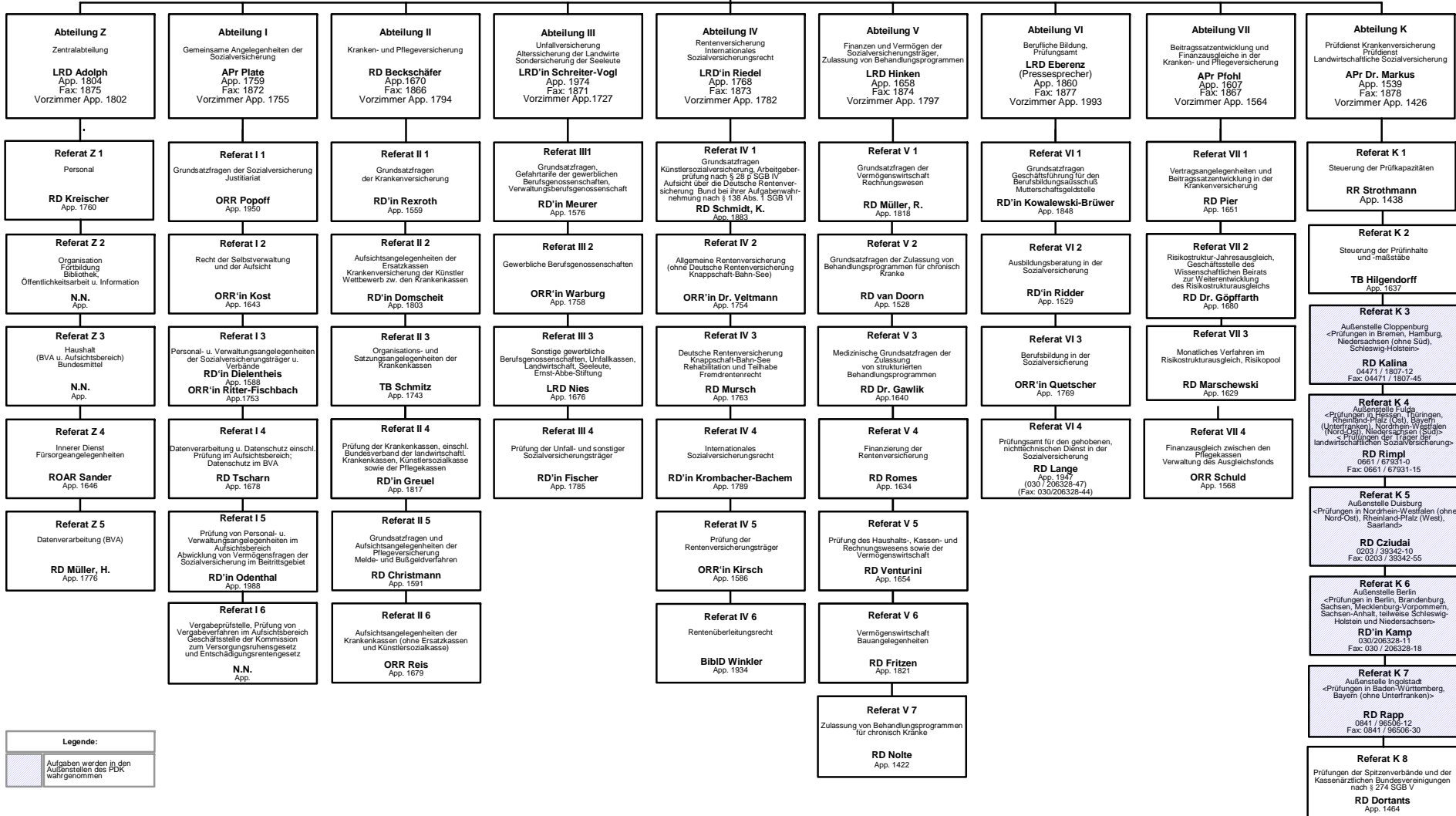
Gleichstellungsbeauftragte
Frau Stiren-Eichers
App. 1659

Beauftragter für
den Datenschutz
Herr Tscharn
App. 1678

Gesamtpersonalrat
Vorsitzender
Herr Wacker
App. 1593
Fax: 1823

Örtlicher Personalrat
Vorsitzender
Herr Schneider
App. 1761

Vertrauensperson der
schwerbehinderten
Menschen
Herr Lange
App. 1947
(030 / 206328-47)



Legende:
Aufgaben werden in den
Außenstellen des PDK
wahrgenommen