

Bundesversicherungsamt



**Tätigkeitsbericht
2001**

Herausgeber:

Bundesversicherungsamt
Presse- und Information
Villemombler Str. 76
53123 Bonn
Telefon (02 28) 6 19 - 18 12
Telefax (02 28) 6 19 - 18 80

Druckerei:

Graphischer Bereich im
Bundesministerium für Arbeit
und Sozialordnung



Vorwort

Die Sozialversicherungsträger haben vielfach bei steigenden Leistungsausgaben sinkende Beitragseinnahmen zu verkraften. In einer solchen Situation des Umbruchs bleiben Kürzungen nicht aus und sorgfältige Prüfung wird zur lebensnotwendigen Therapie des Systems. Immer wieder haben wir Spielräume aufdecken und im Sinne des Gemeinwohls nutzen können – etwa wenn bei Rentenneuberechnungen fiktive Werte durch kostensparende reale Zahlen abgelöst wurden, oder wenn durch Fusionen oder Kooperationen kostentreibende Elemente auf das Notwendige reduziert werden konnten. In den gleichen Kontext gehören Fälle, in denen Träger wirtschaftlich sinnvolle Ziele mit nicht dem Gesetz entsprechenden Mitteln verfolgen. Im Rahmen unserer Beratungen gelingt es uns meistens, das gleiche Ziel auf einem gesetzeskonformen Wege zu erreichen.

Neben unseren aufsichtsrechtlichen Funktionen gewinnen zunehmend die uns übertragenen Verwaltungsaufgaben an Bedeutung. Das gilt insbesondere für die Reform des bereits jetzt 26 Milliarden DM schweren Risikostrukturausgleichs. An allen Reformelementen ist das Bundesversicherungsamt maßgeblich beteiligt:

- als RSA-Durchführungsbehörde für die Verwaltung des Risikopools, die Integration der Chronikerkomponente in den RSA und die Weiterentwicklung des RSA,
- als neue Zulassungsbehörde für die „Disease Management Programme“
- und als Aufsichtsbehörde für die Überprüfung der höchst fehleranfälligen neuen RSA-Komponenten.

Dr. Rainer Daubenbüchel
Präsident des Bundesversicherungsamtes

I. 2001 im ÜBERBLICK	13
Finanz- und Vermögensentwicklung in der GKV	13
Finanzentwicklung in der Rentenversicherung	14
Finanzentwicklung in der knappschaftlichen Rentenversicherung	15
Finanzentwicklung bei den Bau-Berufsgenossenschaften	15
Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung	17
Neue Aufgaben	19
Risikostrukturausgleich	20
Die Reform des Risikostrukturausgleichs	21
Risikopool	21
Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management)	21
Leistungsabgrenzung Krankenversicherung-Pflegeversicherung	22
Ausweisung der Personalkosten für außertariflich Beschäftigte der SVT in den Haushaltsplänen	22
Datenschutz bei der Anforderung von Patientenunterlagen	23
Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung	25
Rentenberechnung von Bestandsrenten des Beitrittsgebiets	26
Zur Umsetzung des Lebenspartnerschaftsgesetzes in die Satzungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften	27
II. DIE EINZELNEN VERSICHERUNGSZWEIGE UND ÜBERGREIFENDES	31
1. KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG	31
1.1 Mitgliedschafts- und Beitragsrecht	31
Freiwillige Mitgliedschaft in der GKV	31
Ende der freiwilligen Mitgliedschaft bei Beitragsrückstand	31
Versichertenstatus und Beitragsbemessung von Wandergesellen	32
1.2 Leistungsrecht	33
Kostenerstattung für im Ausland selbst beschaffte Arzneimittel	33

1.3	Eingaben und Petitionen im Bereich der KV	33
1.4	Eingaben und Petitionen im Bereich der PV	34
	Überblick	34
	Begutachtung von Kindern	34
	Einzelverträge nach § 77 SGB XI	35
	Wiederholungsbegutachtungen bei Überleitungsfällen nach Artikel 45 PflegeVG	36
1.5	Aufsichtsprüfungen	38
	Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge	38
	Schwerpunktprüfung Abgrenzung KV - PV bei Hilfsmitteln	39
	Auslagerung der Rechnungsprüfung auf private Dritte	40
	Nahtloser Übergang vom Krankenhaus in die Pflege	40
1.6	Satzungsrecht	40
	Beitragssatzveränderungen und Modellvorhaben	40
	Aufnahme des Umlageverfahrens im Rahmen der Lohnfortzahlung der Arbeitgeber in den Satzungsinhalt von Betriebskrankenkassen	41
2.	RENTENVERSICHERUNG	47
2.1	Rehabilitation	47
	Erste Erfahrungen mit den gesetzlichen Neuregelungen des SGB IX	47
	Übergangsgeld	48
	Teilhabe am Arbeitsleben	48
2.2	Eingaben	49
	Überblick	49
	Anrechnung von Unfallrenten	49
	Anteilige Begrenzung der nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) ermittelten Entgelte bei Anrechnungszeiten vor 1984	50
	Befreiungsmöglichkeiten für versicherungspflichtige Selbständige	51
	Entgeltzuordnung für Zeiten der beruflichen Ausbildung	51

Besitzgeschützte Entgeltpunkte bei Nachfolgerenten im Anschluß an eine nach § 307b SGB VI neu festgestellte Rente	52
Dynamisierung der Vergleichsrente nach § 4 Abs. 4 AAÜG	53
Erhebung von Säumniszuschlägen	53
Formloser Rentenantrag	54
Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze im ersten Rentenbezugsmonat	54
Vertrauensschutzregelungen bei vorzeitigen Altersrenten	55
Erstattung gezahlter freiwilliger Beiträge	55
Befristung einer Rente wegen Erwerbsminderung	56
Leistungen einer Berufsgenossenschaft und der Rentenversicherung	57
Qualifikationsgruppeneinstufung im Fremdrentenrecht	58
Berechnung von Geldbeträgen	59
Rentenauskunft	60
Vorzeitige Wartezeiterfüllung	61
2.3 Aufsichtsprüfungen	62
Zuordnung von Entgeltpunkten / Entgeltpunkten (Ost) bei Bezug von Entgeltersatzleistungen	62
Arbeitsanweisung zur Behandlung von Überzahlungen	62
Überarbeitung der Arbeitsanweisung zu Überentgelten	62
Zeitpunkt der Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen	63
Vollständiger Leistungsantrag	63
Zeitpunkt der Zinsprüfung	63
2.4 Auslandsberührung	64
Konferenzen	64
3. UNFALLVERSICHERUNG	69
3.1 Satzungsrecht	69
Gefahrtarifangelegenheiten	69
Einführung eines Verfahrens zur Prämiengewährung	71

3.2	Eingaben UV 2001	72
	Umstrittener Datenschutz in der Unfallversicherung	72
3.3	Aufsichtsprüfungen	73
	Beschleunigung der Feststellungsverfahren	73
	Der Beratende Arzt im Verwaltungsverfahren	74
3.4	Alterssicherung der Landwirte	74
	Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung	74
	Bundesarbeitsgemeinschaft landwirtschaftliche Sozialversicherung	74
	Satzungen	75
	Entwurf der „Alterssicherung der Landwirte-Datenabgleichs-Verordnung“	75
	Ahndung der Verletzung von Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten	75
	Beitragsrückstände	76
	Betriebs- und Haushaltshilfen	76
4.	GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	81
4.1	Selbstverwaltung	81
	Schaffung neuer Arbeitsplätze in den neuen Bundesländern durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	81
4.2	Personal- und Dienstrecht	82
	Alle Jahre wieder: Mängel im Beschaffungswesen	82
	Wiedergutmachung für NS-Opfer - Verfahren der Kommission der Bundesrepublik Deutschland nach dem Entschädigungsrentengesetz (ERG)	83
	Entzug von Wiedergutmachungsleistungen aufgrund von Verstößen gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder der Rechtsstaatlichkeit	83
	Schutz sensibler Daten bei Übermittlung per Fax und E-mail	84
	Ausgaben für Kindertageseinrichtungen und Familienservice	85
	Übernahme von Kinderbetreuungskosten	86

4.3 Vermögenswirtschaft	87
Genehmigungsbescheide	87
Vermögensverwaltung nach dem Sozialversicherungsvermögensgesetz	88
Immobilien	89
Hypothekarisch gesicherte Forderungen	89
4.4 Gerichtsverfahren	90
5. ANDERE ARBEITSSCHWERPUNKTE	95
5.1 Risikostrukturausgleich	95
Allgemeines	95
Jahresausgleich 2000	95
Monatliches Abschlagsverfahren 2001	97
5.2 Zuständige Stelle nach dem BBiG	98
Ausbildungsplatzsituation	98
Tendenzen zur Ausbildung außerhalb des dualen Systems	99
Mehr Widersprüche durch neue Form der mündlichen Prüfung („Kundenberatungsgespräch“)	100
Organisation der Prüfungen	100
5.3 Prüfungsamt für den gehobenen nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung	101
Laufbahnprüfungen	101
Nachdiplomierung	102

I. 2001 im ÜBERBLICK

Finanz- und Vermögensentwicklung in der GKV

Finanzentwicklung in der Rentenversicherung

Finanzentwicklung in der knappschaftlichen Rentenversicherung

Finanzentwicklung bei den Bau-Berufsgenossenschaften

Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung

Neue Aufgaben

Risikostrukturausgleich

Die Reform des Risikostrukturausgleichs

Risikopool

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management)

Leistungsabgrenzung Krankenversicherung-Pflegeversicherung

Ausweisung der Personalkosten für außertariflich Beschäftigte der SVT in den Haushaltsplänen

Datenschutz bei der Anforderung von Patientenunterlagen

Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Rentenberechnung von Bestandsrenten des Beitrittsgebiets

Zur Umsetzung des Lebenspartnerschaftsgesetzes in die Satzungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften

I. 2001 im ÜBERBLICK

Finanz- und Vermögensentwicklung in der GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung hat nach den vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Daten das Jahr 2001 mit einem Verlust von 5,5 Milliarden DM abgeschlossen. Der Anstieg der Leistungsausgaben betrug bundesweit 3,7 Prozent je Mitglied bei einer Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen von 1,6 Prozent je Mitglied.

Der durchschnittliche Beitragssatz im Jahr 2001 betrug 13,6 Prozent. Bereits zu Anfang des Jahres 2001 zeichnete sich jedoch ab, daß der durchschnittliche Beitragssatz zu Defiziten führen würde und spätestens zu Beginn des Jahres 2002 mit einem Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes zu rechnen war. Ein Schwerpunkt unserer Tätigkeit im Jahr 2001 lag daher auch in der Auseinandersetzung mit den einzelnen Kassen über die Finanz- und Vermögensentwicklung. Der durch das Sonderkündigungsrecht geschaffene Wettbewerbsdruck soll die Krankenkassen zwar dazu anhalten, vor einer Beitragssatzentscheidung ihre Ausgaben im Hinblick auf Einsparmöglichkeiten zu überprüfen; er fördert jedoch auch die Neigung, die eigenen Einsparmöglichkeiten zu überschätzen und den Zeitpunkt einer schließlich doch nicht mehr vermeidbaren Beitragssatzanhebungen so weit wie möglich hinauszuschieben.

Im Jahr 2001 bestand zudem Unsicherheit darüber, welche gesetzlichen Änderungen letztlich vorgenommen werden würden, um veränderten Risikobelastungen entgegenzuwirken, die insbesondere die großen Kassen aufgrund der Mitgliederwanderungen treffen.

Auf die Einführung des zunächst geplanten Mindestbeitragssatzes wurde verzichtet. Die finanzielle Entwicklung hat auch bei den Betriebskrankenkassen, die hiervon im wesentlichen betroffen worden wären, zu Beitragssatzanhebungen geführt, und inzwischen beträgt der durchschnittliche Beitragssatz dieser Kassen ohnehin knapp 13,0 Prozent. Der durchschnittliche Beitragssatz aller Kassen beträgt zum Stichtag 1. Januar 2002 14,0 Prozent. Mit dieser Anhebung müssen das Defizit des Jahres 2001 ausgeglichen und die Beitragseinnahmen der veränderten Struktur von Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen angepaßt werden.

Das Defizit von 5,5 Milliarden DM wurde aus den Finanzreserven der Kassen finanziert und hat zu einem entsprechenden Rückgang des Betriebsmittel- und Rücklagenvermögens geführt. Dadurch haben sich die Handlungsspielräume der Kassen weiter verengt. Zugleich entstehen neue Anforderungen an die künftige kassenindividuelle Beitragssatzplanung durch die Erweiterung des Risikostrukturausgleichs

sowie die Einführung des sogenannten Risikopools.

Finanzentwicklung in der Rentenversicherung

In der Rentenversicherung sind wir Zeugen einer alarmierenden Entwicklung: Hatte die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten im Jahr 2000 noch einen Überschuß von über 1,1 Milliarden DM ausgewiesen, ging dieser im Jahr 2001 auf weniger als 0,1 Milliarden DM zurück. Eine Ursache ist unbestreitbar die im Jahr 2001 bedenklich gefallene Konjunkturkurve. So sank die Schwankungsreserve bis Ende 2001 um fast 0,8 Milliarden DM auf rund 27 Milliarden DM und erreichte damit 0,93 Monatsausgaben, so daß die gesetzlich vorgeschriebene Mindestausstattung von einer Monatsausgabe unterschritten wurde. Um dennoch den Beitragssatz auch im Jahr 2002 bei 19,1 Prozent konstant halten zu können, hat die Bundesregierung die sogenannte Mindestschwankungsreserve ab dem 1. Januar 2002 auf 0,8 Monatsausgaben abgesenkt. Finanzausgleichszahlungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Höhe von mehr als 15,4 Milliarden DM stellten in der Rentenversicherung der Arbeiter die vorgeschriebene Mindestausstattung in Höhe einer halben Monatsausgabe sicher.

Die Ausgaben für Rentenleistungen sind 2001 auf fast 358,6 Milliarden DM gestiegen; das ist gegenüber dem Vorjahr ein Wachstum um 3,1 Prozent. Nachdem im Jahr 2000 eine sogenannte Inflationsanpassung der Renten erfolgt war, wurden die

Renten im Jahr 2001 entsprechend der „modifizierten Bruttolohnanpassung“ angehoben, wie sie durch das Altersvermögens-Ergänzungsgesetz zum 1. Januar 2001 eingeführt worden war. Zum 1. Juli 2001 erfolgte demgemäß eine Rentenanpassung um 1,91 Prozent im Bundesgebiet ohne das Beitrittsgebiet und um 2,11 Prozent im Beitrittsgebiet.

Von den Rentenleistungen sind Beiträge an die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und an die Pflegeversicherung der Rentner (PVdR) abzuführen, wobei diese jeweils zur Hälfte von den Rentnern und von der Rentenversicherung zu tragen sind. Der Beitrag der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten zur KVdR betrug im Jahr 2001 fast 23,9 Milliarden DM und zur PVdR mehr als 2,9 Milliarden DM. Im Rahmen des Wanderversicherungs- und des Wanderungsausgleichs profitierte die knappschaftliche Rentenversicherung von Erstattungen der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten in Höhe von per Saldo fast 10,7 Milliarden DM. Für Leistungen zur Teilhabe (früher: Rehabilitationsmaßnahmen) hat die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten rund 8,9 Milliarden DM aufgewendet.

Die Beitragseinnahmen insgesamt stiegen im Jahr 2001 um fast 0,9 Prozent auf rund 320 Milliarden DM. Einen überproportionalen Anstieg wiesen hierbei mit 1,4 Prozent die Beitragseinnahmen für Leistungsempfänger der Bundesanstalt für Arbeit auf. In den Beitragseinnahmen enthalten sind Beitragszahlungen des Bundes für

Zeiten der Kindererziehung von fast 22,56 Milliarden DM. Die Zuschüsse des Bundes an die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten, die ebenso wie die Bundeserstattungen an die Rentenversicherung vom Bundesversicherungsamt bewirtschaftet werden, betrugen im Jahr 2001 rund 90 Milliarden DM; das sind rund 7 Milliarden DM mehr als im Vorjahr. Insgesamt wurden damit 27 Prozent der Ausgaben der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten durch Zahlungen des Bundes gedeckt; im Vorjahr lag dieser Anteil noch bei 26,2 Prozent. Weitere fast 10 Milliarden DM hat der Bund im Jahr 2001 der Rentenversicherung insbesondere für sogenannte einigungsbedingte Leistungen (§ 291c SGB VI) sowie für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) erstattet.

Finanzentwicklung in der knappschaftlichen Rentenversicherung

Im Jahr 2001 betrugen in der knappschaftlichen Rentenversicherung die Rentenausgaben rund 25,2 Milliarden DM. Für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und die Pflegeversicherung der Rentner (PVdR) beliefen sich die Zahlungen auf rund 1,9 Milliarden DM; Leistungen zur Rehabilitation schlugen mit rund 176 Millionen DM zu Buche.

Die Ausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung wurden insbesondere aus den Beitragseinnahmen, dem Wanderversicherungsausgleich und dem Wanderungs-

ausgleich sowie aus dem Bundeszuschuß finanziert.

Die Beitragseinnahmen zur Deckung dieser Ausgaben betrugen im Jahr 2001 rund 2,2 Milliarden DM. Weitere 8,5 Milliarden DM wurden der Bundesknappschaft im Rahmen des Wanderversicherungsausgleichs für 2001 erstattet. Diese Erstattung trägt dem Umstand Rechnung, daß Rentenansprüche auch auf Versicherungszeiten in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten beruhen, für deren Auszahlung die Bundesknappschaft zuständig ist.

Darüber hinaus zahlen die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten einen Wanderungsausgleich, der sich an den Veränderungen der Anzahl der in der knappschaftlichen Rentenversicherung Versicherten orientiert und sich für 2001 auf rund 2,9 Milliarden DM belief.

Den Unterschied zwischen den Einnahmen und den Ausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung trägt nach § 215 SGB VI der Bund. Aus diesem Grunde ist bei der knappschaftlichen Rentenversicherung eine Schwankungsreserve nicht erforderlich. Der Bund zahlte im Jahr 2001 hierfür rund 14,5 Milliarden DM.

Finanzentwicklung bei den Bau-Berufsgenossenschaften

Die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Unfallversicherung hat in den vergangenen Jahren wiederholt die Aufmerksamkeit der Aufsicht auf sich gezogen. Gewerbezweige, die stärker als andere mit den Fol-

gen des wirtschaftlichen Wandels zu kämpfen haben, geraten in Schwierigkeiten, wenn mit dem spürbaren Rückgang ihrer Beitragszahler weiterhin hohe Leistungsverpflichtungen aus den sogenannten Altlasten einhergehen. Unter dem Druck einer solchen Situation hatten die Berufsgenossenschaften im Jahr 2000 bereits Neuland betreten: die erste Fusion hatte weithin Beachtung gefunden.

Im Falle der Bau-Berufsgenossenschaften hat sich eine schon in den Vorjahren deutliche krisenhafte Entwicklung im Jahr 2001 verstärkt. Beitragseinnahmen schwanden weiter - verursacht durch den Rückgang an Beschäftigten und entsprechend sinkenden Lohnsummen. Die Hauptursachen hierfür liegen in der Konkurrenz ausländischer Unternehmen aus dem EU-Raum mit niedrigem Lohnniveau sowie illegaler Beschäftigung und Schwarzarbeit.

Der zwangsläufige Anstieg der Beitragsbelastungen hat die Frage nach gerechterer Lastenverteilung aufgeworfen und eine wichtige Diskussion zwischen den Berufsgenossenschaften und dem zuständigen Ministerium in Gang gebracht, in die auch wir einbezogen waren. Dabei werden - auch unter dem Aspekt ihrer Dauerhaftigkeit - alternative Lösungen diskutiert.

Das vom Gesetzgeber vorgesehene Instrument zur längerfristigen Beitragsstützung in konjunkturschwachen Zeiten besteht im Einsatz von Betriebs- und Rücklagemitteln. Während einige Bau-Berufsgenossenschaften in den letzten Jahren verstärkt von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht ha-

ben, konnten andere bisher auf eine solche Maßnahme zur Stützung des Beitragssatzes verzichten. Dementsprechend ist die finanzielle Situation der vier bundesunmittelbaren Bau-Berufsgenossenschaften sehr unterschiedlich. So schwanken z. B. die Rücklagemittel - bezogen auf den gesetzlichen Höchstbetrag in Höhe des Zweifachen der im letzten Jahr gezahlten Renten - zwischen 57,2 und 73,62 Prozent.

Gerade Berufsgenossenschaften mit geringen Rücklagequoten geraten hier schnell an ihre Grenzen. Spielräume bei der Bewilligung von Rücklageentscheidungen haben wir in der Vergangenheit stets zugunsten der in Not geratenen Berufsgenossenschaften genutzt; doch führt auf Dauer kein Weg an der Rückführung der vorübergehend entnommenen Mittel vorbei, so daß uns hier nur ein kurzfristig greifendes Instrumentarium zur Verfügung steht.

Unter Berücksichtigung dieser Tatsache käme als dauerhafte Lösung des Problems eine Fusion der zur Zeit immerhin noch sieben Bau-Berufsgenossenschaften - auch unter allgemeinen Wirtschaftlichkeitsabwägungen - in Betracht.

Auch gilt manchem die solidarische Verteilung der Altlasten als probates Mittel. Einigkeit besteht allerdings darüber, daß die Bauwirtschaft die Solidarität anderer Branchen erst einfordern darf, wenn alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind, die Situation aus eigener Kraft zu verbessern.

Das von Empathie getragene Engagement aller Beteiligten berechtigt zu der Hoff-

nung, daß die Probleme rechtzeitig einer Lösung zugeführt werden können.

Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung

Auch in diesem Jahr war ein Anstieg der Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung zu verzeichnen, der jedoch mit 1,15 Prozent gegenüber dem Vorjahr moderat ausfiel. Erfreulicherweise lagen sie damit ca. 3,4 Prozent unter den von den Kassen in ihren Haushaltsplänen geschätzten Ausgaben.

Die Leistungsausgaben stiegen im Berichtszeitraum um ca. 1,08 Prozent und betrugen insgesamt 31,353 Milliarden DM gegenüber 31,017 Milliarden DM im Vorjahr. Die Ausgaben der Pflegeversicherung insgesamt betrugen 32,979 Milliarden DM gegenüber 32,602 Milliarden DM im Vorjahr und sind demnach um ca. 1,15 Prozent gestiegen. Insgesamt hat sich damit der Ausgabenanstieg in den vergangenen Jahren etwas abgeflacht.

Diesen Ausgaben standen Gesamteinnahmen in Höhe von ca. 26,933 Milliarden DM gegenüber. Sie haben damit gegenüber dem Vorjahr um 402 Millionen DM oder 1,52 Prozent zugenommen.

Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen stiegen demgegenüber im gleichen Zeitraum von 26,316 Milliarden DM auf 26,712 Milliarden DM und haben insgesamt um 1,5 Prozent zugenommen.

Die unmittelbar an den Ausgleichsfonds gezahlten Beiträge aus Rentenzahlungen der Rentenversicherungsträger in Höhe von 5,651 Milliarden DM, Beitragseinnahmen für sonstige Pflichtversicherte in Höhe von 15 Millionen DM sowie für Wehr- und Zivildienstleistende von insgesamt ca. 9,4 Millionen DM summierten sich auf 5,675 Milliarden DM. An Zinseinnahmen konnten der Ausgleichsfonds 243 Millionen DM und die Pflegekassen insgesamt 221 Millionen DM erzielen.

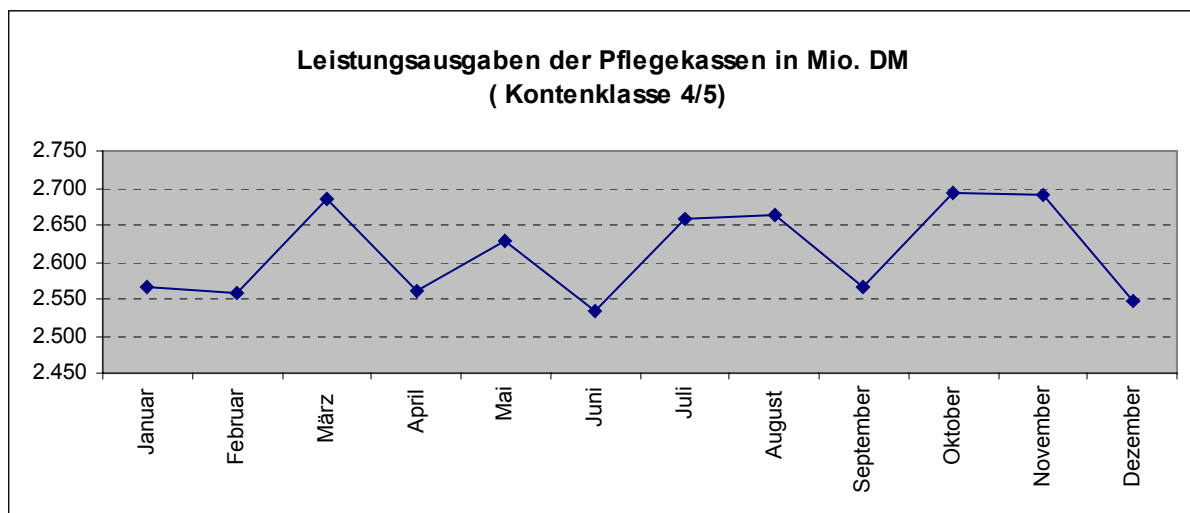
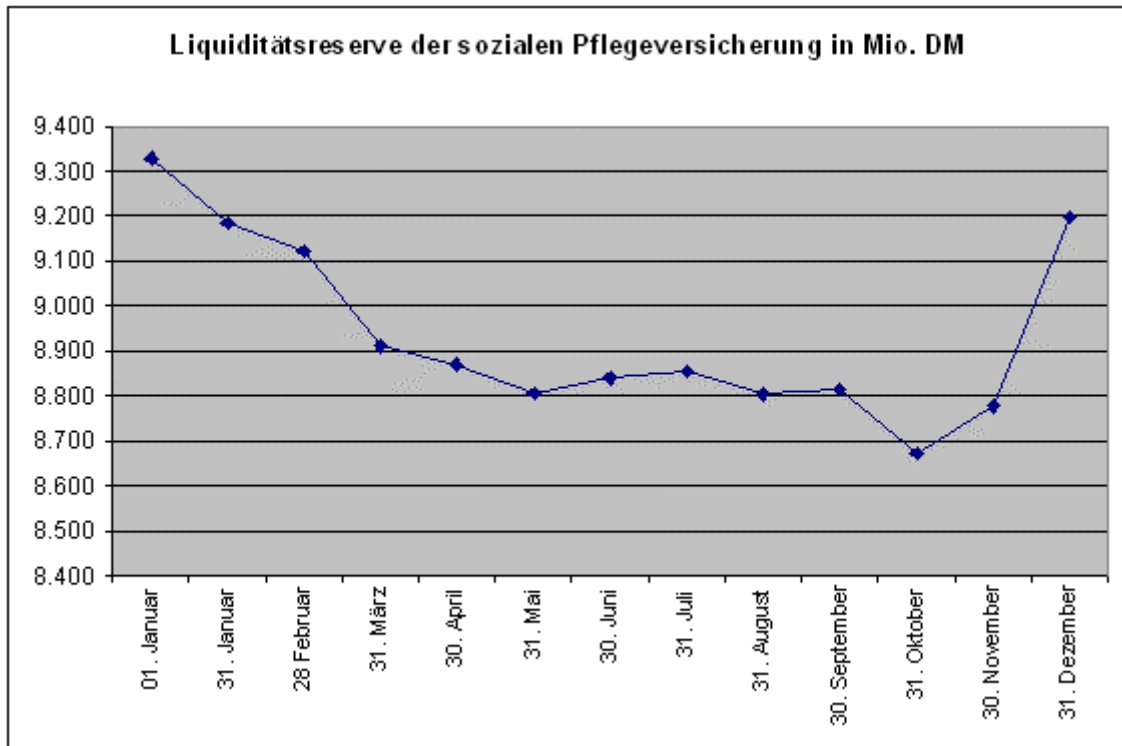
Die Liquiditätsreserve der Pflegeversicherung, die sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen zusammensetzt, betrug 9,198 Milliarden DM zum 31.12.2001, was gegenüber dem Vorjahreszeitraum (9,329 Milliarden DM) eine Verringerung um 131 Millionen DM oder 1,4 Prozent bedeutet.

Wie auch in der öffentlichen Diskussion um eine Begrenzung des Kassenwechsels deutlich wurde, war die Ausgaben- und Einnahmensituation der Pflegekassen weiterhin sehr ungleichmäßig. So hat der Ausgleichsfonds insgesamt ca. 14,164 Milliarden DM zur Auffüllung der Betriebsmittel an Pflegekassen ausgezahlt, während die Pflegekassen, deren Beitragseinnahmen die monatlichen Ausgaben überstiegen, dem Ausgleichsfonds insgesamt ca. 8,031 Milliarden DM überweisen konnten.

Im folgenden wird anhand von Tabellen eine Jahresübersicht über die Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung im Haushaltsjahr 2001 gegeben.

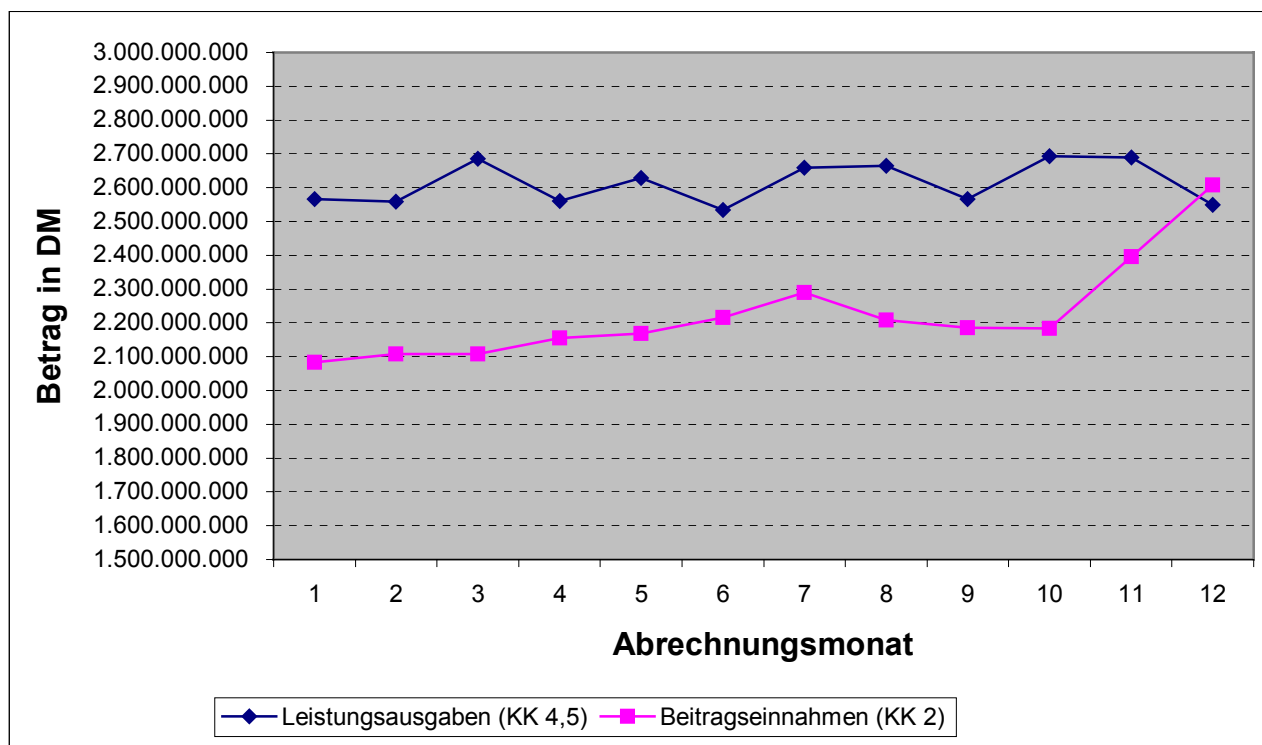
So hat die soziale Pflegeversicherung das Haushaltsjahr 2001 mit einem Mittel-Ist von 9,329 Milliarden DM begonnen und verfügte am 31.12.2001 noch über 9,198

Milliarden DM. Damit verringerte sich das Mittel-Ist der sozialen Pflegeversicherung um 131 Milliarden DM (1,40 Prozent).



In der folgenden Übersicht werden die Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen in der sozialen Pflegeversicherung im Jahre 2001 gegenübergestellt.

Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen in der sozialen Pflegeversicherung im Jahre 2001



Neue Aufgaben

Unser Haus nimmt teil an den Strukturveränderungen in der Sozialversicherung, da das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) auch bei uns spürbare Veränderungen mit sich bringt: Die Einrichtung eines Risikopools ab dem 1. Januar 2002, einer Chronikerkomponente im Rahmen des RSA ab dem 1. Juli 2002 und die Einführung eines morbiditätsorientierten RSA ab dem 1. Januar 2007 sind auch für uns Herausforderungen. Sie bringen uns insgesamt 57 neue Beschäftigte ins Haus - 30 dieser Stellen entfallen allein auf den Prüfdienst Krankenversicherung (PDK). Die weiteren neuen Stellen

sind im wesentlichen aufgeteilt auf den neuen Aufgabenbereich „Zulassung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme) und auf den Risikostrukturausgleich.

In Erwartung dieser Zuwächse haben wir bereits im Berichtsjahr begonnen, geeignete Kräfte zu gewinnen. Das Bundesversicherungsamt – das zeigt uns die Resonanz hochqualifizierter Bewerber – ist für berufserfahrene Fachleute ebenso interessant wie für Frauen und Männer am Beginn ihres Berufslebens, die eine verantwortungsvolle und spannende Aufgabe erwartet; wir werden deshalb mit einer hervorragenden Equipe an den Start gehen.

Organisatorisch haben die neuen Aufgaben einige Abteilungen tüchtig durchgerüttelt und bis in die Namensgebung hinein erschüttert. Solche Umstrukturierungen bergen auch Chancen, und wir sehen nunmehr mit Genugtuung auf unser neues Organigramm:

Zwei neue Referate in der Abteilung V (Finanzen und Vermögen) betreuen künftig die Zulassung von Behandlungsprogrammen und gehen auch in die Benennung der Abteilung ein. Die Aufgaben im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich wurden in der neugestalteten Abteilung VII mit der Bezeichnung "Beitragssatzentwicklung und Finanzausgleiche in der Kranken- und Pflegeversicherung" zusammengefaßt. Angesichts der neuen Aufgabenbereiche „Risikopool“ und „Weiterentwicklung des RSA“ wurde in der Abteilung VII ein weiteres RSA-Referat eingerichtet. Die Aufgaben der Krankenversicherungsaufsicht bleiben in der Abteilung II, die um die Aufsichtsangelegenheiten der Pflegeversicherung (vormals Abteilung VII) erweitert wurde und nun die Bezeichnung „Kranken- und Pflegeversicherung“ führt.

Die 30 neuen Stellen für die Abteilung K „Prüfdienst Krankenversicherung“ werden hauptsächlich zum Aufbau jeweils einer neuen Prüfgruppe pro Außenstelle (Berlin, Cloppenburg, Duisburg, Fulda, Ingolstadt) verwendet. Die übrigen Stellen bilden in Bonn das neue Referat K-RSA zur abteilungs- und hausinternen Prüfungscoordination sowie zur Abstimmung mit den Prüfdiensten der Länder.

Risikostrukturausgleich

Immer mehr Versicherte nutzen - nicht zuletzt unter ökonomischen Gesichtspunkten - ihr Recht zur freien Wahl einer gesetzlichen Krankenkasse. Den vorhandenen Unterschieden in der Mitgliederstruktur der verschiedenen Krankenkassen zu begegnen, ist Aufgabe des Risikostrukturausgleichs, der seit 1994 die finanziellen Unterschiede in der Höhe der Einnahmen, der Zahl der Familienversicherten und der Verteilung der Versicherten nach Alter und Geschlecht ausgleicht.

Der im November des Jahres 2001 abgerechnete Jahresausgleich 2000 hat insgesamt rund 26 Milliarden DM zwischen den beteiligten Kassen umverteilt, davon bereits rund 24 Milliarden DM im monatlichen Abschlagsverfahren.

Der Anstieg des gesamten Ausgleichsvolumens um rund 1,8 Milliarden DM auf 26 Milliarden DM im Jahresausgleich 2000 resultiert im wesentlichen aus dem Finanztransfer aus dem Rechtskreis West in den Rechtskreis Ost in Höhe von 2,7 Milliarden DM. Dieser Finanztransfer ist durch die Anwendung eines gesamtdeutschen Ausgleichsbedarfssatzes zur Ermittlung der jeweiligen Finanzkraft bedingt. Er war im Vorjahr noch auf 1,2 Milliarden DM beschränkt gewesen. Ab dem Jahresausgleich 2001 wird stufenweise ein gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich auch für den Beitragsbedarf eingeführt werden.

Die Reform des Risikostrukturausgleichs

Grundsätzlich - das zeigen unsere nun schon einige Jahre umfassenden Erfahrungen ebenso wie die Gutachten, die Bundestag und Spitzenverbände in Auftrag gegeben hatten - erfüllt der Risikostrukturausgleich seine Aufgabe. Dennoch verbleiben unausgeglichene Strukturunterschiede in beitragsatzrelevanten Größenordnungen mit der Folge, daß insbesondere Kassen mit überdurchschnittlich vielen chronisch Kranken unterfinanziert sind, während Kassen mit unterdurchschnittlich vielen chronisch Kranken beitrags- und damit wettbewerbsrelevante Vorteile besitzen. Auf den daraus folgenden Bedarf, die Umverteilung zielgenauer zu gestalten, hat der Gesetzgeber mit der zum 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Reform reagiert:

Mittel- bis langfristig werden Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich auf einer neuen Grundlage gebildet werden: Mit Hilfe eines Verfahrens zur direkten Erfassung von Morbiditätsunterschieden können die damit verbundenen Unterschiede in der Ausgabenbelastung der Kassen berücksichtigt werden. Grundlage dieser Gruppenbildung ist die Einteilung der Versicherten nach ausgewählten Krankheitsindikatoren. Dieser direkt morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wird aber nicht vor 2007 verfügbar sein. Als Interimslösung werden die Kassen zwei Instrumente nutzen, die bereits im

Jahre 2002 umgesetzt werden: den Risikopool und die strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management).

Risikopool

Im Risikopool werden die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle zwischen den Krankenkassen teilweise ausgeglichen. Ausgleichsfähig sind dabei 60 Prozent der Aufwendungen für einzelne Versicherte in den Leistungsbereichen Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Krankengeld, Sterbegeld und nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, soweit diese eine Grenze von zur Zeit 20.450 € pro Jahr übersteigen.

Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management)

Disease Management soll die Prävention und Behandlung einer längerfristigen oder chronischen Krankheit verbessern. Mit der Reform werden Versicherte, die in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschrieben sind, als eigene Versicherten-Gruppe im Risikostrukturausgleich berücksichtigt. Krankenkassen, die diese chronisch Kranken in großer Zahl versichern, können dadurch die höheren standardisierten Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich geltend machen. Von der erwarteten Wirkung werden Versicherte und Träger profitieren: eine gute Versorgung der chronisch Kranken wird so zum Wettbewerbsfaktor.

Die Einschreibung in die Programme wie auch deren Durchführung bedürfen sorgfältiger Kontrolle. Wir werden die Voraussetzungen zur Zulassung prüfen und darauf hinwirken, daß die Verfahren zur Einschreibung bundesweit einheitlich durchgeführt werden. Erste Zulassungen von Programmen können jedoch erst erfolgen, wenn die Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme, das Zulassungsverfahren sowie die Gebühren geregelt sein werden. Eine entsprechende Neuformulierung der Risikostrukturausgleichsverordnung wird gegenwärtig im Bundesministerium für Gesundheit vorbereitet.

Leistungsabgrenzung Krankenversicherung-Pflegeversicherung

Sofern bei der Finanzierung von Pflegehilfsmitteln Buchungen geradezu regelmäßig fehlerhaft zu Lasten der Pflegekassen erfolgen, geht dies an die Substanz des Systems. Wir waren deshalb alarmiert, als im März 2000 die Prüfdienste des Bundes und der Länder anläßlich eines Erfahrungsaustauschs von erheblichen Fehlbuchungen zu Lasten der Pflegekassen berichtet haben. Für das Jahr 2001 war daher eine bundesweite Schwerpunktprüfung zur Abgrenzung der Leistungen bei der Gewährung von Hilfsmitteln zwischen den Krankenversicherungen und den Pflegeversicherungen vereinbart worden. Wir haben in einer gemeinsamen Aktion unseres Prüfdienstes Krankenversicherung und der Abteilung VII (Pflegeversicherung) bei allen Kassen unseres Zuständigkeitsbereichs eine Stichprobe erhoben, auf deren

Basis die Summe der fehlerhaften Buchungen und ein möglicher Umbuchungsbedarf zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse ermittelt wurde. Bei kleineren Kassen wurden Vollerhebungen durchgeführt.

Erste Zwischenergebnisse bestätigen, daß Kassen insbesondere die technischen Hilfsmittel (z.B. Rollstühle, Pflegeelife, Bade- und Toilettenhilfen) vielfach zu Lasten der Pflegekassen gebucht hatten, obwohl diese nicht ausschließlich der Pflege dienten, sondern wegen einer Krankheit oder Behinderung gemäß § 33 SGB V von der Krankenkasse zu leisten gewesen wären. Jede vierte geprüfte Kasse wies dabei eine Fehlerquote von über 50 Prozent auf. In Einzelfällen ergab sich bei einer Hochrechnung ein Umbuchungsbedarf von mehreren Millionen DM.

Die Krankenkassen haben überwiegend unsere Prüfergebnisse akzeptiert und die erforderlichen Umbuchungen unmittelbar eingeleitet. In den Fällen, in denen die Zuordnung der technischen Hilfsmittel strittig war, hat der Prüfdienst Krankenversicherung das Verfahren an die Rechtsaufsicht abgegeben.

Ausweisung der Personalkosten für außertariflich Beschäftigte der SVT in den Haushaltsplänen

Beiträge der Versicherten zur Sozialversicherung dienen auch zur Deckung der Personalkosten der Sozialversicherungsträger. Um nun den Versicherten die Möglichkeit zu geben, die Bewirtschaftung der von ihnen aufbrachten Beiträge bis in die Per-

sonalausgaben hinein zu kontrollieren, hat der Gesetzgeber die Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung (SVHV) am 10. Oktober 2000 dahingehend geändert, daß Personalausgaben für außertariflich Beschäftigte mit den entsprechenden Beträgen ausgewiesen werden müssen oder auf vergleichbare Besoldungsgruppen verwiesen werden muß (§ 7 Abs. 3 Satz 3 SVHV). Die Aufsichtsbehörden können so schon rechtzeitig die Ansätze bei den Personalkosten auf ihre Angemessenheit überprüfen.

Zu den außertariflich Beschäftigten gehören auch die Vorstände, deren Vergütung nicht länger unter dem Mantel der Vertraulichkeit bleiben darf. Wir mußten jedoch bei der Überprüfung der vorgelegten Haushaltspläne feststellen, daß die Kassen fast ausnahmslos die Offenlegung dieser Personalausgaben scheuen.

Hier gehen aber die Transparenzinteressen der Beitragszahler allen Datenschutzinteressen der Besoldungs- oder Gehaltsempfänger vor. Wir haben darum die Kassen nachdrücklich auf ihre Pflichten hingewiesen und die jeweiligen Haushaltspläne gemäß § 70 Abs. 5 Satz 2 SBG IV beanstandet. Das Bundesversicherungsamt wird die Kassen mit allen Aufsichtsmitteln drängen, sich an die deutlichen Vorgaben der nicht ohne Grund geänderten SVHV zu halten.

Datenschutz bei der Anforderung von Patientenunterlagen

Es sorgt für beträchtliche öffentliche Erregung, wenn in der Presse die Zahlungsmoral der Krankenkassen bei der Begleichung von Krankenhausrechnungen Schlagzeilen macht. Meldungen von verweigerter Bezahlung schrecken die Versicherten auf, um so mehr, wenn als Folge dieser Entwicklung der finanzielle Kollaps im Klinikbereich prognostiziert wird. Worum geht es: Erstattungen werden den Krankenhäusern verweigert, wenn Krankenkassen der Auffassung sind, daß die beteiligten Kliniken Informationen vorenthalten, die der Kasse als Basis zur Beurteilung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit eines Klinikaufenthalts bzw. einer Behandlung dienen. Daher haben sich mehr als vierzig Krankenhäuser im Jahr 2001 mit Beschwerden über das ihrer Ansicht nach zu weitgehende Auskunftsverlangen der Kassen an das Bundesversicherungsamt gewandt.

Diese Krankenhäuser bezweifeln grundsätzlich die Berechtigung der Kassen, auf diese Daten zuzugreifen und mit deren Hilfe die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung zu prüfen. Eine solche Prüfung sei ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Kassen (MDK) unzulässig; insbesondere das Verlangen der Abrechnungsstellen,

Einsicht in Patientenakten zu nehmen, wirkt bei Klinikverwaltungen subkutan. Die meisten Krankenhäuser äußern Zweifel an der fachlichen Kompetenz von Krankenkassen. Sie bezweifeln - unter Verweis auf datenschutzrechtliche Bestimmungen - auch die Berechtigung der Kassen, eine Vorbegutachtung zur Entscheidung über die Einschaltung des MDK durchzuführen.

Wir haben alle Einwände sorgfältig geprüft. Nach unserer Überzeugung läßt das SGB V keinen Zweifel an der Berechtigung der Kassen, im Zusammenhang mit der Abrechnung von Krankenhausleistungen die Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten Leistungen zu prüfen. Dazu gehört auch die Entscheidung, ob der Medizinische Dienst der Krankenversicherung einzuschalten ist. Zu diesem Zweck können die Krankenkassen im Rahmen des § 301 SGB V Angaben zur Beurteilung der Leistungspflicht und der Wirtschaftlichkeit verlangen: u. a. die Diagnose, Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren, die voraussichtliche Verweildauer sowie, falls diese überschritten wird, die medizinische Begründung für deren Überschreitung.

Zur Klärung der Frage, ob der MDK einzuschalten ist, können sich die Krankenkassen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Hilfe eigenen oder außenstehenden Sachverständigen bedienen. An außenstehende Beratungsärzte dürfen hierzu die Angaben aus dem

Katalog des § 301 SGB V dann weitergegeben werden, wenn sie dergestalt verschlüsselt bzw. anonymisiert sind, daß für Außenstehende kein Rückschluß auf die Identität der Person möglich ist.

Wir bestärken die Krankenkassen ausdrücklich darin, diese Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen vorzunehmen, gestützt auf die Übermittlungspflichten der Krankenhäuser, wie sie sich aus § 301 SGB V ergeben. Mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz haben wir in diesen Fragen Einvernehmen erzielt.

Ein Konsens über die Rechtsgrundlage, den Umfang und die Art der den Kassen zustehenden Behandlungsunterlagen steht allerdings mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen noch aus. Ermutigend ist ein erstes Einvernehmen über die Notwendigkeit, Patientendaten zu anonymisieren, wenn diese zur Vorbegutachtung an externe Beratungsärzte weitergeleitet werden. Wir sind allerdings darüber hinaus der Auffassung, daß die Krankenkasse Unterlagen, die über den Katalog des § 301 SGB V hinausgehen, nicht verlangen kann. Ein oft angeführtes Urteil des Bundessozialgerichts vom 7. Mai 2000 (B KR 33/99) hat die Frage, ob einer Krankenkasse die Einsichtnahme in derartige Unterlagen zustehe, nicht entschieden, da sie so nicht gestellt war. Wir werden die Kassen - auch im Hinblick auf ihr berechtigtes Interesse an der Prüfung der Wirtschaftlichkeit - weiter drängen, in der Frage der Akteneinsicht unserer Auffassung zu folgen.

Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Das Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVOrgG) überträgt ab dem 1. August 2001 dem Bundesversicherungsamt folgende Aufgaben:

- Umsetzung eines neuen Haushaltsgenehmigungsverfahrens;
- erweiterte Prüfung der Datenverarbeitung im Aufsichtsbereich (aufgrund der Errichtung eines gemeinsamen Rechenzentrums der landwirtschaftlichen Alterskassen, der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und der landwirtschaftlichen Krankenkassen);
- Aufbau eines Prüfdienstes für die landwirtschaftlichen Alterskassen und Berufsgenossenschaften und ihrer Verbände analog den Prüfungen nach § 274 SGB V.

Wichtigstes Ziel des LSVOrgG ist die Stärkung des Bundeseinflusses, um den sparsamen und wirtschaftlichen Einsatz der erheblichen Bundesmittel in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, insbesondere bei der Alterssicherung der Landwirte, sicherzustellen. Deshalb bedürfen - im Benehmen mit dem Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft - die Haushaltspläne einschließlich der Stellenpläne der landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Dieses Genehmigungsverfahren soll - in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Verbraucher-

schutz, Ernährung und Landwirtschaft sowie mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung - von einem permanenten Dialog zwischen den Trägern und der Aufsicht flankiert werden, um Entwicklungen, die sich bereits während des Vollzugs des aktuellen Haushalts abzeichnen, bei der Aufstellung des neuen Haushalts berücksichtigen zu können. Hierdurch wird das Genehmigungsverfahren auf eine sichere Basis gestellt und erheblich beschleunigt.

Die Stellen der Dienstordnungsangestellten wurden schon bisher als sogenannte Gruppenpläne, d. h. überjährige Pläne, die im Gegensatz zum haushaltsmäßigen Stellenplan einen längerfristigen Rahmen für die Personalplanung darstellen, einem Genehmigungsverfahren durch die Aufsicht unterzogen.

Nachdem nun aber mit der Genehmigungspflicht für die Haushaltspläne auch die Pflicht besteht, einen entsprechenden Stellenplan dem Bundesversicherungsamt zur Genehmigung vorzulegen, konkurrieren hier zwei Verpflichtungen bzw. zwei Verfahren.

Wir gehen davon aus, daß die in langer Entwicklung gewachsenen Gruppenpläne nicht in Frage gestellt werden sollten. Dies bedeutet, daß dem BVA weiterhin Gruppenpläne zur Genehmigung vorzulegen sind. Allerdings wollen wir sicherstellen, daß mit der Genehmigung des Gruppenplanes die haushaltsrechtliche Bewilligung einzelner Stellen nicht präjudiziert wird. Bei der Genehmigung von Gruppenplänen

werden wir uns daher darauf beschränken, zu prüfen, ob z. B. hinsichtlich des Stellenkegels dem öffentlichen Dienstrecht Genüge getan wird. Stellen im Gruppenplan bewilligen wir somit unter dem Vorbehalt der späteren haushaltsmäßigen Wirtschaftlichkeitsprüfung und Genehmigung.

Sieben neue Stellen - verteilt auf die Referate „Haushalt“, „Datenverarbeitung u. Datenschutz einschl. Prüfung im Aufsichtsbereich“ sowie auf den Prüfdienst Krankenversicherung - stehen uns für diese neuen Aufgaben zur Verfügung.

Rentenberechnung von Bestandsrenten des Beitrittsgebiets

Alle Renten des Beitrittsgebiets, die nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz überführt worden sind und für die am 31. Dezember 1991 ein Anspruch bestand, sind nach den Vorschriften des SGB VI neu zu berechnen. Dabei ist auch von finanziellem Interesse, ob jeweils das richtige Durchschnittsentgelt zur Berechnung der Entgeltpunkte zugrunde gelegt wird.

Unsere Überprüfung dieser Berechnungen hat ergeben, daß ein bundesunmittelbarer Rentenversicherungsträger für das Jahr des Rentenbeginns und die zwei davor liegenden Jahre das gleiche, nämlich das Durchschnittsentgelt des am weitesten zurück liegenden Jahres zugrunde gelegt hatte.

Das SGB VI sieht vor, daß zur Ermittlung von Entgeltpunkten für Beitragszeiten des Kalenderjahres des Rentenbeginns und des davor liegenden Kalenderjahres als Durchschnittsentgelt der Betrag angenommen wird, der für diese Kalenderjahre vorläufig bestimmt worden ist (§ 70 Abs. 1 Satz 2 SGB VI). Vorläufige Werte werden aber erst für Jahre ab 1991 ermittelt.

Wir hatten daher die Frage zu klären, wie bei den genannten Bestandsrenten des Beitrittsgebiets, deren Rentenbeginn immer vor dem 31. Dezember 1991 liegt, zu verfahren ist. Nach unserer Auffassung ist nicht das frühere Recht des AVG/der RVO bzw. des RKG anzuwenden, sondern das zum Zeitpunkt der Neuberechnung bereits bekannte Durchschnittsentgelt der Anlage 1 des SGB VI des jeweiligen Jahres zugrunde zu legen. Ein Rückgriff auf die Durchschnittsentgelte der davor liegenden Jahre ist nicht notwendig. Auf unsere Initiative hin hat zwischenzeitlich auch die Arbeitsgruppe des Fachausschusses für Versicherung und Rente des VDR in unserem Sinne entschieden. Das entsprechend korrigierte Rentenberechnungsprogramm ist seit dem 17. September 2001 im Einsatz, so daß im Zuge der Neuberechnungen eine Korrektur der Durchschnittsentgelte der letzten zwei Jahre vorgenommen wird. Wegen der jährlich steigenden Durchschnittsentgelte werden die neuen Berechnungen zu weniger Entgeltpunkten und damit zu erheblichen Einsparungen führen.

Zur Umsetzung des Lebenspartnerschaftsgesetzes in die Satzungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Zu den Stärken unseres Sozialversicherungssystems gehört seine oft bewiesene Fähigkeit, sich der gesellschaftlichen Dynamik anzupassen. Auch gegenwärtig bemüht sich die Sozialversicherung, möglichst unmittelbar zu reagieren, sofern ihr die gesetzliche Grundlage zu Gebote steht.

Zum 1. August 2001 ist das Lebenspartnerschaftsgesetz in Kraft getreten, das Auswirkungen auch auf die Unfallversicherung hat. Nach neuem Recht kann die Satzung des Unfallversicherungsträgers bestimmen, daß und unter welchen Voraussetzungen sich die Versicherung auch auf „im Unternehmen mitarbeitende Lebenspartner“ des Unternehmers erstreckt (§ 3 Abs. 1 SGB VII).

Daraufhin wollten sowohl der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) in seiner Mustersatzung als auch zahlreiche Berufsgenossenschaften, die sich an der Mustersatzung orientierten, von dieser Möglichkeit Gebrauch machen und neben der bisherigen Regelung für Ehegatten in den Fällen der eingetragenen Lebenspartnerschaft dem mitarbeitenden Lebenspartner die Versicherung kraft Satzung eröffnen. Die Umsetzung dieses Vorhabens stieß jedoch auf Schwierigkeiten.

Das Lebenspartnerschaftsgesetz hatte schon in der Planungsphase Widerstände hervorgerufen, die ein Scheitern des Ge-

setzes im Bundesrat hatten befürchten lassen. In dieser Situation war der Gesetzentwurf aufgespalten worden: Alle diejenigen Vorschriften, bei denen die Zustimmungsbedürftigkeit durch den Bundesrat angenommen wurde, wurden im sogenannten Lebenspartnerschaftsgesetzergänzungsgesetz (LPartGErgG) zusammengefaßt, das im Bundesrat erwartungsgemäß gescheitert ist, während das Lebenspartnerschaftsgesetz in Kraft getreten ist.

Vorerst ohne Gesetzeskraft blieb nach dieser zweiteiligen Entwicklung auch eine Regelung, mit der § 83 SGB VII - Jahresverdienst kraft Satzung - angepaßt werden sollte. Dessen Satz 1 sollte lauten: "Für (...) Ehegatten oder Lebenspartner und für freiwillig Versicherte hat die Satzung des Unfallversicherungsträgers die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes zu bestimmen." Damit fehlt nun die Ermächtigung für die Berufsgenossenschaften, auch für Lebenspartner den Jahresarbeitsverdienst festzulegen. Entsprechende Satzungsänderungsanträge können nicht genehmigt werden.

Im Interesse der Umsetzung der bereits geltenden Regelungen nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz haben wir nun geprüft, ob sich das Problem durch Analogie oder Auslegung lösen ließe, - das Ergebnis war negativ. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat unsere Rechtsauffassung inzwischen bestätigt.

Wir sind froh, daß wir den Berufsgenossenschaften dennoch einen vorläufigen Weg haben eröffnen können: Die Vertreterversammlung kann gegenwärtig schon

Satzungsänderungen beschließen, mit denen das Lebenspartnerschaftsgesetz vollständig umgesetzt wird, also einschließlich der Regelung zum Jahresarbeitsverdienst. Der Genehmigungsantrag wird zunächst um die Regelungen bezüglich der Lebenspartner reduziert vorgelegt. Sobald der

Gesetzgeber die noch ausstehende Änderung des § 83 SGB VII vorgenommen haben wird, können diese Regelungen nachgereicht und genehmigt werden, ohne daß es eines erneuten Beschlusses der Vertreterversammlung bedarf.

II. DIE EINZELNEN VERSICHERUNGSZWEIGE UND ÜBERGREIFENDES

1. KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

- 1.1 Kranken- und Pflegeversicherung
- 1.2 Leistungsrecht
- 1.3 Eingaben und Petitionen im Bereich der KV
- 1.4 Eingaben und Petitionen im Bereich der PV
- 1.5 Aufsichtsprüfungen
- 1.6 Satzungsrecht

II. DIE EINZELNEN VERSICHERUNGSZWEIGE UND ÜBERGREIFENDES

1. KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

1.1 Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Freiwillige Mitgliedschaft in der GKV

Ein Arzt im Praktikum (AiP) kann sich in dieser Ausbildungsphase von der Versicherungspflicht befreien lassen. Es stellt sich die Frage, ob im Anschluß daran eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV begründet werden kann.

Nach § 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V können Personen der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwillige Mitglieder beitreten, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor und während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt.

Die 18-monatige Tätigkeit als Arzt im Praktikum, die sich im Rahmen der ärztlichen Ausbildung an das Studium anschließt, gilt als Beschäftigung während der Ausbildung. Die Rechtssituation ist hier eindeutig. Damit kann der Betroffene, sofern er bislang keine anderweitige berufliche Tätigkeit aufgenommen hatte, nach der Tätigkeit als AiP eine Mitgliedschaft in der GKV begründen.

Wir konnten in den uns vorliegenden Einzeleingaben die Rechtslage unverzüglich mit den betroffenen Krankenkassen klären.

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft bei Beitragsrückstand

Das Ende der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist abschließend in § 191 SGB V geregelt. Nur aus den dort genannten Gründen (Tod des Mitglieds, Beginn der Pflichtmitgliedschaft, Beitragsrückstand für zwei Monate oder Austritt) kann die freiwillige Mitgliedschaft beendet werden.

In der Praxis kommt der dritten Alternative besondere Bedeutung zu. Immer wieder wenden sich Versicherte mit der Bitte an uns, ihr Anliegen um Fortsetzung der freiwilligen Versicherung zu unterstützen. In diesem Zusammenhang kann das Bundesversicherungsamt aber dann regelmäßig nicht helfen, wenn die Krankenkasse das versicherte Mitglied nachweisbar auf rückständige Beiträge und die drohenden Folgen des Zahlungsverzuges so rechtzeitig hingewiesen hat, daß der Versicherte noch in der Lage gewesen wäre, das Ende der freiwilligen Mitgliedschaft durch Zahlung der rückständigen Beiträge abzuwenden.

Die Mitgliedschaft endet, sofern Beiträge aus zwei Beitragsmonaten rückständig sind, wobei es genügt, wenn Teile dieser Monatsbeiträge nicht entrichtet sind.

Selbst in Härtefällen kann dieses Ende der Mitgliedschaft weder durch einen Kassenwechsel noch durch die Nachentrichtung von Beiträgen aufgehoben werden.

Wir mußten aber feststellen, daß in einigen Fällen Krankenkassen einem wegen Beitragsrückstand gekündigtem Versicherten die Möglichkeit eröffneten, der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied beizutreten, obwohl keine der Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt war. Das Bundesversicherungsamt hat daher die Krankenkassen in einem Rundschreiben darauf hingewiesen, daß Personen, deren freiwillige Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse nach § 191 Nr. 3 SGB V endet, soweit die Voraussetzungen des § 9 SGB V nicht vorliegen, nicht mehr berechtigt sind, der gesetzlichen Krankenversicherung - sei es bei der bisherigen oder bei einer neuen Krankenkasse - beizutreten.

Die Krankenkassen sind zusätzlich verpflichtet, ihre Mitglieder darüber bei dem Hinweis auf die Folgen des Zahlungsverzuges in Kenntnis zu setzen.

Versichertenstatus und Beitragsbemessung von Wandergesellen

Im Rahmen eines Petitionsverfahrens sind wir beauftragt worden, die Problematik der

Beitragsbemessung von Wandergesellen zu klären. Dabei war die erste Frage, ob dieser Personenkreis pflichtversicherten Praktikanten oder Studenten gleichgestellt werden kann.

Es ist jedoch nicht möglich, diese Personengruppen analog zu behandeln. Student im sozialversicherungsrechtlichen Sinn ist grundsätzlich nur, wer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule immatrikuliert ist. Die Wanderschaft ist eine traditionelle berufsbezogene Aus- und Weiterbildungsform, einem Studium ist sie daher nicht gleichzusetzen.

Ebensowenig kann ein Wandergeselle als Praktikant angesehen werden. Bei Praktikanten stellt die berufspraktische Tätigkeit einen Bestandteil der jeweiligen Ausbildung dar und ist Voraussetzung, um das jeweilige Studien- oder Ausbildungsziel zu erreichen. Dagegen hat der Wandergeselle seine Berufsausbildung bereits abgeschlossen.

Da der Wandergeselle nicht als Versicherungspflichtiger in § 5 SGB V aufgenommen ist, ist eine Mitgliedschaft in der GKV, außerhalb der Zeiten, in denen der Wandergeselle eine versicherungspflichtige Tätigkeit aufnimmt, nur als freiwilliges Mitglied möglich, sofern er die Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllt. Die Beitragsbemessung bestimmt sich daher nach § 240 V (in der Regel, unter Zugrundelegung der Mindesteinnahmen) und nicht nach § 236 SGB V wie für versicherungspflichtige Studenten und Praktikanten.

1.2 Leistungsrecht

Kostenerstattung für im Ausland selbst beschaffte Arzneimittel

Einige Krankenkassen erstatten ihren Versicherten Kosten für von ihnen in anderen Staaten der Europäischen Union selbst beschaffte Arzneimittel, ohne die im deutschen Recht vorgesehenen Selbstbehalte der Versicherten und den Apothekenrabatt abzuziehen, und damit in voller Höhe.

Diese Verfahrensweise entspricht nicht dem geltenden Recht. Wir haben daher diese Kassen aufgefordert, entsprechende Erstattungen nur unter Beachtung der vorgesehenen Selbstbehalte und des Apothekenrabatts vorzunehmen.

Mußten Versicherte deutscher Krankenkassen unverzüglich erforderliche ärztliche bzw. medizinische Leistungen in einem anderen Staat der Europäischen Union als Privatpatienten in Anspruch nehmen, weil die benötigten Behandlungen nicht wie im über- und zwischenstaatlichem Recht vorgesehen über den ausländischen Versicherungsträger erbracht werden konnten, werden ihnen auf Antrag die ausgelegten Kosten von ihren Krankenkassen nach Maßgabe des Art. 34 der Verordnung (EWG) 574/72 erstattet. In der Regel erhält der Versicherte von seiner deutschen Kasse nur den Teil der Kosten zurück, den der ausländische Krankenversicherungsträger nach den für ihn geltenden Sätzen zu übernehmen gehabt hätte. Bei Beträgen bis 1.000 € kann der Erstattungsbetrag auch auf der Grundlage der für die deutsche

Kasse maßgebenden Sätze errechnet werden, d.h. unter Berücksichtigung der nach deutschem Recht erstattungsfähigen Leistungen und der für diese vorgesehenen Erstattungswerte der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Höhe nach ist der Erstattungsanspruch des Versicherten damit auf den Betrag begrenzt, den die Kasse für entsprechende Leistungen im Inland zu übernehmen hätte. Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages muß die Kasse, nachdem sie zuvor festgestellt hat, ob das Arzneimittel in Deutschland verordnungs- und erstattungsfähig ist, daher den von der Packungsgröße des Medikamentes abhängigen, vom Versicherten zu tragenden Selbstbehalt und den Apothekenrabatt abziehen. Werden dem Versicherten seine in Euro umgerechneten Kosten unter Abzug des Selbstbehaltes erstattet, ist dies unbedenklich, sofern die Krankenkasse zuvor ermittelt hat, ob dieser Betrag nicht die von ihr unter Berücksichtigung der Festbeträge, Zuzahlungen des Versicherten sowie des Apothekenrabatts zu tragenden Arzneimittelkosten übersteigt. Der Erstattungsbetrag darf nach Art. 34 Abs. 4 der Verordnung (EWG) 574/72 auf keinen Fall über den tatsächlich entstandenen Kosten liegen.

1.3 Eingaben und Petitionen im Bereich der KV

Eingaben Krankenversicherung

Einzeleingaben Neueingänge vom 01.01.01 bis 31.12.01			
Gesamt	mit Berichtspflicht		allein BVA
	PADB ¹	BMG ²	
3082	357	24	2701
¹⁾ Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages			
²⁾ Bundesministerium für Gesundheit			

1.4 Eingaben und Petitionen im Bereich der PV

Überblick

Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Eingaben deutlich angestiegen. Unter anderem ist diese Zunahme auf die regional und je nach Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) qualitativ sehr unterschiedliche Beurteilung der Pflegebedürftigkeit zurückzuführen. Viele Pflegekassen betrachten noch immer die entsprechenden Gutachten als einzige Entscheidungsgrundlage und übernehmen das Ergebnis, ohne eine eigenständige Schlüssigkeits- und Plausibilitätsprüfung durchzuführen. Dadurch kommt es teilweise zu fehlerhaften (i.d.R. zu niedrigeren) Einstufungen, die für die Pflegebedürftigen bzw. deren Betreuer nicht nachvollziehbar sind.

Wir haben in diesem Zusammenhang die betreffenden Kassen – immer bezogen auf den Einzelfall - detailliert über die Art und Weise der Schlüssigkeits- und Plausibilitätsprüfung beraten. Dabei haben wir den Kassen insbesondere empfohlen, ein besonderes Augenmerk darauf zu richten, ob die jeweiligen Gutachter die Begutachtungs-Richtlinien vom 21.03.97 (BRi) beachten (inhaltliche Überprüfung) und auch etwaige pflegeerschwerende Faktoren sowie die Zeitorientierungswerte berücksichtigt haben (rechnerische Überprüfung).

Vereinzelte waren der Erstgutachter und der Widerspruchsgutachter noch identisch. Die Kassen wurden gebeten, diese Gutachten

besonders kritisch zu prüfen. Außerdem haben wir den Kassen empfohlen, spätestens in dem jeweiligen Widerspruchsverfahren ein Pflegetagebuch zur Verfügung zu stellen, damit die Pflegepersonen oder Pflegedienste den Hilfebedarf aus eigener Sicht dokumentieren können.

Begutachtung von Kindern

Auffällig war die hohe Zahl der Beschwerden, die sich auf die Einstufung von Kindern bezog. Hierbei fiel es sowohl den Gutachtern des MDK als auch den Kassen besonders schwer, zu einer sachgerechten Einschätzung des Hilfebedarfes zu kommen. Die Gutachter und die Kassen orientierten sich bei der Feststellung des jeweiligen Hilfebedarfes an den BRi. Darin sind - bezogen auf die verschiedenen Altersstufen - tabellarisch Zeitwerte für die drei Bereiche der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) benannt, die dem Hilfebedarf von gesunden Kindern entsprechen. Bei kranken und/oder behinderten Kindern ermitteln die Gutachter dann den zusätzlichen zeitlichen Hilfebedarf pro Verrichtung, der sich aus der angeborenen Erkrankung und/oder Behinderung, einer intensiv-medizinischen Behandlung beziehungsweise einer Operation ergibt. Die erhaltenen Zeitwerte werden - wie allgemein bei Begutachtungen - zu einem Gesamthilfebedarf addiert. Von diesem Gesamthilfebedarf wird schließlich global der grundpflegerische Gesamthilfebedarf eines gesunden, gleichaltrigen Kindes abgezogen.

Wir haben festgestellt, daß die Gutachter bei dieser Berechnungsweise in mehreren

Fällen zu einem niedrigeren Zeitanatz in den einzelnen Bereichen kamen, als ihn die Tabelle für gesunde, gleichaltrige Kinder vorsieht. Somit erschien das Begutachtungsergebnis in diesen Fällen auch weder sachgerecht noch plausibel. Wir haben in den entsprechenden Fällen die jeweiligen Kassen gebeten, die Gutachten besonders sorgfältig in eigener Zuständigkeit zu prüfen sowie auch eine nochmalige Stellungnahme des MDK einzuholen. Die Kassen sollten dabei den Hilfebedarfes eines gesunden, gleichaltrigen Kindes bereits nach Ermittlung des Hilfebedarfes für die drei grundpflegerischen Bereiche - getrennt - und nicht erst zum Schluß (nach Addition der Bereichswerte) - global - abziehen. Außerdem wurden die Kassen in diesem Zusammenhang gebeten, darauf zu achten, daß bei der Ermittlung der Zeitwerte für die einzelnen Bereiche mindestens der Zeitanatz zugrundegelegt würde, der - laut Tabelle - für den Hilfebedarf eines gesunden, gleichaltrigen Kindes angesetzt werden müßte. Dadurch konnte auch bei derartigen Fallkonstellationen eine der Sachlage entsprechende Einstufung erreicht werden und eine Benachteiligung pflegebedürftiger Kinder gegenüber gesunden Kindern vermieden werden.

Einzelverträge nach § 77 SGB XI

Weitere Eingaben - besonders von pflegenden Familienangehörigen - bezogen sich auf die Möglichkeit der häuslichen Pflege durch Einzelpersonen gemäß § 77 SGB XI. Danach können die Kassen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und

hauswirtschaftlichen Versorgung Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegepersonen schließen, wenn die Versorgung nicht durch einen zugelassenen Pflegedienst gewährleistet werden kann.

Durch das 1. SGB XI - ÄndG vom 14.06.1996 mit Wirkung vom 25.06.1996 entfiel die Möglichkeit, Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum 3. Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, abzuschließen.

Der Gesetzgeber hat diese Änderung damit begründet, daß hierdurch ganz allgemein eine Umgehung des Anspruchs auf Pflegegeld und damit eine Überschreitung des Finanzrahmens der Pflegeversicherung verhindert werden soll.

Das 1. SGB XI - ÄndG hat den bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes abgeschlossenen Verträgen, durch die Beschäftigungsverhältnisse begründet worden waren, Bestandsschutz eingeräumt und deren Weiterbestehen geduldet. Dadurch wurde das Vertrauen der Betroffenen auf die Rechtmäßigkeit eines nicht der objektiven Rechtslage entsprechenden Verwaltungshandelns der Pflegekassen als schutzwürdig anerkannt. Verträge mit Familienangehörigen wurden in diese Vertrauensabwägung nicht einbezogen. Die Kassen haben jedoch in der Regel entsprechende Verträge nicht sofort gekündigt, sondern eine präjudizierende Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) abgewartet.

Mit den Urteilen vom 18.03.1999 (B 3 P 8/98 R und B 3 P 9/98 R) hat das BSG dann die Rechtmäßigkeit einer Kündigung von Verträgen mit Angehörigen und eines verweigerten Vertragsabschlusses bestätigt. Das BSG betonte dabei in den Urteilsgründen, daß pflegende Familienangehörigen aufgrund der nach § 1653 BGB (Ehegatten) beziehungsweise nach § 1618a BGB (Eltern/Kinder) bestehenden Beistandspflichten zu entsprechenden Leistungen verpflichtet seien. Außerdem entspräche die Pflege einer sittlichen Pflicht. Diesem Aspekt würde auch das Pflegegeld nach § 37 SGB XI Rechnung tragen, daß unter anderem aus diesem Grund keine adäquate Gegenleistung, sondern lediglich eine Anerkennung darstelle. Durch einen Vertrag nach § 77 SGB XI würde dieser Grundsatz umgangen werden. Im übrigen könne die Pflegeversicherung aufgrund ihrer finanziellen Ausstattung nur eine Grundversorgung gewährleisten.

Die Änderung der Gesetzgebung und die dargestellte höchstrichterliche Rechtsprechung erfassen zwar den Regelfall, jedoch nicht extrem gelagerte Einzelfälle. Diese liegen insbesondere bei Personen Härtefälleleistungen oder mit besonderen Erkrankungen (z.B. psychischer Natur) vor, die einen Erhalt von Sachleistungen nach § 36 SGB XI faktisch unmöglich machen (z.B. bei aggressiver Abwehrhaltung gegenüber Fremden und Fixierung auf Angehörige). Derartige Ausnahmen sind außerdem bei familiärer Mehrfachpflege (z.B. mehrere pflegebedürftige Kinder) möglich.

In den genannten Einzelfällen sehen wir auch weiterhin die Möglichkeit, einen Einzelvertrag nach § 77 SGB XI abzuschließen, und wir haben die betreffenden Kassen entsprechend beraten.

Wiederholungsbegutachtungen bei Überleitungsfällen nach Artikel 45 PflegeVG

Einen weiteren Schwerpunkt der Eingaben bildeten erneut solche, die sich auf Verzögerungen imungsverfahren beziehungsweise allgemein auf fehlerhaftes Verwaltungshandeln bezogen. In diesem Zusammenhang fiel auf, daß viele Kassen vor ihrer Leistungsentscheidung entweder gar kein Anhörungsverfahren nach § 24 SGB X durchführten oder die Durchführung nicht deutlich genug erkennbar machten, mit der Folge, daß vielfach schon gegen das Anhörungsschreiben Widerspruch eingelegt wurde. Wir haben den betreffenden Kassen detailliert den korrekten Ablauf des Verfahrens dargelegt, und in einigen Fällen nochmals auf die Notwendigkeit von Rechtsbehelfsbelehrungen hingewiesen.

Weitere Eingaben betrafen die Zulässigkeit von Wiederholungsbegutachtungen bei Überleitungsfällen nach Art. 45 PflegeVG. Die Beschwerdeführer und auch viele Kassen gingen dabei davon aus, daß derartige Begutachtungen gesetzgeberisch nicht vorgesehen worden seien.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat zu dieser Problematik in seiner Entscheidung

vom 13.03.2001 Stellung genommen. Danach ist eine Wiederholungsbegutachtung bei Personen, die krankenversicherungsrechtliche Leistungen wegen Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53 ff. SGB V a.F. bis zum 31.03.1995 bezogen haben und mit Inkrafttreten des SGB XI der Pflegestufe II gemäß Art. 45 PflegeVG zugeordnet wurden, nicht von vornherein ausgeschlossen.

Das Gericht führt hierzu aus, daß diese Überleitungsvorschrift keine generelle Bestandsschutzregelung darstelle, nach der die Aufhebung eines Bescheides über die Weitergewährung von Pflegegeld nach der Pflegestufe II gemäß § 48 SGB X aufgrund einer nachträglichen wesentlichen Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse ausgeschlossen sei. Ein solcher allgemeiner Ausschluß sei bereits dem Wortlaut des Art. 45 PflegeVG nicht zu entnehmen. Die Vorschrift regule lediglich, daß eine erneute Antragstellung bei Bezug von Leistungen wegen Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53 ff. SGB V a.F. für die Gewährung von Leistungen ab 01. April 1995 nicht erforderlich sei und diese nach der Pflegestufe II - per legem - ohne Antrag, beziehungsweise bei Vorliegen der Voraussetzungen auch nach der Pflegestufe III, gewährt werden. Leistungen der Pflegestufe III könnten allerdings nur auf Antrag und bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen zur Verfügung gestellt werden. Im übrigen spräche auch die Entstehungsgeschichte des Art. 45 PflegeVG nicht dafür, daß hiermit spätere Abänderungen zu Lasten der Versicherten, die

auch bei dem Pflegegeld nach § 57 SGB V a.F. zulässig waren, in Zukunft allgemein ausgeschlossen sein sollten. Die Überleitungsvorschrift sollte zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI lediglich unnötige Anträge vermeiden.

Die grundsätzliche gesetzliche Zuordnung zur Pflegestufe II habe dabei darauf beruht, daß nach den Erfahrungen der Ärzte und Pflegekräfte in der Vergangenheit die große Mehrzahl der Pflegebedürftigen, die Leistungen nach den §§ 53 ff. SGB V a.F. erhielten, vom Hilfebedarf her der neuen Pflegestufe II oder sogar der Pflegestufe III zuzuordnen gewesen wären.

Nach Auffassung des Gerichtes können aus diesen Gründen Personen, die nach Art. 45 PflegeVG pauschal der Pflegestufe II zugeordnet worden sind, nur dann gemäß § 48 SGB X in die Pflegestufe I herabgestuft werden, wenn sich ihr Pflegebedarf nach dem 31.03.1995 (also nicht noch zu Zeiten der Geltung alten Rechts nach dem SGB V a.F.) in solchem Maße verringert habe, daß nur noch ein Pflegebedarf in den sachlichen und zeitlichen Grenzen des § 15 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 Nr. 1 SGB XI (Pflegestufe I) vorhanden sei. Maßgeblich für die Verringerung des Hilfebedarfes müßten dabei besondere Umstände sein, wie eine Besserung des Gesundheitszustandes, eine Ausstattung mit Hilfsmitteln oder Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds. Dagegen sei eine Herabstufung ausgeschlossen, wenn der Hilfebedarf gegenüber dem Zustand vom 31.03.1995 nach Art und Umfang unverändert sei.

Aufgrund dieses Urteiles haben wir die Kassen gebeten, Wiederholungsbegutachtungen in den Fällen durchzuführen, in denen sich der zeitliche Umfang des Hilfebedarfes so verringert haben könnte, daß er eine - vollständige oder teilweise - Aufhebung der Leistungsbewilligung nach den §§ 14, 15 und 36 ff. SGB XI impliziert.

Eingaben Pflegeversicherung

Einzeleingaben Neueingänge vom 01.01.01 bis 31.12.01			
Gesamt	mit Berichtspflicht		allein BVA
	PADB ¹	BMG ²	
202	47	7	148
¹⁾ Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages ²⁾ Bundesministerium für Gesundheit			

1.5 Aufsichtsprüfungen

Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Es bereitet einigen Krankenkassen nach wie vor erhebliche Probleme, den ordnungsgemäßen Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge bei den Arbeitgebern sicherzustellen. Betroffen sind offene Krankenkassen, die auf Grund eines deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Beitragssatzes in kürzester Zeit einen überaus großen Anstieg der Anzahl ihrer Mitglieder zu verzeichnen hatten. Dadurch stieg auch die Zahl der zahlungspflichtigen Arbeitgeber stark an.

Erfreulicherweise haben wir aber bei der überwiegenden Anzahl der Krankenkassen, die uns wegen besonderer Mängel im Bereich der Beitragsüberwachung, Weiterlei-

tung und Abrechnung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge bekannt geworden waren, beobachtet, daß sie ihre Bemühungen zur Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Beitragseinzuges durch die Entwicklung entsprechender Maßnahmenpläne forciert haben.

Maßnahmen, die vorwiegend auf die Gewinnung qualifizierten Personals, einer sachgerechten Bedienung und Weiterentwicklung der Programme des Informationssystems Krankenversicherung (ISKV) und einer entsprechenden Schulung ihrer Mitarbeiter gerichtet waren, wurden in einigen Fällen bereits umgesetzt, so daß bei diesen Krankenkassen mit einer nachhaltigen und kontinuierlichen Rückführung der Rückstandsquote gerechnet werden kann.

Andererseits haben wir in einigen Fällen auch festgestellt, daß die von den jeweiligen Krankenkassen ergriffenen Maßnahmen zur Behebung der vorwiegend personal-, system- und anwenderbedingten Mängel beim Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge noch keine erkennbare Wirkung gezeigt haben und - insbesondere in den Bereichen Beitragskontenführung und Monatsabrechnung - weiterhin schwerwiegende Mängel bestehen.

Anhand der bereits zum Ende des Berichtszeitraumes von vielen bundesunmittelbaren Krankenkassen eingereichten Haushaltspläne war erkennbar, daß zahlreiche Krankenkassen ihre Beitragssätze im Jahre 2002 deutlich erhöhen und dann Beitragssatzunterschiede in der Gesetzlichen Krankenversicherung von bis zu drei

Prozent auftreten werden. Daher haben wir bestimmte Krankenkassen darauf hinweisen müssen, daß im Hinblick auf einen zu erwartenden weiteren Anstieg bei den künftigen Mitgliedern ihre bestehenden Maßnahmenpläne zur Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Einzugs der Gesamtsozialversicherungsbeiträge zu überarbeiten seien. Wir haben die Kassen aufgefordert, ggf. zusätzlich in den Bereichen Personalgewinnung und bedarfsgerechter Softwareausstattung zu investieren. So werden wir weiterhin die Bemühungen der Krankenkasse um einen ordnungsgemäßen Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge unterstützen und die entsprechende Umsetzung durch örtliche Erhebungen überwachen.

Schwerpunktprüfung Abgrenzung KV - PV bei Hilfsmitteln

Bei der Vorbereitung der Gemeinsamen Schwerpunktprüfung der Prüfdienste des Bundes und der Länder haben wir unsere Erfahrungen eingebracht und waren auch an der Durchführung der Prüfung beteiligt. Eigene Prüfungen haben wir bei fünf Pflegekassen durchgeführt - davon drei Großkassen mit insgesamt 19 geprüften Organisationseinheiten. Daneben haben wir die Abwicklung der 116 Prüfverfahren unseres Prüfdienstes begleitet und hier insbesondere die ggf. erforderlichen Korrekturen zu Gunsten der Pflegeversicherung für den Finanzausgleich in der Pflegeversicherung überwacht.

Bis Ende 2001 wurden uns dabei etwas über 20 Millionen DM nachgewiesen. Eine

ganze Reihe von Kassen hatte jedoch eine Einzelfallprüfung einer pauschalen Korrektur vorgezogen. Hier stehen die Nachweise vielfach noch aus, und wir werden nach einem angemessenen Zeitraum erneut auf diese Kassen zugehen.

Positives Ergebnis der Schwerpunktprüfung ist, daß der Grundsatz der Nachrangigkeit der Leistungspflicht der Pflegeversicherung gegenüber der Krankenversicherung nur noch bei einer Minderzahl der Kassen verletzt worden war – wie auch schon die Pro-Kopf-Ausgaben pro ambulantem Pflegebedürftigen hatten erwarten lassen. Das finanzielle Volumen dieser Verstöße war trotzdem keineswegs unbedeutend, da – wie schon in den Vorjahren – immer noch große Kassen zu den wenigen zählen, die diesen Grundsatz vernachlässigen.

Die aus dem Vorjahr bekanntgewordene von uns veranlaßte Korrektur von 100 Millionen DM bei einem einzelnen Träger hat im Deutschen Bundestag zu einer kleinen Anfrage geführt. In der Antwort hierauf hat die Bundesregierung die Ansicht der Aufsichtsbehörden bestätigt.

Dem AOK Bundesverband, der als Wortführer der AOKen den Grundsatz der strikten Nachrangigkeit bestritt, haben wir mehrmals die Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörden und die Nachweise aus der Rechtsprechung dargelegt. Schließlich haben die Aufsichtsbehörden beim Bundesministerium für Gesundheit angeregt, in seiner Eigenschaft als Rechtsaufsichtsbehörde gegenüber dem AOK Bundesver-

band tätig zu werden. Eine entsprechende Äußerung liegt zwischenzeitlich vor.

Soweit erforderlich, wird das Bundesversicherungsamt als Verwaltungsbehörde für den Finanzausgleich in der Pflegeversicherung auch direkt - in Abstimmung mit der jeweiligen Aufsichtsbehörde - gegen landesunmittelbare Pflegekassen vorgehen und die erforderlichen Korrekturen vornehmen.

Auslagerung der Rechnungsprüfung auf private Dritte

Im Rahmen der Prüfung einer großen Kasse mußten wir feststellen, daß infolge der Verlagerung der Rechnungsprüfung einschließlich der Archivierung der Rechnungen der sonstigen Leistungserbringer, die Prüffähigkeit nicht mehr sichergestellt war. Wir haben der Kasse aufgegeben, dafür Sorge zu tragen, daß die gesetzlichen - ggf. auch vertraglichen - Prüfrechte des BVA aus §§ 88 SGB IV, 46 SGB XI, 19 SVRV bzw. aus dem entsprechenden Vertrag mit dem Dienstleister gewahrt bleiben. Anderenfalls muß bei der Krankenkasse auf eine Kündigung gedrängt werden.

Nahtloser Übergang vom Krankenhaus in die Pflege

Verträge auf Landesebene nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V sollen eine frühzeitige Entlassung von Patienten, die nicht mehr weiter der Krankenhausbehandlung bedürfen, aus dem Krankenhaus und den Übergang in die Pflege sicherstellen, auch um Krankenhauskosten zu sparen. Da der

MDK hier zunächst nur nach Aktenlage aufgrund der Einschätzung des Stationsarztes des Krankenhauses entscheidet und die Pflegekassen die Empfehlungen häufig ungeprüft übernehmen, kommt es vielfach zu fehlerhaften Einstufungen, die später oft nur schwer und nur für die Zukunft korrigiert werden können. Wir bitten, hier eine Einstufung nur unter Vorbehalt und nach Überprüfung der Empfehlung des MDK einschließlich der zugrunde liegenden Angaben des Krankenhauses vorzunehmen. Sobald der Patient in den häuslichen Bereich oder ins Pflegeheim übersiedelt ist, ist eine (Nach-) Begutachtung dringend geboten.

1.6 Satzungsrecht

Beitragssatzveränderungen und Modellvorhaben

Im Jahr 2001 hat die Anpassung an die aktuelle Rechtslage erhebliche Satzungsänderungen zur Folge gehabt. Insbesondere der Bereich der Präventionsleistungen, Beitragssatzveränderungen sowie Satzungsregelungen für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger stand hier im Mittelpunkt unserer Arbeit.

Außerdem haben viele Krankenkassen - nach der Entscheidung des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen zur Akupunktur im Jahre 2000 - Modellvorhaben zu dieser Behandlungsmethode zur Genehmigung vorgelegt.

Durch konstruktive Erörterungen zwischen Krankenkassen und dem Bundesversiche-

rungsamt ist es gelungen, praktikable Modellvorhaben zu gestalten. Erfreulicherweise ist es hier trotz Wettbewerbs zu kassenübergreifenden Lösungen gekommen.

Darüber hinaus werden beim Bundesversicherungsamt aber auch zunehmend Anträge auf Modellvorhaben vorgelegt, die aus unserer Sicht nicht der Weiterentwicklung der Versorgung, sondern dem Wettbewerb dienen. So fehlen oftmals nachvollziehbare Fallzahlberechnungen und die vorgesehene Auswertung entspricht nicht den Anforderungen, die nach dem Willen des Gesetzgebers für die Einhaltung von allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu stellen sind. Die Genehmigung solcher Modellvorhaben scheitert dann an den gesetzlichen Vorgaben. In manchen Fällen haben die Kassen die Vorlagen so nachgebessert, daß die Genehmigung schließlich möglich war.

Nicht nur durch die Fusions- und Übernahmetendenzen in der deutschen Wirtschaft ergeben sich Veränderungen im Bestand der Betriebskrankenkassen. Wenn Privatunternehmen, die zugleich Trägerunternehmen einer Betriebskrankenkasse sind, Betriebe kaufen oder Betriebsteile verkaufen, selbst gekauft oder verkauft werden, wenn der Arbeitgeber wechselt, wenn Betriebe neu gegliedert und/oder mit fremden Betrieben verschmolzen werden, ändern sich oftmals auch die Erstreckungsbereiche der betreffenden Betriebskrankenkassen. Das Bundesversicherungsamt hat darum im Rahmen der Satzungsbearbeitung immer wieder zu prüfen, auf welche Betriebe sich die

Betriebskrankenkasse erstreckt. Diese Überprüfung ist auch bei geöffneten Kassen erforderlich, weil der Gesetzgeber die regionale Zuständigkeit von geöffneten Kassen auf die AOK-Regionen eingegrenzt hat, in denen Betriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebskrankenkasse ergibt.

In der Folge der geschilderten wirtschaftlichen Entwicklungen hatten wir zwanzig Vereinigungen von Betriebskrankenkassen und zehn Anschlußrichtungen zu genehmigen.

Aufnahme des Umlageverfahrens im Rahmen der Lohnfortzahlung der Arbeitgeber in den Satzungsinhalt von Betriebskrankenkassen

Nach § 10 Absatz 1 Lohnfortzahlungsgesetz (LFZG) sind für das Umlageverfahren nur die Ortskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Bundesknappschaft und die Seekrankenkasse ermächtigt, Erstattungen im Rahmen des LFZG im Rahmen eines jeweiligen Umlageverfahrens vorzunehmen. Auf die Aufnahme der Betriebskrankenkassen hat der Gesetzgeber bewußt verzichtet, weil das LFZG nur Arbeitgeber mit bis zu 20, ggf. 30 Mitarbeitern in das Ausgleichsverfahren einbezieht und die Betriebskrankenkassen seinerzeit nur an Arbeitgeber geknüpft waren, die zur Zeit der Gründung mindestens tausend Mitglieder für eine Betriebskrankenkasse einbrachten.

Diese Gesetzesfassung ist inzwischen generell als überholt anzusehen, weil durch

vermehrte Ausgliederung aus Großbetrieben auch die Betriebskrankenkassen Mitglieder kleinerer Arbeitgeber aufzunehmen hatten.

Entscheidend war aber das eingeführte Kassenwahlrecht Mitte der 90iger Jahre, wonach jedes Mitglied sich frei eine geöffnete Krankenkasse wählen konnte. Nunmehr trat eine grundsätzliche Trennung für die Abführung der versicherungspflichtigen Beiträge und der Umlagebeträge für den Arbeitgeber ein. Zwar erklärten sich zunächst die Primärkassen bereit, die Lohnfortzahlung auch für kleinere Betriebe durchzuführen, wenn deren Arbeiter auch bei einer BKK als Mitglieder geführt wurden. Da die Versicherten auf der Suche nach preiswerten Alternativen ihre Wahlfreiheit in großem Umfang in Anspruch genommen und sich zu den günstigen Betriebskrankenkassen orientiert hatten, verringerte sich das Solidargefühl der Ortskrankenkassen und der übrigen Primärkassen. Manche weigerten sich, das Lohnausgleichsverfahren für die betroffenen Arbeitgeber und damit für die betroffenen Betriebskrankenkassen durchzuführen.

Zum Ausgleich der nicht gerechtfertigten Benachteiligungen der betroffenen kleineren Arbeitgeber, die trotz Erfüllung der Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 LFZG keine Möglichkeit der Beteiligung am Lohnausgleichsverfahren gehabt hätten, haben sich die Betriebskrankenkassen im Einvernehmen mit dem BKK-Bundesverband entschlossen, ein Lohnausgleichsverfahren zentral über den Landesverband Ost einzuführen.

Die Beteiligten erwarteten allerdings eine entsprechende gesetzliche Regelung durch den Gesetzgeber als Konsequenz der eingeführten Wahlfreiheit für die Versicherten.

Da die Organisationsform für das Lohnausgleichsverfahren im Landesverband Ost nur privatrechtlich organisiert war, konnte vom Bundesversicherungsamt, als Wirtschaftlichkeitsfragen von den beteiligten bundesunmittelbaren Krankenkassen aufgeworfen wurden, nichts Entscheidendes veranlaßt werden. So haben Betriebskrankenkassen diese vertragliche Regelung gekündigt und damit in Kauf genommen, daß ggf. die Versicherten aus Solidarität zu ihrem Arbeitgeber zu einer Kasse zurückkehren, die nach dem Gesetz das Lohnausgleichsverfahren durchführen kann.

Dieser Zustand war für alle Beteiligten untragbar. Auf Anregung und in Zusammenarbeit mit den betroffenen Betriebskrankenkassen wurde - auch im Einvernehmen mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen - eine modellhafte Satzungsregelung entwickelt. Wir haben zwischenzeitlich über zehn entsprechende Satzungen für einzelne Betriebskrankenkassen genehmigt, so daß für die entsprechenden Arbeitgeber mit wenigen Beschäftigten wieder ein in der Regel einheitliches Abführen der Gesamtsozialversicherungsbeiträge und der Umlagebeträge ermöglicht worden ist. Außerdem ist durch die satzungsmäßigen Regelungen generell ein aufsichtsrechtliches Eingreifen ermöglicht worden, wenn von den betroffenen Arbeitgebern oder von anderer Seite Verfahrensverstöße angesprochen werden, die

im Rahmen unserer Rechtsaufsicht aufzugreifen sind.

Allerdings ist festzustellen, daß nur relativ wenige Betriebskrankenkassen ein Umlagesystem eingeführt haben. So können die betroffenen Arbeitgeber entsprechend der Wahl ihrer Beschäftigten in vielen Fällen

nicht die Gesamtsozialversicherungsbeiträge und die Umlagebeträge einheitlich entrichten .

Es bleibt die Forderung im Raum stehen, daß der Gesetzgeber die rechtlich unbefriedigende Situation generell bereinigt.

2. RENTENVERSICHERUNG

- 2.1 Rehabilitation
- 2.2 Eingaben
- 2.3 Aufsichtsprüfungen
- 2.4 Auslandsberührung

2. RENTENVERSICHERUNG

2.1 Rehabilitation

Erste Erfahrungen mit den gesetzlichen Neuregelungen des SGB IX

Am 1. Juli 2001 ergaben sich durch das Inkrafttreten des SGB IX im Rehabilitationsrecht erhebliche Rechtsänderungen. Das SGB IX mit dem Titel „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ vereinheitlicht nunmehr das gesamte Rehabilitationsrecht für die einzelnen Rehabilitationsträger.

Durch die neuen gesetzlichen Regelungen des SGB IX wird mehr Bürgernähe und Transparenz angestrebt. Insbesondere sind schnelle und effiziente Zugangswege zu den Rehabilitationsleistungen zu schaffen. Auch die Selbstbestimmung der Antragsteller hinsichtlich dieser Leistungen wächst.

Im Jahr 2001 haben wir uns bemüht, diese Ziele des Gesetzgebers umzusetzen. Im Mittelpunkt unserer Aufmerksamkeit standen dabei die ärztlichen Gutachten und deren Verwertbarkeit bei der Entscheidung über den Leistungsanspruch. Bisher beauftragte jeder Rehabilitationsträger den für ihn tätigen medizinischen Dienst mit der Erstellung eines Gutachtens, anhand dessen über den Leistungsanspruch entschieden wurde.

Beantragte ein Versicherter beispielsweise eine Rehabilitationsleistung bei einem Rentenversicherungsträger und legte ein Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor, wurde oftmals noch ein weiteres Gutachten von einem für den Rentenversicherungsträger tätigen Gutachter angefordert, bevor über den Antrag entschieden wurde. Diese kosten- und zeitintensive Verwaltungspraxis will der Gesetzgeber durch die Regelungen des § 14 SGB IX verändern. Die Vorschrift setzt nicht nur Fristen, innerhalb der die Rehabilitationsträger über Zuständigkeit und Leistungsanspruch zu entscheiden haben und innerhalb der die Gutachten zu erstellen sind, sondern regelt auch, daß bereits erstellte Gutachten anderer Rehabilitationsträger der Entscheidung zugrunde zulegen sind. Nach dem Willen des Gesetzgebers werden so kürzere Laufzeiten erreicht und Mehrfachbegutachtungen vermieden.

Wir haben derartige Fälle aufgegriffen und den Rentenversicherungsträgern aufgegeben, bereits vorhandene Gutachten zu verwerten. Wir mußten aber erkennen, daß in vorhandenen Gutachten anderer Träger der Rehabilitation teilweise Feststellungen über wesentliche Leistungsvoraussetzungen fehlen. Beispielsweise werden Aussagen über die Arbeitsfähigkeit getroffen, nicht aber über die Frage, welche Berufe der Patient noch ausüben in der Lage ist. Wir sehen eine Lösung in der Neugestaltung der Gutachtenauftragsvergabe.

Bereits im Vorfeld des Inkrafttretens des SGB IX haben wir bezogen auf die Auswahl der Rehabilitationskliniken – im Sinne der erweiterten Selbstbestimmung der Antragsteller - für eine großzügige Rechtsauslegung der bis zum 30. Juni 2001 geltenden Bestimmungen gesorgt. Der Rentenversicherungsträger hat bisher bei der Auswahl der Rehabilitationskliniken die Wünsche der Versicherten dann berücksichtigt, wenn es sich bei der gewünschten Klinik um eine Vertragsklinik oder eigene Klinik des Trägers handelte und die gleichmäßige Auslastung der belegten Kliniken hierdurch nicht gefährdet war, denn Aufgabe der Rentenversicherungsträger ist es auch, die Versicherten auf die von ihnen belegten Kliniken gleichmäßig zu verteilen. So werden auch lange Wartezeiten bei der Aufnahme vermieden. Die gesamten Vorschriften gelten zwar auch weiterhin, jedoch regelt nunmehr § 9 Absatz 1 SGB IX, daß berechtigten Wünschen des Patienten entsprochen wird.

Insofern ist nunmehr auch die persönliche Lebenssituation des einzelnen zu berücksichtigen. In mehreren Fällen haben wir erreicht, daß der Rentenversicherungsträger von seinen strengen Auswahlkriterien abgewichen ist und den Versicherten die gewünschte Rehabilitationsklinik bewilligt hat. In einem Ausnahmefall wurde sogar eine Klinik genehmigt, mit der der Rentenversicherungsträger zwar keinen Belegungsvertrag abgeschlossen hat, von der aus aber wegen der Wohnortnähe die Betreuung eines Kindes möglich war.

Übergangsgeld

Die Zahlung von Übergangsgeld sichert die wirtschaftliche Versorgung im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (bzw. berufsfördernde Leistungen), sofern nicht anderweitige Ansprüche bestehen.

Doch immer wieder schildern uns Petenten eindringlich die Notlagen, in die sie durch „schleppende“ Zahlung von Übergangsgeldern geraten.

Viele Versicherte erwarten – ähnlich wie bei der Gehaltszahlung - eine Zahlung im voraus und geraten in finanzielle Bedrängnis, wenn – wie bisher üblich - das Übergangsgeld zeitnah nach Antritt der Einzelmaßnahme gezahlt wird. Ein Rentenversicherungsträger hat unsere Anregungen zum Anlaß genommen, sein Auszahlungsverfahren zu prüfen. In vielen Fällen wurde dann regelmäßig im voraus gezahlt, um wirtschaftliche Notsituationen zu vermeiden.

Erst die Erfahrungswerte des Versicherungsträgers werden jedoch zeigen, ob die Gefahr von Überzahlungen des Übergangsgeldes zu Lasten der Versichertengemeinschaft besteht, oder ob künftig generell im voraus gezahlt werden kann.

Teilhabe am Arbeitsleben

Aufgabe des Bundesversicherungsamtes ist es auch, dafür zu sorgen, daß Rentenversi-

cherungsträger Schwerbehinderten schnell die Möglichkeit eröffnen, umfassend am Arbeitsleben teilzunehmen.

Auch wenn diese Teilhabe am Arbeitsleben nur unter erheblichem Kostenaufwand gesichert werden kann – etwa wenn Arbeits- und Wohnumfeld umgebaut werden müssen -, dürfen diese Kosten nicht zu Lasten der Antragsteller gehen.

Durch unsere Unterstützung konnten wir einer Schwerstbehinderten helfen und das Verfahren zur Übernahme von Umbaukosten für die behindertengerechte Ausstattung von Wohnung und Arbeitsstätte deutlich beschleunigen.

Bei Umbaukosten von ca. 100.000 DM war es aus unserer Sicht nicht zumutbar, daß die Versicherte diese vorfinanzieren sollte.

Wir konnten den Rentenversicherungsträger für eine direkte Kostenabrechnung mit den jeweiligen Bauunternehmen gewinnen.

2.2 Eingaben

Überblick

Das große Informationsbedürfnis der Bürger zu den Reformen in der Rentenversicherung, die zum Teil zu Beginn des Jahres 2001 in Kraft getreten sind, zum Teil aber auch erst im Laufe des Jahres verabschiedet wurden, war auch bei uns zu spüren. Die Eingaben sind im Vergleich zum Vorjahr insgesamt um ca. 20 Prozent gestiegen.

Einzeleingaben Neueingänge vom 01.01.01 bis 31.12.01				
Gebiet	Berichtspflicht		allein	Gesamt
	PADB ¹	BMA ²	BVA	
Rentenversicherung	551	98	1568	2217
¹⁾ Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages ²⁾ Bundesministerium für Arbeit- und Sozialordnung				

Vielen Beschwerdeführern haben wir bei der Klärung ihrer Einzelfragen Hilfestellung geleistet sowie das aktuelle und bisherige Recht erläutert.

Auch in diesem Jahr war die Berücksichtigung von Zeiten der Zugehörigkeit zu einem Zusatzversorgungssystem der ehemaligen DDR ohne Versorgungszusage ein Schwerpunktthema. Insbesondere die Frage, welche Berufsgruppen und welche Beschäftigungsbereiche von den Versorgungsordnungen erfaßt werden, war Gegenstand zahlreicher Eingaben. Der Kreis der Berechtigten ergibt sich - so das Bundessozialgericht - aufgrund der tatsächlich ausgeübten Beschäftigung oder Tätigkeit unter Beachtung des Wortlautes der Versorgungsordnungen sowie ergänzender Bestimmungen. Vielen Bürgern konnten wir unmittelbar oder durch entsprechende Vermittlung helfen.

Anrechnung von Unfallrenten

Wir haben erreicht, daß bei Anrechnung von abgefundenen Unfallrenten die Rentenbescheide der Rentenversicherungsträger künftig um einen klarstellenden Hinweistext ergänzt werden. Damit ist gewährleistet, daß Berechtigte erkennen kön-

nen, ab wann wieder ein Anspruch auf ungekürzte Rente besteht.

Grundsätzlich werden gleichartige Renten aus der Unfallversicherung auf Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung angerechnet. Im Rahmen des Unfallversicherungsrechts ist es möglich, sogenannte „kleine Unfallrenten“ einmalig abzufinden. In diesen Fällen gilt die abgefundene Unfallrente im Rentenrecht für den Zeitraum, für den sie bestimmt ist, als fortlaufend gezahlt.

Bisher enthielten Rentenbescheide keinen Hinweis darauf, warum und wie lange die abgefundene Unfallrente anzurechnen ist. Sie waren damit unzureichend begründet (§ 35 Abs. 1 SGB X).

Nachdem wir diese Verfahrensweise beanstandet haben, enthalten die Bescheide künftig allgemeine Erläuterungen zur Anrechnungsvorschrift, nehmen Bezug auf den maßgebenden Abfindungsbescheid des Unfallversicherungsträgers und weisen aus, bis zu welchem Zeitpunkt die Unfallrente anzurechnen ist.

Zusätzlich werden die Hinweise in den „Erläuterungen zum Antrag auf Versicherungsrente“ zu diesem Thema ergänzt und präzisiert.

Anteilige Begrenzung der nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) ermittelten Entgelte bei Anrechnungszeiten vor 1984

Die im Beitrittsgebiet wohnhafte Versicherte hatte im Jahre 1982 an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hat diese Zeit weder als Anrechnungszeit im Beitrittsgebiet anerkannt (§§ 58, 252 Abs. 7 Nr. 1 SGB VI), da die Zeit der Arbeitsunfähigkeit keinen vollen Kalendermonat umfaßte, noch wurden für diese Zeit Arbeitsausfalltage berücksichtigt (§ 252a Abs. 2 SGB VI), da diese nicht im vorderen Teil des Sozialversicherungsausweises eingetragen waren. Die Zeit wurde trotzdem im Versicherungsverlauf gespeichert, was zur Folge hatte, daß die Beitragsbemessungsgrenze anteilig gekürzt und damit das nach dem AAÜG festgestellte Entgelt für das Jahr 1982 entsprechend begrenzt wurde.

Zu Recht wird die Anerkennung der Zeit der Rehabilitationsmaßnahme als Anrechnungszeit abgelehnt, da sie keinen vollen Kalendermonat umfaßte. Wir konnten uns jedoch nicht der Auffassung des Rentenversicherungsträgers anschließen, daß einerseits die Beitragsbemessungsgrundlage anteilig um die Zeit der Rehabilitations-

maßnahme zu kürzen, andererseits diese Zeit aber nicht als Anrechnungszeit zu berücksichtigen sei.

Durch beharrliche Diskussion hat sich der Rentenversicherungsträger überzeugen lassen, daß die strittige Zeit - in Anwendung des § 260 Satz 3 SGB VI - zu löschen sei und es somit zu keiner Begrenzung der Entgelte auf eine gekürzte Beitragsbemessungsgrenze kommt.

Befreiungsmöglichkeiten für versicherungspflichtige Selbständige

Zahlreichen versicherungspflichtigen Selbständigen, die sich im letzten Jahr an uns gewandt hatten (siehe Tätigkeitsbericht 2000), konnte aufgrund einer vom Gesetzgeber für diese Gruppe geschaffenen Befreiungsvorschrift geholfen werden, so daß die befürchteten existenzgefährdenden Belastungen ausblieben.

Nach § 231 Abs. 6 SGB VI konnten am 31. Dezember 1998 versicherungspflichtige selbständige Lehrer, Pflegepersonen, Hebammen und manche nach § 229a Abs. 1 SGB VI Versicherungspflichtige in den neuen Ländern im Rahmen einer am 30. September 2001 abgelaufenen Antragsfrist von der Rentenversicherungspflicht befreit werden. Die Betroffenen mußten glaubhaft darlegen, daß sie bis zum 31. Dezember 1998 von ihrer Versicherungspflicht keine Kenntnis gehabt hatten und vor dem 2. Januar 1949 geboren sind oder vor dem 10. Dezember 1998 anderweitig in einer Weise für ihr Alter vorgesorgt hatten, die dem Standard der Rentenversicherung ent-

sprach oder diesem Standard kurzfristig angepaßt wurde.

In einigen Fällen war die Befreiung nicht möglich, weil vor dem 10. Dezember 1998 keine ausreichende andere Vorsorge getroffen worden war.

Entgeltzuordnung für Zeiten der beruflichen Ausbildung

Zur Entgeltzuordnung für Zeiten der beruflichen Ausbildung gibt es die deutliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes. Diese wird jedoch hinsichtlich einer Verfahrensänderung von einem Versicherungsträger nicht konsequent umgesetzt, so daß Renten fehlerhaft festgestellt worden sind. Im Rahmen unserer allgemeinen Beschwerdebearbeitung haben wir dies beanstandet.

Es geht um die Umsetzung des § 54 Abs. 3 SGB VI, einer Vorschrift, nach der zugunsten Versicherter die ersten 36 Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten bis zum 25. Lebensjahr fiktiv als Pflichtbeitragszeiten wegen Berufsausbildung zu bewerten sind. Diese sogenannten beitragsgeminderten Zeiten erhalten nicht nur Entgeltpunkte für die gezahlten Beiträge, sondern werden gegebenenfalls um einen Zuschlag erhöht, der sich am gesamten Versicherungsleben orientiert.

Wird im dritten Kalenderjahr der Berufsausbildung ein Gesamtjahresentgelt bescheinigt und der Anteil des Ausbildungsentgeltes nicht speziell ausgewiesen, ist es erforderlich - so das Bundessozialgericht in

einem Urteil aus dem Jahr 1996 -, die tatsächlich auf den Ausbildungsabschnitt entfallenden Verdienste zu ermitteln und aufzuteilen. Dazu können die Vorjahresentgelte herangezogen werden. Die bisherige Verwaltungspraxis einer maschinellen Entgeltaufteilung nach § 123 SGB VI ohne individuelle Prüfung der Beitragsverteilung entspricht nicht der Rechtslage. Die gleichmäßige Verteilung des Jahresentgeltes auf die einzelnen Monate hat zur Folge, daß den Ausbildungszeiten in der Regel zu hohe und den sonstigen Beschäftigungszeiten zu niedrige Verdienste zugeordnet werden und damit möglicherweise ein geringerer Zuschlag für die beitragsgeminderten Zeiten ermittelt wird.

Da Millionen Versicherte von dieser Thematik betroffen sind, werden wir die Verfahrensweise der Rentenversicherungsträger weiter überwachen und - z.B. im Rahmen von Aufsichtsprüfungen - auf eine Überprüfung der Entgeltaufteilung bereits geklärter Konten hinwirken.

Besitzgeschützte Entgeltpunkte bei Nachfolgerenten im Anschluß an eine nach § 307b SGB VI neu festgestellte Rente

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat am 28. April 1999 u.a. entschieden, daß § 307b SGB VI insoweit mit dem Grundgesetz unvereinbar ist, als hier für die Ermittlung der Rentenhöhe die während des gesamten Versicherungslebens bezogenen tatsächlichen Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen zugrunde gelegt werden,

während für Bestandsrentner ohne Ansprüche aus Zusatz- oder Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach § 307a SGB VI ein - in der Regel günstigerer - 20-Jahres-Zeitraum maßgeblich ist.

Durch das Zweite Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes (2. AAÜG-ÄndG) wurde die Vorschrift des § 307b SGB VI dahingehend geändert, daß nunmehr im Rahmen einer Vergleichsberechnung festgestellt werden muß, ob sich aus der ausschließlichen Berücksichtigung der letzten zwanzig Jahre vor dem Ende der letzten versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit eine höhere Anzahl an persönlichen Entgeltpunkten ergibt. Im Rahmen von Rentenneufeststellungen nach § 307b SGB VI hat ein Rentenversicherungsträger die aus dem maßgeblichen 20-Jahres-Zeitraum ermittelten persönlichen Entgeltpunkte nicht als besitzgeschützte Entgeltpunkte gemäß § 88 SGB VI zugrunde gelegt, als er die nach den Vorschriften des SGB VI berechneten Nachfolgerenten (z.B. Regelaltersrente im Anschluß an eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit) berechnet hat. Damit hat er nach unserer Auffassung gegen die Besitzschutzregelung des § 88 SGB VI verstoßen.

Nachdem der Träger sich von der Richtigkeit unserer Auffassung überzeugt hat, ist er nun bereit, auch die aus dem maßgeblichen 20-Jahres-Zeitraum ermittelten höheren Entgeltpunkte in eine Nachfolgerente als besitzgeschützt gemäß § 88 SGB VI zu übernehmen.

Dynamisierung der Vergleichsrente nach § 4 Abs. 4 AAÜG

Die Dynamisierung der Vergleichsrente nach § 4 Abs. 4 AAÜG erfolgt auf der Grundlage der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 3. August 1999. Mit dieser Entscheidung hat das BSG unter Beachtung des Leiturteils des Bundesverfassungsgerichts vom 28. April 1999 bestimmt, daß der Garantiebetrug zum 1. Juli eines jeden Jahres mit dem Anpassungsfaktor zu dynamisieren ist, welcher der Anpassung der Renten in den alten Bundesländern zugrunde liegt. Dieser dynamisierte Betrag ist - wenn er zugleich höher als der bisherige Besitzschutzbetrag ist - solange zu leisten, bis ihn die dynamische SGB VI - Rente überschreitet.

Der Zeitpunkt, von dem an die Dynamisierung zu erfolgen hat, hängt davon ab, ob die Rente bereits bestandskräftig ist, oder nicht. Sofern sie nicht bestandskräftig ist, müßte die Dynamisierung bereits ab dem 1. Januar 1992 durchgeführt werden, anderenfalls erst vom 1. Mai 1999 an, d. h. es geht in strittigen Fällen immerhin um mehr als sieben Jahre

Im Fall eines Petenten hat ein Rentenversicherungsträger mit Bescheid vom 31. Oktober 2000 erstmals die Dynamisierung der Vergleichsrente nach § 4 Abs. 4 AAÜG vorgenommen, wobei er von einem Beginn ab 1. Mai 1999 ausgegangen ist. Der Petent hatte jedoch gegen den Rentenbescheid vom 21. Dezember 1993 Widerspruch eingelegt und unter anderem eine Vergleichsberechnung nach § 4 Abs. 4 AAÜG be-

gehrt. Mit Widerspruchsbescheid vom 18. Juli 1994 wurde dem Petenten zugesichert, daß die von ihm begehrte Vergleichsberechnung noch durchgeführt werde, wenn gleich aufgrund der hohen Arbeitsbelastung nicht mit einer zeitnahen Erledigung zu rechnen sei. Eine Abhilfe ist schließlich erst mit Bescheid vom 2. Oktober 2000 erfolgt.

Da der Widerspruch bei Erteilung des Widerspruchsbescheides noch nicht in allen Punkten erledigt war, konnte der Rentenbescheid vom 21. Dezember 1993 keine Bindungswirkung entfalten. Im übrigen war auch der Bescheid vom 2. Oktober 2000, mit dem die Vergleichsberechnung nach § 4 Abs. 4 AAÜG durchgeführt wurde, am 28. April 1999 noch nicht bestandskräftig. Die Annahme des Versicherungsträgers, es handele sich um einen bestandskräftigen Fall, war also falsch, und entsprechend haben wir ihn gebeten, den Beginn der Dynamisierung zu überprüfen. Die Rente des Petenten wurde daher mit Bescheid vom 22. Februar 2001 für Bezugszeiten ab 1. April 1993 neu berechnet.

Erhebung von Säumniszuschlägen

Säumniszuschläge sind zu erheben, wenn der Beitragsschuldner trotz Kenntnis der Zahlungspflicht - es genügt bereits leichte Fahrlässigkeit - Sozialversicherungsbeiträge nicht rechtzeitig entrichtet.

Aufgrund eines Beschlusses des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger erhoben die Rentenversicherungsträger keine Säumniszuschläge, wenn die Beitragsfor-

derung auf einen Lohnsteuerhaftungsbescheid zurückging und das Finanzamt die Beiträge pauschal (mit sogenanntem Summenbeitragsbescheid), nicht aber personenbezogen festgestellt hatte.

Das Bundesversicherungsamt hat diese Verfahrensweise beanstandet. Uns war aufgefallen, daß selbst dann keine Säumniszuschläge erhoben wurden, wenn rückständige Beiträge im Rahmen der 30jährigen Verjährungsfrist nachgefordert wurden, obwohl die 30jährige Verjährungsfrist zumindest bedingten Vorsatz voraussetzt.

Künftig werden die Rentenversicherungsträger auch in den Fällen Säumniszuschläge erheben, in denen aufgrund eines Summenbeitragsbescheides Beiträge nachgefordert werden.

Formloser Rentenantrag

Zu einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, verbunden mit einer Nachzahlung von rund 25.000 DM, führte die Eingabe einer bis Ende 1990 berufstätigen Frau an den Petitionsausschuß des Landtags Nordrhein-Westfalen. Die Eingabe war an das Bundesversicherungsamt mit der Bitte um Stellungnahme weitergeleitet worden; wir wiederum hatten den zuständigen Rentenversicherungsträger um einen Bericht gebeten.

Der Träger erklärte, ein Rentenantrag liege ihm bislang nicht vor. Da der letzte Pflichtbeitrag im Dezember 1990 entrichtet worden sei, seien ohnehin die versiche-

rungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung zu verneinen. Außerdem weise das Versicherungskonto erhebliche Lücken auf.

In der Eingabe der Petentin vom Oktober 2000 sehen wir einen formlosen Rentenantrag und haben entsprechend den Rentenversicherungsträger gebeten, in einem Rentenverfahren die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen. Der erklärte sich zudem bereit, im Rahmen der Kontenklärung zu ermitteln, ob ggf. zusätzliche Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung anzuerkennen seien. Ergebnis der Prüfung war die Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Gestützt auf ein sozialmedizinisches Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung aus dem Jahr 1990 ging der Träger zugleich von einem Leistungsfall zu Jahresbeginn 1990 aus. Nicht zuletzt im Hinblick auf die rentenrechtlich zu berücksichtigenden Kindererziehungszeiten waren zu diesem Zeitpunkt die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt.

Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze im ersten Rentenbezugsmonat

Die Rentenversicherungsträger haben sich unserer Auffassung angeschlossen, daß Bezieher einer Altersrente die Hinzuverdienstgrenze bereits im Monat des Rentenbeginns rentenunschädlich überschreiten dürfen.

Wir haben in der Vergangenheit im Gegensatz zu den Rentenversicherungsträgern die Auffassung vertreten, daß ein Überschreiten der Hinzuverdienstgrenzen auch im

Monat des Rentenbeginns unter den Voraussetzungen des § 34 Abs. 2 und 3 SGB VI zulässig ist, soweit in diesem Monat einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld) anfällt. Aufgrund des unklaren Wortlauts der Vorschrift sahen wir aber keine Möglichkeit, die Auffassung der Rentenversicherungsträger zu beanstanden.

Nachdem die Rentenversicherungsträger ihre Rechtsauffassung geändert haben, besteht für die von uns angeregte Änderung des § 34 SGB VI keine Notwendigkeit mehr.

Vertrauensschutzregelungen bei vorzeitigen Altersrenten

Vorzeitig in Anspruch genommene Altersrenten werden grundsätzlich um einen Rentenabschlag gemindert. Für Versicherte, die vor dem 1. Januar 1942 geboren sind und die 45 Jahre mit Pflichtbeitragszeiten für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit zurückgelegt haben, hat der Gesetzgeber durch das Rentenreformgesetz 1999 rückwirkend zum 1. Januar 1997 Vertrauensregelungen geschaffen. Um rentenrechtliche Gestaltungsmöglichkeiten einzuschränken, können danach Zeiten der Versicherungspflicht wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe nicht auf den 45-Jahreszeitraum angerechnet werden.

Entgegen dieser eindeutigen gesetzlichen Regelung ließen Rentenversicherungsträger aus verwaltungspraktischen Überlegungen auch Bezugszeiten anderer Leistungen

nach dem Recht der Arbeitsförderung (z.B. Altersübergangsgeld, Eingliederungshilfe, Unterhaltsgeld) im Rahmen der „45er Regelung“ unberücksichtigt.

Das Bundesversicherungsamt hat die Problematik mit zwei Versicherungsträgern erörtert, die inzwischen ihre bisherige Rechtsauslegung aufgeben und sich unserer Auffassung angeschlossen haben.

Erstattung gezahlter freiwilliger Beiträge

Über den Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages erreichte uns das Anliegen eines Rentners, der seit 1991 eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bezog.

Auf seine Frage nach den Vorteilen freiwilliger Beitragszahlungen wurden dem Mann vom Träger sogenannte „prognostische Auskünfte“ verweigert. Daraufhin beantragte er die Zahlung von freiwilligen Mindestbeiträgen, die für die Monate Dezember 1990 bis einschl. November 1995 entrichtet wurden. Im Monat zuvor stellte der Rentenversicherungsträger antragsgemäß die Regelaltersrente ab dem 1. Dezember 1995 fest. Da sich der Betrag der Altersrente gegenüber dem bisher gezahlten Betrag der Erwerbsunfähigkeitsrente trotz der Zahlung von freiwilligen Beiträgen nicht erhöht hatte, erhob der Petent Widerspruch und, nach Zurückweisung dieses Widerspruchs, Klage, die im Ergebnis rechtskräftig abgewiesen wurde.

Der Träger stellte sich zunächst auf den Standpunkt, eine Rückerstattung der ent-

richteten freiwilligen Beiträge (auf dem Wege eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs, vgl. hierzu den Tätigkeitsbericht 2000, S. 30 f.) aufgrund nicht ausreichender Beratung sei auszuschließen, und sah sich im übrigen durch das rechtskräftige Urteil bestätigt.

Da das Ergebnis durchaus unbefriedigend war, haben wir den Träger gebeten, trotz des in Rechtskraft erwachsenen Urteils der Frage nachzugehen, ob aufgrund der dezierten Fragestellung des Petenten im Zusammenhang mit den Auswirkungen der beabsichtigten freiwilligen Versicherung die Beratung durch den Rentenversicherungsträger als ausreichend angesehen werden könne. Da das Verfahren hierzu sich zunächst bis Juli 1992 hingezogen habe, wäre möglicherweise eine Rentenauskunft nach Maßgabe des RRG '92 möglich gewesen. Gegebenenfalls hätte sich schon zu diesem Zeitpunkt absehen lassen, daß die Anwartschaft auf Altersrente die nach dem AVG berechnete Rente wegen Erwerbsunfähigkeit unterschreiten und nicht jede freiwillige Beitragsleistung zu einer höheren Rentenleistung führen würde, zumal der Petent über die Auswirkungen seiner freiwilligen Beitragsentrichtung im unklaren habe bleiben müssen, indes von einer Rentenerhöhung dem Grunde nach ausgegangen sei.

Auch die nächste Phase der Beratung, nämlich bis Dezember 1994, war nach unserer Ansicht dem tatsächlichen Beratungsbedarf des Rentners in keiner Weise gerecht geworden. Eine Aussage zur Zweckmäßigkeit von freiwilligen

Beiträgen war zumindest für die Jahre 1994/1995 geboten, während aber der Träger lediglich über erreichte Anwartschaften informiert hatte..

Diese Beratungsdefizite gestand der Rentenversicherungsträger zu, und zahlte konsequenterweise die Beiträge für 1995 zurück. Gleichwohl beharrte er in Anbetracht des rechtskräftigen Urteils auf seinem Standpunkt, die freiwilligen Beiträge vom Dezember 1990 bis zum Ende des Jahres 1994 seien nicht zurückzuzahlen.

Das Bundesversicherungsamt trat darauf erneut an den Rentenversicherungsträger heran, der zunächst - s.o. - die Frage offen gelassen hatte, ob im Jahr 1992, also nach Inkrafttreten des SGB VI, eine Rentenauskunft nach Maßgabe des RRG '92 möglich gewesen wäre, mit der Folge, daß die Konsequenzen aus dem Inkrafttreten des SGB VI im zu prüfenden Einzelfall bei hinreichender Beratung erkennbar gewesen wären.

Unsere Beharrlichkeit hatte Erfolg. Letztlich veranlaßte der Träger im Rahmen einer Einzelfallentscheidung die Erstattung der freiwilligen Beiträge auch für den noch offen stehenden Zeitraum und entsprach damit in vollem Umfang dem Anliegen des Petenten.

Befristung einer Rente wegen Erwerbsminderung

Einem infolge einer Polio-Erkrankung behinderten Patienten ist die Erwerbsminderungsrente nur auf Zeit zuerkannt worden,

parallel dazu aber Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung auf Dauer gewährt worden. Diese Entscheidung war für den Mann nicht nachvollziehbar und er wandte sich an den Petitionsausschuß des Deutschen Bundestages, der wiederum das Bundesversicherungsamt eingeschaltet hat,

Der 55jährige Petent, der seit dem 8. Lebensjahr Rollstuhlfahrer war und Pflegegeld der Stufe 2 erhielt, war nach 18monatiger Erkrankung zwar an seinen Arbeitsplatz zurückgekehrt, war aber bald darauf wegen starker Rückenbeschwerden, die ihre Ursache in der erzwungenen Haltung im Rollstuhl hatten, erneut krank geschrieben worden und hatte daraufhin Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Dauer beantragt. Krankengeld und Arbeitslosengeld erhielt er nicht, da seine Beschwerden auf die Kinderlähmung zurückzuführen seien und er damit zugleich wegen seiner Krankheit dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehe.

Der Rentenversicherungsträger rechtfertigte sein Vorgehen damit, er sei auf der Grundlage seines beratungsärztlichen Dienstes zu der Auffassung gelangt, daß bei dem Petenten für einen rollstuhlge rechten Arbeitsplatz ein etwa halbschichtiges Leistungsvermögen bestehe. Infolge der arbeitsunfähigen Erkrankung des Petenten und des Verlustes seines leistungsgerechten Arbeitsplatzes müsse von einem verschlossenen Arbeitsmarkt ausgegangen werden. Die sogenannten Arbeitsmarkrenten seien jedoch nach § 102 SGB VI auf Zeit zu zahlen. Obgleich der Rentenanspruch bereits im Jahr 2000 gestellt worden war,

wandte der Rentenversicherungsträger das ab dem 1. Januar 2001 geltende Recht an. Danach liege seit September 2000 teilweise Erwerbsminderung auf unbestimmte Zeit und vom gleichen Zeitpunkt an volle Erwerbsminderung auf Zeit bis voraussichtlich zum Frühjahr 2004 vor.

Wir konnten in Anbetracht der vielfältigen geschilderten körperlichen Beschwerden und Symptome dieser Bewertung nicht folgen. Insbesondere galt es aus unserer Sicht zu klären, ob der Petent überhaupt fähig war, den Weg zur Arbeitsstelle zurückzulegen.

Bei erneuter Prüfung des Sachverhalts hat auch der Träger erkannt, in welchem erheblichen Maß das Leistungsvermögen dieses Petenten eingeschränkt ist, so daß nunmehr Rente wegen Erwerbsunfähigkeit gewährt worden ist.

Leistungen einer Berufsgenossenschaft und der Rentenversicherung

Die besonderen Probleme beim Zusammenspiel von Renten aus der Unfallversicherung und aus der Rentenversicherung illustriert der Fall einer Witwe, deren große Witwenrente aufgrund von Leistungen gekürzt worden war, die die Frau als Hinterbliebenenrente aus der Unfallversicherung erhält.

Der verstorbene Ehemann der Petentin hatte wegen einer Krebserkrankung, die als Berufskrankheit anerkannt worden war, Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit von 100 Prozent bezogen.

Nach dem Tode des Mannes gewährte die Berufsgenossenschaft der Witwe eine Hinterbliebenenrente aus der Unfallversicherung unter Zugrundelegung eines Jahresarbeitsverdienstes in Höhe von rund 24.000 DM. Kurze Zeit später bewilligte der Rentenversicherungsträger die große Witwenrente.

Als nun die Witwenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund des Bezugs von Leistungen aus der Unfallversicherung nach § 93 SGB VI, insbesondere wegen des hierbei berücksichtigten - niedrigen - Jahresarbeitsverdienstes gekürzt worden war, hatte die Frau bei uns beklagt, daß sie nicht einmal 60 Prozent der Rente erhalte, obwohl ihr Mann Beitragszahler gewesen sei und nur 5 Jahre lang die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung in Anspruch habe nehmen können.

Besteht für denselben Zeitraum Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente aus der Rentenversicherung und eine Hinterbliebenenrente aus der Unfallversicherung, so wird die Rente aus der Rentenversicherung gem. § 93 Abs. 1 SGB VI insoweit nicht geleistet, als die Summe der zusammentreffenden Rentenbeträge vor Einkommensanrechnung den jeweiligen Grenzbetrag übersteigt. Der Grenzbetrag wird nach § 93 Abs. 3 SGB VI aus dem Jahresarbeitsverdienst, der der Hinterbliebenenrente aus der Unfallversicherung zugrundeliegt, und dem Rentenartfaktor für persönliche Entgeltpunkte ermittelt. Dabei kann nur der Jahresarbeitsverdienst zugrundegelegt werden, der maßgeblich für die Hinterbliebenenrente aus der Unfallversicherung ist.

Die aufsichtsrechtliche Prüfung ergab, daß die Berufsgenossenschaft bei ihrer Berechnung der Hinterbliebenenrente von einem unzutreffenden, da zu niedrigen Jahresarbeitsverdienst ausgegangen war und zudem dem Rentenversicherungsträger zur Festsetzung der Hinterbliebenenrente mitgeteilt hatte, die Rente des verstorbenen Versicherten beruhe nicht auf eigenen Beitragsleistungen. Auch diese Aussage traf nicht zu und wurde gegenüber dem Rentenversicherungsträger nach Einleitung der aufsichtsrechtlichen Prüfung korrigiert. Vor diesem Hintergrund war die Unfallversicherungsrente nicht auf die Rente aus der Angestelltenversicherung anzurechnen. Die Neufestsetzung der Versichertenrente des Verstorbenen sowie der Hinterbliebenenrente der Beschwerdeführerin hat im Verein mit der Neuberechnung der Hinterbliebenenrente aus der Rentenversicherung die Petentin nun erheblich bessergestellt.

Qualifikationsgruppeneinstufung im Fremdrentenrecht

Eine Reihe von Versicherten forderte die Zuordnung höherer Qualifikationsgruppen für die zurückgelegten Versicherungszeiten.

Maßgeblich für die Einordnung der in den Herkunftsländern zurückgelegten versicherten Tätigkeiten sind nicht die gezahlten Beiträge, sondern es wird ein fiktives Versicherungsleben in Deutschland ermittelt (Eingliederungsprinzip). Nach neuerem Recht werden dazu Qualifikationsgruppen und Wirtschaftsbereiche ermittelt.

Bei der Einstufung in die Qualifikationsgruppen war bisher nur die durch Ausbildung erworbene Qualifikation (z.B. Facharbeiter-, Fachschul- oder Hochschulabschluß) im Vordergrund der Ermittlungen. Auf unser Betreiben hin wird nunmehr auch die durch langjährige Berufserfahrung erworbene Qualifikation verstärkt geprüft.

In mehreren Fällen haben wir eine Höherstufung der Qualifikationsgruppe erreicht. So hatte eine Frau die Einstufung ihrer in Polen von 1953 bis 1983 ausgeübten Beschäftigung in die Qualifikationsgruppe vier statt fünf der Anlage 13 zum SGB VI beantragt. Die Zuordnung der Qualifikationsgruppe vier setzt einen Facharbeiterabschluß voraus. In Ausnahmefällen kann die fehlende Qualifikation durch gleichwertige, aufgrund langjähriger Berufserfahrungen erworbene Fähigkeiten ersetzt werden. Eine langjährige Berufserfahrung liegt jedenfalls vor, wenn die höherwertige Tätigkeit seit zehn Jahren ausgeübt wird.

Der Rentenversicherungsträger lehnte den Antrag mit der Begründung ab, die Frau sei auch ohne Ausbildung in der Lage gewesen, ihrer beruflichen Tätigkeit bei dem polnischen Betrieb nachzugehen.

Wir haben den Träger gebeten zu ermitteln, ob eine derartige Tätigkeit im Regelfall von Personen mit Facharbeiterqualifikation ausgeübt wird. Da diese Prüfung ergab, daß die Versicherte tatsächlich mehr als zehn Jahre eine Tätigkeit ausgeübt hatte, die sonst ausschließlich von Personen mit höherer Qualifikation verrichtet wurde, konnte die fehlende Qualifikation der Be-

schwerdeführerin langjährige Berufserfahrung ersetzt werden.

Der Versicherungsträger hat die Versicherte für den Zeitraum von 1966 bis zur Übersiedlung in die Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1983 in die Qualifikationsgruppe vier eingestuft.

Berechnung von Geldbeträgen

Die Beschwerde wegen der Ablehnung eines Altersrentenantrags hat uns auf dem Weg der aufsichtsrechtlichen Prüfung auf Unstimmigkeiten bei einer bereits sehr lange zurückliegenden Entgeltaufteilung hingewiesen, denen wir nachgegangen sind:

Eine Versicherte hatte Altersrente wegen Arbeitslosigkeit beantragt, die vom Träger der Rentenversicherung abgelehnt worden war. Im Ergebnis war die Entscheidung des Trägers aus aufsichtsrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden, allerdings sind uns bei Prüfung des Vorgangs Fehler in der Entgeltaufteilung für das Jahr 1956 aufgefallen.

Aus dem Kaufmannsgehilfenbrief ging hervor, daß die Beschwerdeführerin ihre berufliche Ausbildung bei zwei Arbeitgebern absolviert hatte. Der erste Teil der Lehre war am 15. Februar 1955 beendet worden, der zweite Teil schloß sich am 1. Januar 1956 an. Der Rentenversicherungsträger sah einen Einzelnachweis über die monatlichen Entgelte von der Beschwerdeführerin nicht erbracht und griff daher nicht auf das Vorjahresentgelt zurück, son-

dem nahm die Aufteilung nur für das Jahr 1956 vor.

Mit seinem Urteil vom 28. Oktober 1996 - 8 RKn 19/95 - hat das Bundessozialgericht konkrete Möglichkeiten zur Entgeltermittlung aufgezeigt und - verkürzt dargestellt - folgende Verfahrensweise festgelegt:

- Feststellung des genauen Entgelts anhand von Personalunterlagen (Nachweis)
- Heranziehung von Tarifverträgen
- Schätzung auf der Grundlage von Vorjahresentgelten
- Tabellenwerte nach § 256c SGB VI.

Wir haben den Träger gebeten, uns zu erläutern, warum es im vorliegenden Fall nicht möglich sein sollte, auf die Ausbildungsentgelte des Jahres 1955 zurückzugreifen.

Der Versicherungsträger schloß sich schließlich der Auffassung des Bundesversicherungsamtes an und hat bei der erneuten Entgeltaufteilung nach § 123 SGB VI für das Jahr 1956 die Ausbildungsentgelte des Jahres 1955 zugrunde gelegt, dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund, daß die eigene Arbeitsanweisung es für den Fall, daß trotz der vereinfachten Beweisführung die Höhe des Teilentgelts nicht belegt werden kann, Beginn und Ende der beruflichen Ausbildung indes nachgewiesen sind, zuläßt, für das letzte (Teil-)Jahr als Ausbildungsvergütung die für das Vorjahr bescheinigte Ausbildungsvergütung zugrunde zu legen.

Rentenauskunft

Die Ergebnisse unserer aufsichtsrechtlichen Prüfung mögen auf den ersten Blick unspektakulär erscheinen, haben aber für die Zukunft Auswirkungen auf eine Vielzahl von Einzelfällen. So hatte ein Versicherter eine Rentenauskunft erhalten, in der wir zur Frage der Gesamtleistungsbewertung auf die folgende Passage stießen:

„Für Anrechnungszeiten wegen Krankheit und Arbeitslosigkeit sowie für schulische Ausbildung mindert sich der Wert, wenn der Leistungsfall später eintritt.“

Hier hatte der Träger offensichtlich übersehen, daß ab dem Jahr 2001 für die Rentenberechnung ausschließlich die begrenzte Gesamtleistungsbewertung nach § 74 SGB VI maßgeblich ist, wonach der sich aus der Gesamtleistungsbewertung ergebende Wert für jeden Kalendermonat mit Zeiten beruflicher oder schulischer Ausbildung auf 75 Prozent begrenzt wird und Kalendermonate nicht bewertet werden, die nur deshalb Anrechnungszeiten sind, weil Arbeitslosigkeit nach dem 30. Juni 1978 vorgelegen hat, für die nicht Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe gezahlt worden ist, oder Krankheit nach dem 31. Dezember 1983 vorgelegen hat und nicht Beiträge gezahlt worden sind.

Wir haben dem Träger diese Norm erläutert. Der Rentenversicherungsträger teilt inzwischen unsere Auffassung, daß den Übergangsvorschriften - § 263 Abs. 2a Satz 4 und § 263 Abs. 3 Satz 2 SGB VI

i.V.m. der Anlage 18 zum SGB VI - für Leistungsfälle ab dem Jahresbeginn 2001 keine Bedeutung mehr zukommt. Zugleich kündigte er an, sich für eine Änderung der beanstandeten Passage einzusetzen, die – wie uns der Träger erklärte - bislang von allen Rentenversicherungsträgern bundesweit verwendet worden sei.

Vorzeitige Wartezeiterfüllung

Voraussetzung für die Regelaltersrente, die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und die Rente wegen Todes ist die Erfüllung der erforderlichen allgemeinen Wartezeit, d.h. die Mindestversicherungszeit von fünf Jahren (§ 50 Abs. 1 SGB VI).

Nach § 53 SGB VI ist indes in bestimmten Fällen die allgemeine Wartezeit vorzeitig erfüllt. Diese Norm war bei einer Eingabe der Schlüssel zum Erfolg.

Ein Beschwerdeführer, der sich beim Blutspenden mit Hepatitis C infiziert hatte, hatte Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit beantragt. Sein Antrag wurde abgelehnt, der Widerspruch blieb ohne Erfolg, so daß der Beschwerdeführer den Klageweg beschritt. Parallel dazu hat er das Bundesversicherungsamt um Prüfung seiner Angelegenheit gebeten. Auf dem Wege der aufsichtsrechtlichen Prüfung wurde der Rentenversicherungsträger, der die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Leistungsfall beim Beschwerdeführer als nicht erfüllt angesehen hatte, aufgefordert, seine Entscheidung zu

überdenken. Er hatte nämlich im Widerspruchsverfahren im Hinblick auf unbelegte Zeiten im Versicherungskonto die Voraussetzungen der sogenannten Drei/Fünftel-Belegung nach § 43/§ 44 SGB VI in der bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Fassung verneint. Danach muß der Versicherte in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet haben. Hieran fehlte es jedoch im Fall des Blutspenders.

Jedoch ist eine Drei/Fünftel-Belegung dann nicht erforderlich, wenn ein Tatbestand zur vorzeitigen Wartezeiterfüllung eingreift. Dies wiederum ist dann der Fall, wenn der Versicherte vor Ablauf von sechs Jahren nach Beendigung seiner Ausbildung erwerbsunfähig - so das bis zum 31. Dezember 2000 geltende Recht - oder - nach neuem Recht - voll erwerbsgemindert geworden ist. Alle Rentenversicherungsträger sind der Auffassung, daß diese Vorschrift auch bei teilweiser Erwerbsminderung anzuwenden ist.

Darauf aufmerksam gemacht, daß der Beschwerdeführer vor Ablauf von sechs Jahren nach Beendigung seiner Ausbildung berufsunfähig geworden war - der Leistungsfall war zwischen den Verfahrensbeteiligten unstrittig -, erkannte der Rentenversicherungsträger aufgrund unserer Anregung die Wartezeit als erfüllt an. Ab Beginn des siebten Kalendermonats nach Eintritt des Leistungsfalls wurde eine Rente zuerkannt.

2.3 Aufsichtsprüfungen

Zuordnung von Entgeltpunkten / Entgeltpunkten (Ost) bei Bezug von Ent- geltersatzleistungen

Für Beitragszeiten wegen Sozialleistungsbezugs ist die Zuordnung von Entgeltpunkten oder Entgeltpunkten (Ost) davon abhängig, ob die Sozialleistung auf einem Arbeitsentgelt bzw. einem Arbeitseinkommen beruht, welches in den alten Bundesländern oder aber im Beitrittsgebiet erzielt wurde. Es ist unerheblich, wo sich das zuständige Arbeitsamt befindet.

Vorangegangene Aufsichtsprüfungen hatten gezeigt, daß die Meldungen der Arbeitsämter hinsichtlich des Gebietes, in dem das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt erzielt wurde, häufig fehlerhaft sind. Diese Fehler wurden trotz vorhandener Warnhinweise von den Mitarbeitern der Rentenversicherungsträger nicht erkannt. In einer Schwerpunktprüfung, die wir bei allen vier bundesunmittelbaren

Rentenversicherungsträgern gleichzeitig eingeleitet haben, sind zahlreiche Datensätze ermittelt worden, die nicht plausibel waren. Deren Überprüfung sowie eine ggf. erforderliche Korrektur der Rentenbescheide und die Auswertung der Ergebnisse dauern noch an.

Arbeitsanweisung zur Behandlung von Überzahlungen

Nach unserer grundlegenden Kritik an der Erfassung und Bearbeitung von Überzah-

lungsvorgängen hat ein Rentenversicherungsträger eine Arbeitsanweisung zur Behandlung von Überzahlungen erstellt, die auch Ausführungen über die technische Umsetzung der Erfassung der Überzahlungen und zur Dokumentation der Forderungen enthält. Wie von uns gefordert, werden die Vorgänge dauerhaft im Kontenspiegel des Versicherten gespeichert. Außerdem werden die Voraussetzungen für eine Stundung, eine Niederschlagung oder einen Erlaß einer Forderung sowie die Erhebung von Zinsen erläutert. Die Mitarbeiter werden auch auf die Notwendigkeit hingewiesen, die wirtschaftlichen Verhältnisse des Schuldners regelmäßig zu überprüfen. Die Überwachung der Zahlungsfristen der Raten und die zügige Einleitung des Vollstreckungsverfahrens sind ebenfalls Bestandteil der Arbeitsanweisung. Die Anmerkungen des Bundesversicherungsamts in diesem Prüfverfahren waren für den Versicherungsträger auch ein Anlaß, seine Arbeitsanweisung zu den §§ 50 SGB X und zu § 118 Abs. 3 und 4 SGB VI zu überarbeiten bzw. neu zu erstellen.

Überarbeitung der Arbeitsanweisung zu Überentgelten

Verdienstanteile, die aufgrund der Beitragsbemessungsgrundlage im Beitrittsgebiet nicht versichert waren, können nach § 256a Abs. 3 SGB VI als sogenannte Überentgelte anerkannt werden.

Insbesondere für die Monate Januar und Februar 1971 ist die Ermittlung von Überentgelten schwierig, weil die Versicherten ab März 1971 der freiwilligen Zusatzren-

tenversicherung (FZR) beitreten konnten und daher nur anteilmäßig für das Jahr 1971 ein höheres Entgelt als Überentgelt berücksichtigt werden kann. Bei Prüfungen haben wir festgestellt, daß die Arbeitsanweisung eines Trägers kompliziert und daher mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden war. Sie stellte hohe Anforderungen an die Mitarbeiter und führte zu zahlreichen Fehlern. Unsere Anregungen zur kompletten Überarbeitung dieser Arbeitsanweisung, zur Installierung eines zentralen Warnhinweises und einer Ergänzung eines Prüfvordruckes hat der Träger zwischenzeitlich umgesetzt.

Zeitpunkt der Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen

In Rentenbescheiden eines Versicherungsträgers wurde grundsätzlich der letzte Tag des Monats vor Rentenbeginn als Zeitpunkt, mit dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden, angegeben. Im Regelfall ist dies ein unzutreffendes Datum, und daher für die Versicherten auch nicht nachvollziehbar. Der Versicherungsträger führte hierfür programmtechnische Gründe an. Aufgrund der Beanstandung des Bundesversicherungsamts sind im Berichtszeitraum die Berechnungsprogramme dahingehend geändert worden, daß künftig der tatsächliche Zeitpunkt, zu dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, im Rentenbescheid ausgewiesen wird. Eine entsprechende Arbeitsanweisung sowie eine Bildschirminformation an die Mitarbeiter ist veranlaßt worden.

Vollständiger Leistungsantrag

Der Beginn der Verzinsung bestimmt sich u.a. nach dem Eingang des vollständigen Leistungsantrags. Ein vollständiger Leistungsantrag liegt erst dann vor, wenn der Versicherte die entsprechenden Antragsformulare ordnungsgemäß unterschrieben hat, alle Tatsachen angegeben hat, die für die Leistung erheblich sind und vorhandene Unterlagen eingesandt hat. Nicht zum vollständigen Leistungsantrag gehören Unterlagen, die der Leistungsträger direkt von dritten Stellen anfordert.

Im Gegensatz dazu regelte ein Versicherungsträger in seiner Arbeitsanweisung, daß erst mit Eingang der vom Arbeitgeber zu erstellenden Vorausbescheinigung über das voraussichtliche Arbeitsentgelt für die Zeit bis zum Ende der Beschäftigung ein vollständiger Leistungsantrag vorliege. Dies sollte ursprünglich auch für Vorausbescheinigungen der Arbeitsämter über die beitragspflichtigen Einnahmen von Beziehern von Sozialleistungen gelten. Der Versicherungsträger hat sich aufgrund unserer Beratung entschlossen, seine Arbeitsanweisung zu überarbeiten und Vollständigkeit des Antrags von dem Datum an zunehmen, an dem lediglich noch Unterlagen von Seiten Dritter ausstehen.

Zeitpunkt der Zinsprüfung

Für Nachzahlungsbeträge ist der Zinsanspruch zu prüfen. In Fällen, in denen eine

bei der Rentenberechnung entstehende Nachzahlung zeitgleich mit der laufenden Rentenzahlung ausgezahlt wird, erfolgt bereits im Rentenbescheid die Berechnung der ggf. zu zahlenden Zinsen. Sofern die Nachzahlung wegen bestehender Erstattungsansprüche anderer Leistungsträger zunächst einbehalten wird, ist nach Auszahlung der Nachzahlung zu prüfen, ob die nachgezahlten Beträge zu verzinsen sind.

Ein Versicherungsträger prüfte hingegen den Zinsanspruch bereits bei der Rentenfeststellung. Nach Auszahlung der Nachzahlung war dann der Zinsanspruch erneut zu prüfen, d. h. die erste Zinsprüfung war in diesen Fällen überflüssig. In einer Vielzahl der Fälle, in denen eine Nachzahlung abzurechnen war, wurde auch die erforderliche Zinsprüfung nach Abrechnung der Nachzahlung vergessen. Auf unsere Beanstandung hin hat der Träger eine Verfahrensänderung durch Ergänzungen und Änderungen im entsprechenden Prüfvordruck vorgenommen. Es ist nunmehr gewährleistet, daß der Zinsanspruch erst zum Zeitpunkt der Auszahlung der Nachzahlung an den Berechtigten geprüft wird.

2.4 Auslandsberührung

Konferenzen

Wie in den vergangenen Jahren sind wir vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zu Verhandlungen und Besprechungen im internationalen Bereich hinzugezogen worden.

In Sachverständigengesprächen mit der Slowakischen Republik wurde der Abschluß eines Sozialversicherungsabkommens und der notwendigen Durchführungsvereinbarung vorbereitet, Verhandlungen mit Vertretern der Volksrepublik China dienten dem Abschluß eines Abkommens zur Regelung der Sozialversicherungspflicht von Arbeitnehmern bei Beschäftigung im anderen Vertragsstaat. Bei den deutsch-polnischen Regierungsverhandlungen waren im November 2000 Grundsätze für das deutsch-polnische Entsendeabkommen vom 25. April 1973 vereinbart worden; bei erneuten Gesprächen im Berichtsjahr konnten wir Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Grundsätze austauschen und die sich aus der Anwendung der Abkommen ergebenden materiellrechtlichen Fragen erörtern. Beteiligt waren wir auch an der Besprechung im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, bei der es um die Sicherstellung der Rentenzahlungen nach Bosnien-Herzegowina ging.

Im Rahmen der ersten deutsch-koreanischen Verbindungsstellenbesprechung wurde die Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Korea über Soziale Sicherheit vom 10. März 2000 ausgearbeitet. Zahlreiche Verfahrensfragen im Zusammenhang mit dem Abkommen konnten geklärt werden. Bei den Besprechungen mit den Verbindungsstellen der Türkei, Japan und Ka-

nada ging es neben der Klärung von materiellrechtlichen Fragen, die sich aus den Rechtsänderungen in den jeweiligen Abkommensstaaten ergeben, auch um Verfahrensfragen, die sich bei der Umsetzung der Sozialversicherungsabkommen stellen.

Die Anwendung der Verordnungen (EWG) 1408/71 und 574/72 führt mitunter zu Problemen, die wir bei den jeweiligen Verbindungsstellenbesprechungen mit unseren norwegischen, griechischen bzw. französischen Partnern ausführlich erörtert haben.

3. UNFALLVERSICHERUNG

- 3.1 Satzungsrecht
- 3.2 Eingaben UV 2001
- 3.3 Aufsichtsprüfungen
- 3.4 Alterssicherung der Landwirte

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Satzungsrecht

Gefahrtarifangelegenheiten

Im Berichtsjahr hat das Bundesversicherungsamt wiederum mehrere Gefahrtarife, die zur Genehmigung vorgelegt worden waren, geprüft und dabei die Berufsgenossenschaften eingehend beraten.

Aus dem Verhältnis der gezahlten Leistungen zu den Arbeitsentgelten werden für die einzelnen Tarifstellen die im Gefahrtarif festzustellenden Gefahrklassen gemäß § 157 Abs. 3 SGB VII berechnet. Die sogenannten Belastungsziffern, die sich aus dieser Berechnung ergeben, werden als Gefahrklasse festgesetzt. Meist werden die Belastungsziffern noch umgerechnet und gerundet, um eine bessere Aussagekraft und Vergleichbarkeit mit den Zahlen der vorherigen Jahre zu erreichen. Das berechnete Verhältnis aus bezahlten Leistungen zu den Arbeitsentgelten bleibt davon unbeeinflusst, weil das Umrechnungsverfahren einheitlich für alle Tarifstellen angewandt wird.

Von dieser - rechtlich unproblematischen - Verfahrensweise zu unterscheiden ist die abweichende Festsetzung von Gefahrklassen.

Wie wir bereits wiederholt festgestellt haben, ist die abweichende Festsetzung von Gefahrklassen aus rechtsstaatlichen Gründen zur Vermeidung abnormer Beitrags-

sprünge zulässig. Die Abweichung muß aber besonders begründet werden.

Hierauf haben wir auch im Berichtsjahr hingewiesen. Extreme Auswirkungen auf die Beiträge bei einzelnen Tarifstellen sind anhand von Zahlenmaterial, z.B. durch Probe-Umlageberechnungen darzulegen. Erst dann läßt sich sagen, ob die Abweichung von der errechneten Gefahrklasse genehmigungsfähig ist.

Des weiteren haben wir darauf hingewiesen, daß die Abweichung nur zulässig ist, wenn sich in der neuen Gefahrklasse wenigstens fünfzig Prozent der Veränderung (Erhöhung oder Verminderung) zwischen bisheriger Gefahrklasse und errechneter Belastungsziffer durch Herauf- oder Herabsetzen der bisherigen Gefahrklasse niederschlagen. Ansonsten läßt sich die Gefahrklassenfestsetzung nicht mehr mit der geschilderten Berechnungsgrundlage in § 157 Abs. 3 SGB VII in Einklang bringen. Außerdem käme es sonst zu einer unzulässigen Subventionierung bestimmter Tarifstellen. Die Milderungsregelung ist auch nur haltbar, wenn sie für eine verkürzte Tarifzeit gelten soll, die eine frühzeitige Überprüfung der Verhältnisse gewährleistet.

Um drohende Beitragssprünge abzumildern, bietet sich in begründeten Einzelfällen auch die Möglichkeit, durch eine stufenweise Annäherung der Gefahrklassen während der Tarifperiode die errechnete

Belastungsziffer bzw. wenigstens den genannten Fünfzig-Prozent-Maßstab zu erreichen. Es waren diese Möglichkeiten, die in verschiedenen rechtlich problematischen Gefährklassenfestsetzungen dann doch noch zu genehmigungsfähigen Lösungen geführt haben. Dabei haben wir in einem Fall besonders berücksichtigt, daß es sich bei der betreffenden Tarifstelle um einen „sterbenden“, d.h. in Abwicklung befindlichen, Gewerbebezweig handelte, und daß alle übrigen Gewerbebezweige dieser Lösung zugestimmt hatten.

Hinsichtlich der Umstrukturierung von Tarifstellen haben wir einzelne Unfallversicherungsträger unter verschiedenen Aspekten beraten. In einem Fall ging es um die Einrichtung einer neuen Tarifstelle, die aufgrund bestimmter Tätigkeiten gebildet werden sollte. Die Einrichtung solcher neuer Tarifstellen ist grundsätzlich zulässig, wenn es sich um klar abgrenzbare Unternehmensteile handelt. Voraussetzung ist außerdem, daß die Gefährgemeinschaft einer neuen Tarifstelle groß genug ist, um den gesetzlich notwendigen versicherungsmäßigen Risikoausgleich zu gewährleisten (§ 157 Abs. 2 SGB VII) und zufallsbedingte Beitragsentwicklungen auszuschließen. Die erforderliche Mindestgröße, die sich in der Zahl der Versicherten bzw. der Höhe der gezahlten Entgelte ausdrückt, läßt sich nicht abstrakt definieren, sondern ist vom Einzelfall abhängig. Als Richtwert für die Überlegungen des Unfallversicherungsträgers haben wir eine in der Vergangenheit bewährte Größe von etwa 1.000 Vollzeitbeschäftigten mit den entsprechenden Lohnsummen genannt.

Wichtig ist, daß in jedem Fall sowohl die neue als auch die verbleibende Tarifstelle eine tragfähige Risikogemeinschaft bildet. Außerdem ist bei der Bildung neuer Tarifstellen, die sich auf bestimmte Tätigkeiten beziehen, auch an mögliche Nachteile zu denken, die durch erhöhten Verwaltungsaufwand entstehen können. Zur Erhaltung der Beitragsgerechtigkeit sind nämlich sowohl beim Unfallversicherungsträger als auch beim Unternehmen selbst die verschiedenen Tätigkeiten eindeutig zu ermitteln, zuzuordnen und tarifmäßig aufzubereiten.

Außerdem befürworten wir eine klare Abgrenzungsregelung, um fehlerträchtige Probleme bei der Einstufung in die Tarifstellen zu vermeiden. Die Genehmigungsfähigkeit einer neu eingerichteten Tarifstelle hängt auch davon ab, ob anhand einer mindestens dreijährigen Beobachtungszeit die dabei gewonnenen Erkenntnisse und Zahlen dargelegt wurden. Dieser Zeitrahmen ist notwendig, um Zufallsergebnisse auszuschließen.

Bei sonstigen Veränderungen der Tarifstellen, etwa durch Neubezeichnungen, haben wir darauf geachtet, daß damit keine Zuständigkeitserweiterungen verbunden waren.

In anderen Fällen wurde eine Umgruppierung der Tarifstellen angestrebt. Dies kann unvermeidlich sein, weil etwa die Mindestgröße einer Tarifstelle nicht mehr gewährleistet ist oder weil die Belastungsziffern der in einer Tarifstelle zusammengefaßten Gewerbebezweige sich nachhaltig auseinander-

der entwickelt haben. Bei Umgruppierungen innerhalb des Tarifgefüges kommt es deshalb in erster Linie darauf an, daß die Belastungsverhältnisse stimmen. Hierbei betrachtet das Bundesversicherungsamt insbesondere die errechnete Belastungsziffer des umgruppierten Gewerbebezugs im Vergleich zur Belastungsziffer der abgebenden und der aufnehmenden Tarifstelle. Die Umgruppierung darf dabei nicht zu Ungleichbehandlungen oder ungerechtfertigten Subventionierungen führen. Gegebenenfalls kann sich bei extremen Veränderungen zur ursprünglichen Gefahrklasse die Notwendigkeit ergeben, die neue Gefahrklasse abweichend festzusetzen oder im Laufe der Tarifperiode stufenweise anzupassen oder den Gewerbebezug in eine andere, den Belastungsverhältnissen eher entsprechende Tarifstelle einzugruppieren.

Die anstehenden Genehmigungsverfahren konnten wir in diesem Sinne erfolgreich abschließen.

Einführung eines Verfahrens zur Prämiengewährung

Im Jahr 2001 hatte das Bundesversicherungsamt erstmalig einen Antrag auf Genehmigung eines Prämienverfahrens nach § 162 Abs. 2 SGB VII zu prüfen.

Zwar sieht das Gesetz vor, daß der Unfallversicherungsträger für die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten Prämien gewähren kann, doch hatte bisher noch keine Berufsgenossenschaft von die-

ser Möglichkeit des § 162 Abs.2 SGB VII Gebrauch gemacht, da es sich in der Praxis als äußerst schwierig erwiesen hatte, eine den Gleichheitsgrundsatz beachtende Regelung zu finden.

Das Prämienverfahren ersetzt nicht das Zuschlags- und Nachlaßverfahren nach § 162 Abs. 1 SGB VII, sondern tritt daneben. Während das Zuschlags- und Nachlaßverfahren ausschließlich vom tatsächlichen Unfallgeschehen ausgeht, hat sich das Prämienverfahren an der Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen zu orientieren. Diese zeigt sich aber doch nur in der Menge der nicht-eingetretenen Schadensfälle. Da sich solche kaum messen lassen, werden statt dessen besondere organisatorische, personelle, technische oder sonstige Aufwendungen gewürdigt. Außer Betracht bleiben müssen dabei Maßnahmen, zu denen die Unternehmen ohnehin nach den Unfallverhütungsvorschriften oder sonstigen berufsgenossenschaftlichen Regelungen verpflichtet sind.

Die Gewährung der Prämien setzt zunächst voraus, daß in den Unternehmen analysiert wird, welchen Gefährdungen die Beschäftigten durch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten unterliegen. Sodann ist zu ermitteln, ob die Unternehmen besondere Maßnahmen ergriffen haben, um die Realisierung dieser Gefährdungen zu verhindern. Schließlich sind vom Unfallversicherungsträger abstrakt-generelle Beurteilungsmaßstäbe festzulegen, anhand derer sich bemißt, welche Prämien bei welchen besonderen Maßnahmen zu gewähren sind. Da alle Unternehmen eines Versicherungs-

trägers über die Beitragsumlage die Prämien mitfinanzieren, ist bei dieser Regelung auf die Einhaltung des Gleichheitsgrundsatzes zu achten. Dies wirft besondere Probleme auf, weil sich die Prämie nicht - wie der Beitragsausgleich - nur nach objektiven Merkmalen berechnen läßt. Bei Präventionsmaßnahmen sind immer auch Gefährdungen gegeben, die in der Person des Versicherten selbst begründet sind.

Wir haben das Konzept einer Berufsgenossenschaft zur Prämiengewährung eingehend geprüft. Die Berufsgenossenschaft hatte – was nicht erforderlich, aber zulässig ist - entschieden, die Prämiengewährung in ihre Satzung zu integrieren, so daß sie genehmigungsbedürftig war (§§ 34 Abs. 1 Satz 2 SGB IV i.V.m. 114 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Nachdem wir im Vorprüfungsverfahren die Berufsgenossenschaft beraten haben, konnte eine entsprechende Regelung in die Satzung aufgenommen werden.

3.2 Eingaben UV 2001

	mit Berichtspflicht		Allein BVA	Gesamt
	PADB	BMA		
UV				
Davon				
Gewerbl.BG	211	50	402	663
Landw. BG	3	0	13	16
Unfallkassen	0	2	0	2
UV gesamt	214	52	415	681
Alterssicherung der Landwirte				
	5	0	8	13
Zusatzversorgungen	0	0	0	0
Seemannskasse	0	0	1	1
Insgesamt	219	52	424	695

Umstrittener Datenschutz in der Unfallversicherung

Ein Versicherter, der eine Erwerbsunfähigkeitsrente bezog, da seine Asbestose als Berufskrankheit mit hundertprozentiger Erwerbsunfähigkeit anerkannt worden war, war gestorben. Erst eine Obduktion, zu der sich die Witwe von Ärzten hatte drängen lassen, ergab für den Tod eine andere Ursache als diese Berufskrankheit.

Das schriftliche Obduktionsergebnis hatte die Witwe der Berufsgenossenschaft zugeschickt, nachdem sie in einem Telefongespräch von der Berufsgenossenschaft dazu aufgefordert worden war. Der weitere Inhalt des Telefongesprächs - insbesondere bezüglich der Verpflichtung zur Übersendung sowie der möglichen Folgen - wird von den Beteiligten unterschiedlich geschildert. Die Berufsgenossenschaft hat die Gewährung von Hinterbliebenenleistungen abgelehnt, weil durch die Obduktion der gesetzlich vermutete Zusammenhang zwischen Tod und Berufskrankheit widerlegt sei. Hiergegen wandte sich die Witwe mit Widerspruch und Klage sowie einer Eingabe an den Petitionsausschuß.

Bei bestimmten Berufskrankheiten gilt der Tod als Folge der Berufskrankheit, dies regelt § 63 Abs. 2 S 1 SGB VII, wobei der letzte Halbsatz feststellt, daß eine Obduktion nicht gefordert werden darf. Sinn und

Zweck dieser Regelung ist der Schutz der Angehörigen in ihrem Schmerz. Wenn jedoch, wie im vorliegenden Fall die Obduktion bereits erfolgt war und die Witwe selbst das Ergebnis der Berufsgenossenschaft übermittelt hatte schien die Verwertung der Obduktionsergebnisse durch die Berufsgenossenschaft rechtlich zulässig zu sein.

Demgegenüber wies aber der Bundesbeauftragte für den Datenschutz, den die Petentin zwischenzeitlich ebenfalls eingeschaltet hatte, auf die Regelungen des § 67b SGB X zur Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten hin. Insbesondere muß der Betroffene stets schriftlich darüber informiert werden, zu welchem Zweck seine Sozialdaten erhoben werden sollen, und er muß gleichfalls schriftlich sein Einverständnis äußern, dies, damit der Betroffene Gelegenheit hat, seine Entscheidung in Ruhe abzuwägen. Hier war die geforderte Schriftform nicht gewahrt, was die weitere Nutzung der Daten ausschließt.

Wir haben deshalb die Berufsgenossenschaft aufgefordert, unter Berücksichtigung dieser Rechtsauffassung der Witwe einen neuen Bescheid zu übermitteln.

Hiergegen erhob jedoch die Berufsgenossenschaft massive Einwände, indem sie insbesondere darauf hinwies, daß der Datenschutz in diesem Falle dazu dienen würde, einen Zustand herbeizuführen, der der materiellen Rechtslage unstreitig widerspreche. Denn es sei unstreitig, daß der Versicherte nicht an einer Berufskrankheit verstorben sei und der Hinterbliebenen in-

sofern keine Leistungen zustünden. Der Witwe habe es schon aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht obliegen, das vorhandene Obduktionsergebnis der Berufsgenossenschaft vorzulegen. Im übrigen müsse der Ausgang des Sozialgerichtsverfahrens abgewartet werden.

Die Hinterbliebene hat die Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz auch in den Prozeß eingebracht, der noch nicht abgeschlossen ist. Falls das Sozialgerichtsverfahren mit einem von der Haltung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz abweichenden Ergebnis höchststrichterlich abgeschlossen werden sollte, entstünde eine interessante Rechtslage, für deren Finesse die Hinterbliebene allerdings kaum Verständnis haben dürfte und die den Gesetzgeber auf den Plan rufen sollte.

3.3 Aufsichtsprüfungen

Beschleunigung der Feststellungsverfahren

Im Rahmen unserer Aufsichtsprüfungen konnten wir feststellen, daß die Versicherungsträger dem in § 17 Abs. 1 SGB I verankerten Beschleunigungsgebot im Feststellungsverfahren weitestgehend Rechnung tragen. Durch personelle und strukturelle Optimierung werden Verzögerungen auf ein Minimum reduziert.

Doch die Entwicklung geht unablässig weiter. Ziel ist es, die Feststellungsverfahren insgesamt zu verkürzen und mögliche Ursachen für Verzögerungen von Anfang

an auszuschließen. Hierbei leistet traditionell die EDV wertvolle Unterstützung. Automatische Terminvorgaben steuern beispielsweise die Verfahren engmaschig und zielgerichtet. Nicht zuletzt auf unsere Empfehlung erschließen immer mehr Unfallversicherungsträger Optimierungspotentiale, indem sie innovative Ideen in die tägliche Praxis umsetzen. Als Stichworte mögen das frühzeitige und gleichzeitig parallele Ermitteln verschiedener Sachverhalte, das Messen von Durchlaufzeiten oder die bei bestimmten komplikationslosen Verletzungsmustern mögliche Bescheiderteilung ohne Gutachten genügen.

Diese Entwicklung befriedigt in zweifacher Hinsicht, denn „schlanke“ Verwaltungsvorgänge dienen nicht nur dazu, dem Bürger die ihm zustehenden Sozialleistungen zügig zukommen zu lassen, sondern sie verbessern auch die Wirtschaftlichkeit der Verwaltung.

Der Beratende Arzt im Verwaltungsverfahren

Der Beratende Arzt ist Teil der Verwaltung. Dies nach außen darzustellen, fordern wir seit geraumer Zeit. Unsere Prüfungen zeigen, daß dem nun entsprochen wird, da der Beratende Arzt, soweit er in das Verwaltungsvorgang bei den Unfallversicherungsträgern eingebunden war und als Teil der Verwaltung medizinische Sachverhalte zu klären hatte, in den entsprechenden Bescheiden nicht mehr namentlich, auch nicht mit seiner Funktion, genannt wurde. Die Stellungnahme des Beratenden Arztes ist nämlich, wie bereits im Tätigkeitsbericht

1999 ausgeführt, kein Sachverständigen-gutachten im Sinne des § 21 SGB X.

Im übrigen haben wir verschiedenen Unfallversicherungsträgern empfohlen, den Beratenden Arzt nur noch in den Fällen einzuschalten, in denen sein Votum wirklich erforderlich ist.

3.4 Alterssicherung der Landwirte

Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Verschlinkung der Organisationsstrukturen, das Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven und sparsamer Umgang mit den eingesetzten Bundesmitteln sind die Ziele des am 1. August 2001 in Kraft getretenen Gesetzes über die Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVOrgG), dessen Neuregelungen unsere Arbeit im Berichtsjahr auf verschiedenen Gebieten beeinflußt haben.

Bundesarbeitsgemeinschaft landwirtschaftliche Sozialversicherung

Aufgabe der „Bundesarbeitsgemeinschaft Landwirtschaftliche Sozialversicherung“ ist es, für die koordinierte Umsetzung des LSVOrgGesetzes zu sorgen, auftretende Probleme einer Lösung zuzuführen und auch auf diese Weise für eine effektive Verwendung der Bundesmittel zu sorgen.

Wir haben neben Vertretern des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) bereits regelmäßig an den vom Bundesministerium für Verbraucherschutz,

Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) geleiteten Sitzungen teilgenommen.

Satzungen

Die Satzung des Gesamtverbandes der landwirtschaftliche Alterskassen (GLA) mußte aufgrund der umfangreichen Gesetzesänderungen durch das LSVOrgG neu gefaßt werden, ebenso die Mustersatzung für die landwirtschaftlichen Alterskassen. Wir haben die entsprechenden Entwürfe geprüft. Voraussichtlich kann das Genehmigungsverfahren im Jahr 2002 abgeschlossen werden.

Entwurf der „Alterssicherung der Landwirte-Datenabgleichs-Verordnung“

Die Datenabgleichs-Verordnung zur Alterssicherung der Landwirte (AdL-DAV) regelt die Einzelheiten des Datenabgleichsverfahrens zwischen den landwirtschaftlichen Alterskassen und den Finanzbehörden. Der BMA ist zu einer solchen Verordnung durch eine entsprechende Änderung im Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) ermächtigt worden (§ 61a Abs. 2) und hat einen entsprechenden Entwurf vorgelegt

Der Verwaltungsaufwand, der bei den landwirtschaftlichen Alterskassen im Zusammenhang mit der Überprüfung der Berechtigung und der Höhe von Beitragszuschüssen nach §§ 32 ff. ALG entsteht, ist erheblich. Vielfach ignorieren die Zuschußempfänger ihre Verpflichtung zur Vorlage des Einkommenssteuerbescheides

– die auch für den nicht dauernd von ihm getrennt lebenden Ehegatten besteht - (§ 32 Abs. 4 Satz 1 ALG), so daß erhebliche Überzahlungen mit entsprechendem Rückforderungsaufwand entstehen. Indem das LSVOrgG nun den Finanzbehörden die Verpflichtung auferlegt, die landwirtschaftlichen Alterskassen über die Erteilung eines neuen Einkommensteuerbescheides zu informieren, soll dieser Aufwand künftig deutlich verringert werden. Unsere Änderungsvorschläge zum Entwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung haben wir in einer ausführlichen Stellungnahme unterbreitet.

Ahndung der Verletzung von Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten

Der Bundesrechnungshof (BRH) hatte das Bundesversicherungsamt gebeten, aufsichtsrechtlich darauf hinzuwirken, daß die landwirtschaftlichen Alterskassen zukünftig Verletzungen von Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten ahnden (§ 320 SGB VI). Wir konnten dem nicht entsprechen, denn die Anwendung dieser Bußgeldvorschrift scheidet aus, weil in § 73 Abs. 1 ALG nicht ausdrücklich auf § 320 SGB VI verwiesen wird. Auch für Bußgeldvorschriften gelten die erhöhten Bestimmtheitsanforderungen des Art. 103 Abs. 2 Grundgesetz (GG), die einfachgesetzlich durch § 3 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten (OWiG) konkretisiert werden. Hiernach ist jede Rechtsanwendung, die über den Inhalt einer gesetzlichen Sanktionsnorm hinausgeht, ausgeschlossen.

Dennoch kann die mangelnde Auskunftsbereitschaft von Versicherten nicht hingenommen werden, und Verstöße gegen die Auskunfts- und Mitteilungspflicht können auf dem Wege einer Kooperation mit den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (LBGen) bzw. landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKKen) geahndet werden. Sofern ein Landwirt seinen Pflichten nach § 73 Abs. 1 ALG nicht nachkommt, hat die landwirtschaftliche Alterskasse (LAK) die Möglichkeit und das Recht, gem. § 73 Abs. 2 Nr. 1 ALG auf den Datenbestand der LBG bezüglich der Führung eines landwirtschaftlichen Betriebes zurückzugreifen. Hinsichtlich der Angaben über mitarbeitende Familienangehörige sind die landwirtschaftlichen Krankenkassen gegenüber der LAK gem. § 73 Abs. 3 ALG auskunftspflichtig. Sofern der Auskunftspflichtige gegenüber der zuständigen LBG keine Auskünfte erteilt hat, kann diese ihr Auskunftsbegehren auch durchsetzen, indem sie zum Beispiel ein Bußgeld verhängt (§ 209 SGB VII); die LKK kann dies gem. § 57 Abs. 1 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989).

Beitragsrückstände

Für den Bund sind Beitragsrückstände schwer hinnehmbar, denn Einnahmeausfälle bei den landwirtschaftlichen Alterskassen müssen aufgrund der bestehenden Defizithaftung vom Bund zumindest vorfinanziert werden. Auch im Jahr 2001 war es darum unser Anliegen, daß die Alterskassen bestehende Beitragsrückstände ab-

bauen und fällige Beiträge möglichst umfassend und zügig einziehen.

Betriebs- und Haushaltshilfen

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat uns um eine Stellungnahme zu der Frage gebeten, ob die ständige Beschäftigung eines einzelnen Arbeitnehmers oder Familienangehörigen der Gewährung einer Betriebs- oder Haushaltshilfe gem. §§ 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3, 37 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 ALG entgegensteht. Während das BMA und das BMVEL der Auffassung sind, daß nur landwirtschaftliche Unternehmen ohne Arbeitnehmer oder mitarbeitende Familienangehörige Betriebs- und Haushaltshilfen für sich in Anspruch nehmen können, vertritt der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (GLA) mit Blick auf die vom Gesetzgeber gewählte Pluralfassung („keine Arbeitnehmer oder mitarbeitenden Familienangehörigen“) den gegenteiligen Standpunkt. Die Auslegungsfrage hat praktische Bedeutung erlangt, nachdem durch das Gesetz zur Änderung des Wohngeldgesetzes und anderer Gesetze (BGBl. I 1999, S. 2671 ff.) die ehemals für den GLA bestehende Möglichkeit entfallen ist, durch Erlaß allgemeiner Richtlinien die Gewährung von Betriebs- und Haushaltshilfen auch auf Unternehmen zu erstrecken, in denen Arbeitnehmer und mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt sind.

Wir sind zu dem Ergebnis gelangt, daß Wortlaut und Gesetzesmaterialien eher für

die von den Ministerien vertretene Auffassung sprechen. Dennoch läßt sich aufgrund des derzeitigen Erkenntnisstandes ein Rechtsverstoß des GLA nicht mit einer Eindeutigkeit feststellen, die für eine Auf-

sichtsmaßnahme erforderlich wäre. Wir haben daher gegenüber dem BMA angeregt, den Auslegungstreit möglichst durch eine Lösung auf dem Wege der Gesetzgebung beizulegen.

4. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

- 4.1 Selbstverwaltung
- 4.2 Personal- und Dienstrecht
- 4.3 Vermögenswirtschaft
- 4.4 Gerichtsverfahren

4. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

4.1 Selbstverwaltung

Schaffung neuer Arbeitsplätze in den neuen Bundesländern durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Aufgrund des Beschlusses der Unabhängigen Föderalismuskommission aus dem Jahre 1992 ist die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) gehalten, Arbeitsplätze in den neuen Ländern zu schaffen (1000 in Gera und 2000 in Stralsund). Gleichzeitig sollen am Stammsitz in Berlin Arbeitsabläufe und Strukturen durch Umorganisation der Leistungsabteilungen effizienter gestaltet werden.

Wir haben festgestellt, daß der zweite Verlagerungsschritt, der für den 1. Januar 2001 geplant gewesen war, auf den 1. Oktober 2001 verschoben werden mußte. Der nächste Verlagerungstermin (geplant für Mitte 2002) wird ebenfalls nicht eingehalten werden können. Es ist nicht auszuschließen, daß die Vorgaben der Föderalismuskommission sowie die möglichen Einsparungspotentiale nicht erreicht werden können.

Das Bundesversicherungsamt hat wiederholt darauf hingewiesen, daß es personalwirtschaftlich bedenklich ist, nicht genügend erfahrene Mitarbeiter zur Einarbeitung der Berufsanfänger in Gera und Stral-

sund abzuordnen. Die BfA hat demgegenüber darauf hingewiesen, daß es sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht keine Unterschiede zu den Leistungsabteilungen in der Hauptverwaltung gebe. Die BfA hat dies auch damit begründet, daß die jungen Mitarbeiter in den Außenstellen sehr gut ausgebildet seien.

Ob die Fehlerquoten signifikant voneinander abweichen, werden wir noch prüfen. Aber selbst wenn der Leistungsstandard dort gleich sein sollte, könnte die Effizienz der Arbeit in den Außenstellen weiter gesteigert werden, indem eine größere Anzahl von erfahrenen Mitarbeitern nach Gera und Stralsund abgeordnet und mehr Berufsanfänger in der Hauptverwaltung ausgebildet würden. Persönliche Belange von Mitarbeitern der BfA, die eine Abordnung ablehnen, haben dabei gegenüber der Funktionsfähigkeit der Außenstellen zurückzustehen, zumal es sich bei diesen Personalmaßnahmen um zeitlich begrenzte Veränderungen handeln würde und der betroffene Personenkreis auch unter dem Gesichtspunkt der Sozialverträglichkeit ausgewählt werden kann.

Solange hier keine befriedigende Situation erreicht ist, bleibt die Verlagerung Gegenstand unserer kritischen Aufsicht, und wir werden weiterhin die Nutzung von Einsparungsmöglichkeiten einfordern.

4.2 Personal- und Dienstrecht

Alle Jahre wieder: Mängel im Beschaffungswesen

Erhebliche Mängel bei der Vergabe von öffentlichen Aufträgen mußten wir leider - nicht anders als in den Vorjahren - auch für 2001 feststellen. Zunehmend wurde das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger gebeten, Vergabeverfahren zu überprüfen. Auch die Vergabekammer des Bundes beim Bundeskartellamt ist in zwei uns bekannt gewordenen Fällen angerufen worden. In einem dieser Fälle hat die Vergabekammer die Ausschreibung wegen schwerer Mängel aufgehoben.

Die einschlägigen Vergabevorschriften sind bei der Vergabe öffentlicher Aufträge unbedingt einzuhalten, und wir weisen noch einmal nachdrücklich darauf hin.

Öffentliche Auftraggeber haben bei der Vergabe von Liefer- und Dienstleistungsaufträgen ab einem geschätzten Auftragswert von 200.000 € ohne Umsatzsteuer in der Regel ein EU-weites Ausschreibungsverfahren durchzuführen (§§ 98 und 99 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) in der Fassung vom 26. August 1998). Die Schwellenwerte sind nunmehr in § 2 der Vergabeverordnung (VgV) vom 9. Januar 2001 genannt.

Ab Erreichen dieses Schwellenwertes haben gemäß § 4 Abs. 1 VgV öffentliche Auftraggeber nach § 98 Abs. 1-3 GWB bei

der Vergabe von Liefer- und Dienstleistungsaufträgen grundsätzlich den zweiten Abschnitt des Teils A der Verdingungsordnung für Leistungen (VOL/A) in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. August 2000 anzuwenden. Dabei hat Vorrang das Offene Verfahren, das national der Öffentlichen Ausschreibung entspricht. In begründeten Fällen können Aufträge auch auf dem Wege des nicht Offenen Verfahrens (der Beschränkten Ausschreibung) vergeben werden. Bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen können Aufträge auch im Verhandlungsverfahren, entspricht national der Freihändigen Vergabe, vergeben werden.

Spektakulärster Fall, den wir im Rahmen unserer Aufsichtsprüfungen ermittelt haben, war die Freihändige Vergabe eines Druckauftrages durch einen Sozialversicherungsträger mit einem Auftragswert von ca. 950.000 DM.

Der Träger hat diese Verfahrensweise - von ihm als Beschränkte Ausschreibung bezeichnet - mit der besonderen Dringlichkeit begründet. Besondere Dringlichkeit liegt aber nur dann vor, wenn die Fristen nach § 18 a VOL/A nicht eingehalten werden können. Hinzu kommen muß, daß die besondere Dringlichkeit auf keinen Fall dem Verhalten des Auftraggebers zuzurechnen sein darf. Besondere Dringlichkeit lag hier schon deshalb nicht vor, weil der Träger erst rund neun Monate nach Festlegung der Verfahrensweise den Auftrag vergeben hatte. Im übrigen gelten bei der Freihändigen Vergabe wegen Dringlichkeit (§ 3 Nr. 4 Buchst. f) VOL/A) die glei-

chen Voraussetzungen wie bei dem Verhandlungsverfahren nach § 3 a Nr. 2 Buchst. d).

Nach Beratung durch das Bundesversicherungsamt hat der Träger nunmehr versichert, den Vertrag zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kündigen und den Auftrag unter Beachtung der einschlägigen Vergabebestimmungen neu auszuschreiben. Dies werden wir überprüfen.

In dem Fall, in dem die Vergabekammer des Bundeskartellamtes das laufende Vergabeverfahren aufgehoben hat, wird der Träger durch das Bundesversicherungsamt im Rahmen der Neuausschreibung des Auftrages bei der Anwendung der Vergabevorschriften aufsichtsrechtlich begleitet und beraten.

Zudem werden wir auch weiterhin kritisch prüfen, ob unterhalb des Schwellenwertes von 200.000 € ohne Umsatzsteuer bei der Vergabe von Liefer- und Dienstleistungsaufträgen die maßgeblichen Bestimmungen der VOL/A eingehalten werden. Auch insoweit gilt grundsätzlich der Vorrang der Öffentlichen Ausschreibung (§ 3 Nr. 2 VOL/A).

Wiedergutmachung für NS-Opfer - Verfahren der Kommission der Bundesrepublik Deutschland nach dem Entschädigungsrentengesetz (ERG)

Im Jahre 2001 wurden noch 19 Anträge auf Bewilligung einer Entschädigungsrente nach § 3 ERG gestellt.

Über sechs Anträge hat die Kommission der Bundesrepublik Deutschland zum Versorgungsruhens- und Entschädigungsrentengesetz förmlich durch Beschluß nach § 3 Abs. 3 Satz 1 ERG entschieden. Sie hat dem Bundesversicherungsamt darin vorgeschlagen, die Anträge wegen Nichterfüllung der Bewilligungsvoraussetzungen des § 3 Abs. 1 Buchst. b) ERG abzulehnen. Dem sind wir gefolgt.

In vier weiteren von der Kommission geprüften Fällen lagen die Bewilligungsvoraussetzungen des § 3 Abs. 1 ERG ebenfalls nicht vor. Auf Vorschlag der Kommission nahmen drei Antragsteller die Anträge zurück und erklärten sich zur Verfahrensbeschleunigung bereit, ihre Unterlagen an das Bundesministerium der Finanzen weiterzuleiten. Dort - oder durch Oberfinanzdirektionen - wird geprüft, ob ihnen Entschädigungsleistungen nach anderen Regelungen zustehen. Über die übrigen Anträge muß die Kommission noch entscheiden; in einem Fall jedenfalls förmlich durch Beschluß.

Entzug von Wiedergutmachungsleistungen aufgrund von Verstößen gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder der Rechtsstaatlichkeit

In zwei Fällen hat das Bundessozialgericht (BSG) die Bescheide des Bundesversicherungsamtes zu § 5 Abs. 1 ERG wegen formeller Rechtswidrigkeit aufgehoben. Es ist der Auffassung, daß nach Anhörung der Betroffenen durch die Kommission, die zur Aufklärung des Sachverhalts nach

§ 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB X zu erfolgen hat, vor Bescheiderteilung das Bundesversicherungsamt die Beteiligten nochmals zu den bereits erhobenen Vorwürfen nach § 24 Abs. 1 SGB X hätte anhören müssen. Die Kommission konnte in beiden Fällen die Verfahren erneut aufgreifen. Dies war möglich, weil das BSG die Bescheide nur aus formellen Gründen aufgehoben hatte. In beiden Fällen wird den Beziehern von Wiedergutmachungsleistungen wegen erlittenen NS-Unrechts vorgeworfen, im Rahmen ihrer leitenden Funktionen im Ministerium für Staatssicherheit der DDR in erheblichem Maße gegen die Grundsätze der Menschlichkeit und Rechtsstaatlichkeit i. S. v. § 5 Abs. 1 ERG verstoßen zu haben, so daß über Kürzung bzw. Aberkennung von Wiedergutmachungsleistungen zu entscheiden ist.

Die Kommission wird darüber hinaus auch einige weitere Verfahren erneut aufgreifen. Dies betrifft Fälle, in denen Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entsprechend der Auffassung des BSG die Bescheide des Bundesversicherungsamtes aus dem gleichen Grund aufgehoben haben. Auch stehen drei weitere Entscheidungen des BSG zu § 5 Abs. 1 ERG noch aus. Auch hier wird die Kommission die Verfahren wieder aufgreifen müssen, da damit zu rechnen ist, daß die Bescheide ebenfalls wegen der fehlenden zweiten Anhörung keinen Bestand haben werden.

Zudem wird die Kommission in Einzelfällen vorsorglich nochmals zum Zwecke der Sachverhaltsaufklärung eine Anhörung

nach § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB X durchführen. Die Kommission hält dies dann für erforderlich, wenn ihr erst nach Beschlußfassung neue Tatsachen über die Verstrickung von Betroffenen in Unrechthandlungen bekannt wurden. Die Kommission beabsichtigt, in diesen Fällen, in denen auch Verfahren bei den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit anhängig sind, durch Ergänzungsbeschluß dem Bundesversicherungsamt nach § 5 Abs. 2 ERG vorzuschlagen, die ursprünglichen Bescheide durch neue zu ersetzen. Diese werden nach § 96 Abs. 1 SGG Gegenstand des Verfahrens. Das Einbringen neuer Vorwürfe in die anhängigen Gerichtsverfahren außerhalb eines Bescheides scheidet aus. Nicht im Bescheid des Bundesversicherungsamtes nach § 5 Abs. 1 ERG zum Vorwurf gemachte Grundsatzverstöße stellen nach der Rechtsprechung ein unzulässiges Nachschieben von Gründen dar.

Schutz sensibler Daten bei Übermittlung per Fax und E-mail

Da die neueren Kommunikationstechniken in unserer Gesellschaft erheblich an Bedeutung gewinnen, erfordert dies von allen Beteiligten verstärkte Sensibilität und Konsequenz.

Beeinträchtigungen des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung sind grundsätzlich irreparabel. Unverschlüsselte Telekommunikation per Fax oder E-mail ist bekanntermaßen ebenso schutzlos wie der Gebrauch einer Postkarte. Die Risikobereitschaft bei den Versendern ist aber er-

schreckend hoch und fordert entschlossenes Eingreifen, auch durch Ausbildung und Sanktionen.

Im Rahmen unserer Beratungs- und Aufsichtstätigkeit haben wir wiederholt festgestellt, daß bundesunmittelbare Träger der gesetzlichen Sozialversicherung bei der Übermittlung von Sozialdaten und weiteren personenbezogenen Daten per Fax oder E-mail die gebotenen datenschutzrechtlichen Vorkehrungen außer acht gelassen haben.

In der Regel fallen solche Verstöße auf, wenn durch Nachlässigkeit in der Adressatenwahl die Nachricht an einen unberechtigten Empfänger fehlgeleitet wird.

Ungewollte oder zielgerichtete Verletzungen des Datenschutzes sowie Risiken im Bereich der Authentizität lassen sich in diesem Zusammenhang nur wirksam durch den Einsatz von Sicherheitstechnik, die Vertraulichkeit und Verbindlichkeit gewährleistet, verhindern. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erprobt im Projekt SPHINX Verfahren zur elektronischen Signatur und zur Verschlüsselung, und wir beobachten die dortigen Erkenntnisse mit großem Interesse.

Solange geeignete Verschlüsselungstechniken für den Datenaustausch im Sozialversicherungsbereich im Einzelfall nicht zur Verfügung stehen oder nicht angewandt werden können, bleibt nur die Möglichkeit des Briefverkehrs. Ein Träger der Sozialversicherung darf aber ausnahmsweise auf Initiative eines Versi-

cherten sensible Daten per Fax oder E-mail übermitteln, wenn der Betroffene zuvor schriftlich eingewilligt hat und das datenschutzrechtliche Risiko selber tragen will.

Ausgaben für Kindertageseinrichtungen und Familienservice

Über 240.000 DM zahlte ein Sozialversicherungsträger im Jahr 2000 einem privaten „Familien-Service-Unternehmen“, das den Mitarbeitern des Trägers mit Informationen über Kinderbetreuungsmöglichkeiten zur Verfügung steht. Der Familienservice wies den Eltern freie Plätze in öffentlichen Einrichtungen nach oder vermittelte private Betreuer. Mit im Service-Spektrum fand sich unter anderem auch die Vermittlung von Betreuungsmöglichkeiten während der Ferienzeiten.

Gegen diese Unterstützung des Personals hatte der Bundesrechnungshof massive Bedenken erhoben. Es sei nicht Aufgabe der Versicherungsträger, die Kosten für die Vermittlung von Kinderbetreuungsmöglichkeiten zu tragen.

Wir dagegen haben in ausführlichen Stellungnahmen dem Bundesrechnungshof und dem betroffenen Träger erläutert, daß diese Leistungen durchaus dem Personaleinsatz, der Personalgewinnung und der Personalerhaltung dienen und damit aus personalwirtschaftlichen Gründen erfolgen. Daher handelt es sich bei den diesbezüglichen Aufwendungen um solche, die zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Versicherungsträger erforderlich sind

und damit um Verwaltungskosten im Sinne des § 30 Abs. 1 SGB IV.

Als Beitrag zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützen sie außerdem den Zweck des zweiten Gleichberechtigungsgesetzes. Grenzen sind allerdings da zu ziehen, wo es nicht mehr um Unterstützung zur Kontinuität des Dienstbetriebes, sondern um davon losgelöste Anliegen geht, wie die Vermittlung von Ferienplätzen.

Ein anderer Sozialversicherungsträger betreibt für seine Mitarbeiter eine eigene Kindertagesstätte nahe dem Verwaltungsgebäude. Betreut werden Kinder im Alter von vier Monaten bis zu sechs Jahren. Die Einrichtung ist voll ausgelastet. Träger und Eltern entrichten anteilig Betriebskosten und das Land leistet Zuschüsse. Wir halten entgegen der Auffassung des Bundesrechnungshofes die Aufwendungen für die Kindertagesstätte für zulässig (§ 30 Abs. 1 SGB IV). Wir sind mit dem Träger der Auffassung, daß die Bereitstellung von Unterbringungsmöglichkeiten für Kinder der Personalerhaltung und der Personalgewinnung dient. Zudem hat der Träger uns gegenüber nachvollziehbar begründet, daß alternative Möglichkeiten der Kinderbetreuung in Betriebsnähe und zu Öffnungszeiten, die berufstätigen Eltern Spielraum lassen, nicht bestehen.

Übernahme von Kinderbetreuungskosten

Die Übernahme von Kinderbetreuungskosten ist hingegen unzulässig. Im Rah-

men einer Turnusprüfung haben wir festgestellt, daß ein Unfallversicherungsträger aufgrund einer Dienstvereinbarung des Vorstandes mit dem Personalrat Mitarbeitern Kinderbetreuungskosten erstattet. Im September 2001 erhielten 18 Mitarbeiter Zuschüsse. Im Jahr 2000 betrug der Aufwand insgesamt rund 27.000 DM. Im Kern stützt der Träger seine Auffassung, die Übernahme solcher Kosten sei zulässig, darauf, daß es sich hierbei nicht um Entgelt, sondern um notwendige Aufwandsentschädigungen handele.

Wir können dies nicht erkennen, da das Bundesbesoldungsgesetz Aufwandsentschädigungen klar definiert als finanzielle Aufwendungen, die aufgrund dienstlicher Veranlassung entstehen und deren Übernahme den Beamten (hier: DO-Angestellten) nicht zugemutet werden kann (§ 17 Satz 1 BBesG).

Nach der getroffenen Regelung des Trägers erhalten nur solche Beschäftigte den Zuschuß, die nach Inanspruchnahme eines Erziehungsurlaubs von mindestens 6 Monaten spätestens drei Jahre nach der Geburt ihres Kindes ihre berufliche Tätigkeit bei der Berufsgenossenschaft wieder aufnehmen. Wir sehen durchaus, daß damit im dienstlichen Interesse des Trägers erreicht wird, eingearbeitete Mitarbeiter, die ansonsten noch länger ausfallen würden, frühzeitig zur Rückkehr an ihren Arbeitsplatz zu bewegen. Dies kommt auch dadurch zum Ausdruck, daß bei dem Träger Mitarbeiterinnen, die unmittelbar nach den Schutzfristen ihre Arbeit wieder aufnehmen, von der Bezuschussung ausgenom-

men sind, weil in diesen Fällen kein besonderer Anreiz zur Rückkehr geschaffen werden muß.

Diese Beweggründe der Berufsgenossenschaft stellen aber keine dienstliche Veranlassung im Sinne von § 17 Satz 1 Bundesbesoldungsgesetz dar. Vielmehr beruht die Entscheidung, aufgrund der zusätzlichen Leistungsgewährung die Arbeit wieder aufzunehmen, auf einer freien Willensentschließung der betroffenen Mitarbeiter.

Kinderbetreuungskosten, die auch durch den Bezug von Kindergeld und den Familienzuschlag jedenfalls zum Teil abgedeckt werden, gehören zu den Aufwendungen der allgemeinen Lebensführung. Die Übernahme dieser Kosten stellt eine Geldleistung an die betroffenen Mitarbeiter dar. Soweit es die DO-Angestellten betrifft, sind diese Leistungen nicht durch die besoldungsrechtlichen Regelungen des Beamtenrechts gedeckt, und damit nach Art. VIII des 2. Besoldungsvereinheitlichungsgesetzes untersagt.

Die höhere Wirtschaftlichkeit einer Übernahme von Kinderbetreuungskosten gegenüber der Einrichtung einer Kindertagesstätte durch die Träger kann hier schon deshalb nicht ins Feld geführt werden, weil der besondere Vorteil eines Betriebskindergartens - nämlich die enge räumliche Beziehung zum Betrieb und die damit verbundenen Vorteile für die beschäftigten Elternteile - im geprüften Fall durch die externe Unterbringung der Kinder nicht erzielt wird. Aber selbst wenn ein Be-

triebskindergarten bestünde, dürften die Mitarbeiter durch die Unterbringung in dieser Einrichtung keinen unmittelbaren geldwerten Vorteil erlangen. Eine Kostenbeteiligung der Eltern wie bei der Inanspruchnahme kommunaler bzw. städtischer Einrichtungen wäre dann unabdingbar. Diese Auffassung haben wir bereits im Jahre 1992 vertreten und bekannt gemacht. Danach wäre die Übernahme oder Bezuschußung von Kinderbetreuungskosten selbst dann nicht tolerierbar, wenn der Träger eine Kindertagesstätte unterhielte.

Aus den vorgenannten Gründen haben wir den Träger aufgefordert, die Vereinbarung mit dem Personalrat zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kündigen.

4.3 Vermögenswirtschaft

Genehmigungsbescheide

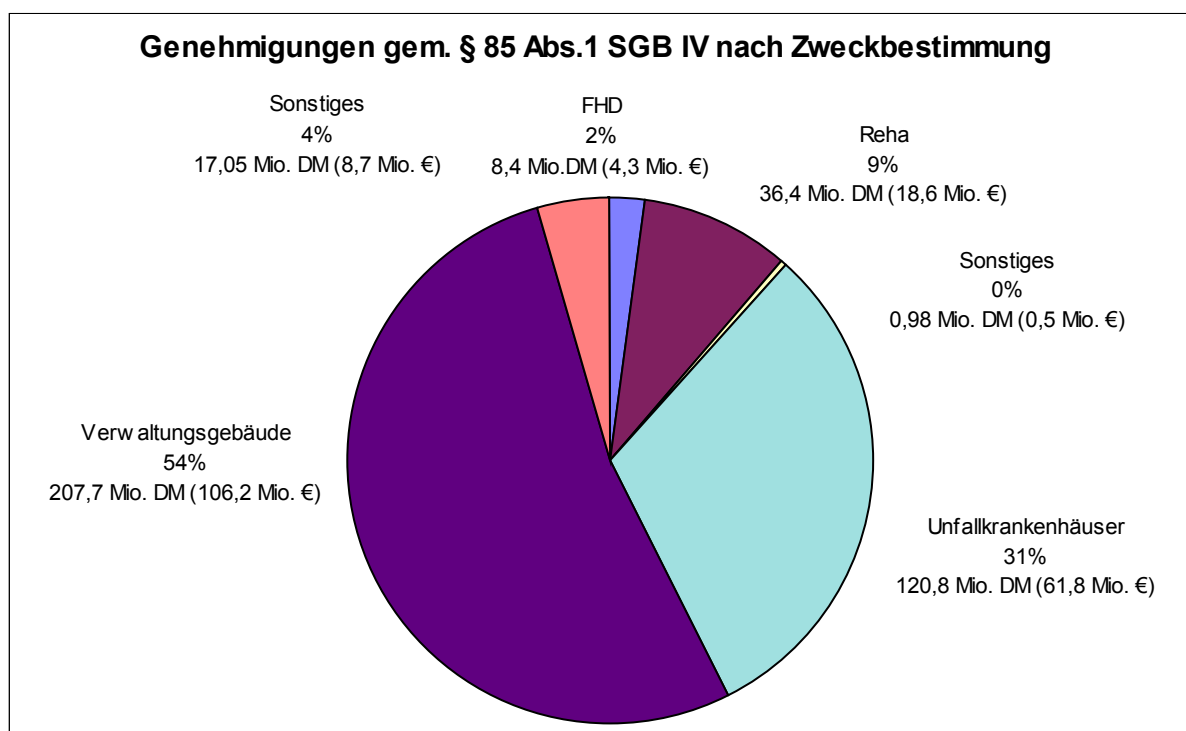
Aufgrund der in § 85 SGB IV vorgeschriebenen Genehmigungspflicht bestimmter Vermögensanlagen ergingen im vergangenen Jahr Genehmigungsbescheide in Höhe von insgesamt 391,3 Millionen DM (200 Millionen €), die sich - im Vergleich zum Vorjahr - wie folgt verteilen:

Genehmigungs- gegenstand	Genehmigungsvolumen in Millionen DM	
	2000	2001 (€)
Darlehen	71,3	24,1 (12,3)
Beteiligungen	69,8	96,3 (49,2)
Erwerb von Grundstücken	60,9	46,4 (23,7)
Errichten und Erweitern von Gebäuden	127,7	224,5 (114,8)
Summe	332,5	391,3 (200)

Auf die Durchführung von Baumaßnahmen entfielen 31 Genehmigungen, auf Darlehensanträge 71, auf Beteiligungen 97 und auf den Erwerb von Grundstücken insgesamt 6 Genehmigungen. Entgegen dem fallenden Konjunkturtrend nahm das

Gesamtgenehmigungsvolumen noch einmal zu. Das Konjunkturtief schränkte insgesamt die Investitionsbereitschaft der Sozialversicherungsträger noch nicht ein. Der jährliche Investitionsbedarf lag 17 Prozent über dem des Vorjahres.

Nach ihrer Zweckbestimmung lassen sich die Genehmigungen folgendermaßen zuordnen:



Im Jahr 2001 beaufsichtigte das Bundesversicherungsamt 147 laufende Baumaßnahmen, davon wurden uns 28 Abschlußberichte vorgelegt. Wir prüften in diesem Zusammenhang Baukostenabrechnungen in Höhe von insgesamt 532,5 Millionen DM (272,3 Millionen €), verbunden mit zahlreichen örtlichen Erhebungen beim Versicherungsträger. Das Fachreferat hat im Geschäftsjahr 2001 somit an Investitionen von insgesamt 923,8 Millionen DM (472,3 Millionen €) mitgewirkt.

Vermögensverwaltung nach dem Sozialversicherungsvermögensgesetz

Nach dem Gesetz zur Regelung von Vermögensfragen der Sozialversicherung im Beitrittsgebiet vom 20. Dezember 1991 (Sozialversicherungsvermögensgesetz, SVVermG) sind Befugnisse und nicht erledigte Aufgaben der Überleitungsanstalt Sozialversicherung und deren Geschäftsführers auf den Präsidenten des Bundesversicherungsamtes übergegangen. Dabei

handelt es sich zum einen darum, das unbewegliche Vermögen (Immobilien) der Sozialversicherung der DDR abzuwickeln, zum anderen geht es um sonstiges Vermögen, zum Beispiel um hypothekarisch gesicherte Forderungen, sowie um Vermögenswerte wie Sparguthaben der Sozialversicherung der DDR.

Immobilien

Bis Ende 2001 konnten 785 bebaute und unbebaute Grundstücke sowie selbständiges Gebäudeeigentum als Vermögen der Sozialversicherung in den neuen Bundesländern ermittelt und zuordnet werden. Drei neue Zuordnungsbescheide hat der Präsident des Bundesversicherungsamtes in seiner vorgenannten Funktion im Jahr 2001 nach § 2 Abs. 5 SVVermG erlassen. Nach dieser Regelung sind Grundstücke oder Gebäude an das Bundesland, in dem sie sich befinden, unentgeltlich zu übertragen, sofern die Sozialversicherungsträger oder deren Verbände kein Eigenerwerbsinteresse an dem Objekt bekunden (§ 2 Abs. 1 SVVermG).

Da die Rechtslage, insbesondere bei der Abgrenzung der Zuständigkeit des Präsidenten des Bundesversicherungsamtes gegenüber Zuständigkeiten der Präsidenten von Oberfinanzdirektionen oder der Bundesanstalt für vereinigungsbedingte Sonderaufgaben, nicht immer eindeutig war, haben die Behörden hier Abstimmungen gesucht.

In einem Einzelfall mußte nach Zuordnung einer Liegenschaft gegen den Erwerber Klage wegen Zahlung von Verzugszinsen

in Höhe von fast 500.000 DM erhoben werden. Dem Erwerber war Sozialversicherungsvermögen mit der Auflage übertragen worden, bei Weiterveräußerung den Verkaufserlös abzuführen. Nachdem der Veräußerungserlös aber trotz Mahnung mit erheblicher Verspätung überwiesen worden war, wurden Verzugszinsen von fast 500.000 DM fällig, die der Präsident des Bundesversicherungsamtes einklagen mußte.

Die sogenannten Zweckbindungsklauseln in den Zuordnungsbescheiden sind auch im Berichtsjahr Gegenstand mehrerer Anfragen gewesen. Immer wieder fragen Erwerber, ob Auflagen in den Zuordnungsbescheiden aufgehoben werden können. Der jeweilige Erwerber hatte sich in diesen Fällen verpflichtet, für die Dauer von zwanzig Jahren die zugeordnete Liegenschaft für soziale Zwecke zu nutzen. Der Präsident des Bundesversicherungsamtes als Abwickler der Überleitungsanstalt Sozialversicherung mußte die Aufhebung entsprechender Auflagen ablehnen, da es ohne die soziale Zweckbindung nicht zu einer Zuordnung der Liegenschaft an den jeweiligen Erwerber gekommen wäre, sondern das Grundstück/Gebäude einem Sozialversicherungsträger zugeordnet worden wäre. Infolgedessen ist an den Zweckbindungsklauseln festzuhalten.

Hypothekarisch gesicherte Forderungen

Als Treuhänder des Gesamthandsvermögens der Sozialversicherung ist der Präsident des Bundesversicherungsamtes seit Jahren bemüht, hypothekarisch gesicherte

Forderungen - einschließlich der der ehemaligen Berufs- und Betriebspensionsversicherungseinrichtungen – einzuziehen. Die Anzahl dieser Forderungen stieg im Jahr 2001 um einhundert Fälle an, die von der BASF zuständigkeitshalber abgegeben wurden, sowie um weitere 39 Fälle, die uns zuständigkeitshalber zur Bearbeitung zugeleitet wurden. Diese konnten nach Prüfung und ausführlichen Recherchen abgeschlossen werden. Insgesamt konnten von 632 Fällen 593 abschließend bearbeitet werden, einschließlich der neu hinzugekommenen Fälle waren Ende des Jahres 2001 noch 78 offen. Damit wurden allein im Jahr 2001 347.304,80 DM (177.574,12 €) für das Gesamthandsvermögen eingenommen.

Aufgrund von Anordnungen der Ministerien der ehemaligen DDR waren der dortigen Sozialversicherung zustehende Forderungen von ansässigen Geldinstituten treuhänderisch zu verwalten. Nach hier vorliegenden Erkenntnissen haben einige Sparkassen aus dem Beitrittsgebiet auch nach der Wiedervereinigung diese nunmehr zum Gesamthandsvermögen gehörenden Forderungen der Sozialversicherung als Eigengeschäft geführt. Sie vereinnahmten hypothekarisch gesicherte Forderungen der Sozialversicherungsträger als eigene Forderungen. Nachdem Sparkassen Löschungsbewilligungen erteilt hatten, wurden die Hypotheken in den Grundbüchern gelöscht, ohne daß der Gegenwert den Sozialversicherungsträgern zufließt. Sofern eine Einigung mit den Sparkassen nicht erfolgt, wird der Präsident des Bun-

desversicherungsamtes wegen dieser Forderungen Klage erheben.

4.4 Gerichtsverfahren

Im Jahre 2001 wurden gegen das Bundesversicherungsamt insgesamt 74 Klagen erhoben. Eine Klage hat der Präsident des Bundesversicherungsamtes in seiner Eigenschaft als Abwickler der Überleitungsanstalt Sozialversicherung erhoben. Die Anzahl der neuen Rechtsstreitigkeiten ging damit gegenüber dem Vorjahr (94 Verfahren) erneut zurück. An der Spitze lagen wiederum die Klagen gegen Bescheide des Bundesversicherungsamtes zum Risikostrukturausgleich (RSA, 54 Verfahren, im Jahr 2000 waren es noch 68), gefolgt von 18 Streitverfahren aus dem Aufsichts- und sonstigen Tätigkeitsbereich (2000: 22 Verfahren) und nur noch 3 Klagen gegen Entscheidungen zum Entschädigungsrentenrecht (ERG, 2000: 4 Verfahren).

	Gerichtsverfahren			
	1998	1999	2000	2001
RSA	19	184	68	54
ERG	38	17	4	3
Aufsicht u.a.	25	25	22	18
Summe	82	226	94	75

Die Anzahl der Klagen gegen Bescheide zum RSA ging damit zurück, während die Anzahl der Verfahren im Aufsichtsbereich relativ konstant blieb. Die Anzahl der Rechtsstreitigkeiten im Bereich ERG verringerte sich entsprechend der sinkenden Bedeutung dieses Themas elf Jahre nach der Wiedervereinigung noch einmal.

Im Geschäftsjahr 2001 erging in 35 Fällen ein Urteil; weitere 22 Fälle erledigten sich anderweitig, zum Beispiel durch Klagerücknahme oder Vergleich. Ende 2001 waren danach insgesamt noch 489 Verfahren anhängig, davon 383 zum Risikostrukturausgleich, 25 zum Entschädigungsrentenrecht und 81 aus dem Aufsichtsbereich. Vor allem bedingt durch den RSA waren am Ende des Jahres mehr Verfahren offen als im davor liegenden Jahr, in dem 463 Verfahren anhängig gewesen waren (davon 333 zum RSA, 52 zum ERG, 78 zum Aufsichtsbereich). Die relativ große Differenz der Anzahl anhängiger Verfahren im Bereich des ERG läßt sich mit der Erledigung von 25 Rechtsstreiten im Jahr 2001 erklären.

Im abgelaufenen Geschäftsjahr waren vor allem Entscheidungen zum RSA sowie zum ERG bemerkenswert. So hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen am 28. August und am 23. Oktober 2001 über mehrere Berufungsverfahren zum RSA entschieden. Gegenstand dieser Urteile waren die Jahresausgleiche der Jahre 1994, 1995 und 1996 sowie der Jahresausgleich für das Jahr 1997 einschließlich der darin enthaltenen Korrekturen für die Jahre 1994 bis 1996. Das Landessozialgericht bestätigte hinsichtlich der Jahre 1994 bis 1997 im Ergebnis die Vorinstanzen, die alle Klagen der Krankenkassen abgewiesen hatten; die Berufungen wurden daher ebenfalls zurückgewiesen. Nach Auffassung des Gerichts waren die zugrunde liegenden Bescheide des Bundesversicherungsamtes weder formell noch materiell zu beanstanden. Wie die

Vorinstanzen sah das Landessozialgericht in den Regelungen zum RSA auch keinen Verstoß gegen übergeordnete Rechtsgrundsätze, insbesondere gegen höherrangiges internationales oder innerstaatliches Recht einschließlich des Verfassungsrechts. Auch die Korrekturen für die Jahre 1994 bis 1996, die mit dem Jahresausgleich für das Jahr 1997 durchgeführt wurden, sah das Landessozialgericht grundsätzlich als rechtmäßig an. Lediglich hinsichtlich der Korrekturen für das Jahr 1994 wurde das Bundesversicherungsamt verpflichtet, zum Punkt Beitragsbedarf einen neuen Bescheid zu fertigen. Insoweit gab das Landessozialgericht unserer Berufung gegen die erstinstanzlichen Urteile des Sozialgerichts Köln vom 28. Februar 2000, welches noch sämtliche Korrekturen für die Jahre 1994 bis 1996 für rechtswidrig gehalten hatte, weitgehend statt. Der gesamte Komplex RSA wird abschließend aber erst durch das Bundessozialgericht – möglicherweise sogar noch im Geschäftsjahr 2002 – entschieden werden, da zu den angeführten Urteilen von allen Beteiligten bereits Revision eingelegt wurde.

Das Bundessozialgericht befaßte sich am 24. Juli 2001 mit zwei Revisionen, in denen es um die Aberkennung von Renten nach dem ERG durch das Bundesversicherungsamt ging. Die Klagen der Betroffenen waren in den Vorinstanzen erfolglos geblieben, da sowohl die Sozial- als auch die Landessozialgerichte unsere Bescheide in formeller und materieller Hinsicht für rechtmäßig gehalten hatten. Zur Überraschung aller Beteiligten gab das Bundessozialgericht den Revisionen statt und hob

unsere Bescheide mit der Begründung auf, das Bundesversicherungsamt selbst müsse dem Betroffenen gemäß § 24 Abs. 1 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuch Gelegenheit geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern, bevor es das Recht auf Zahlung der Entschädigungsrente durch Bescheid aberkenne. Es reiche nicht aus, wenn die Kommission zum Versorgungsruhens- und Entschädigungsrentengesetz, die in das Aberkennungsverfahren maßgeblich eingebunden gewesen war, die Betroffenen angehört habe. Ein Bescheid, der ohne Anhörung durch das Bundesversiche-

rungsamt ergangen ist, weist nach Auffassung des Bundessozialgerichts somit einen formellen Fehler auf. Nach diesen Urteilen haben wir in den zwei entschiedenen sowie in rund zwanzig weiteren Fällen, in denen gegen Aberkennungsbescheide Klage erhoben worden war, die zugrunde liegenden Bescheide hinsichtlich dieses formalen Aspekts überprüft. Wir haben nunmehr selbst Anhörungen durchgeführt und die bisherigen Bescheide ersetzt – in der Regel völlig inhaltsgleich. Die neuen Bescheide wurden damit zugleich Gegenstand der jeweils anhängigen Gerichtsverfahren.

5. ANDERE ARBEITSSCHWERPUNKTE

- 5.1 Risikostrukturausgleich
- 5.2 Zuständige Stelle nach dem BBiG
- 5.3 Prüfungsamt für den gehobenen nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung

5. ANDERE ARBEITSSCHWERPUNKTE

5.1 Risikostrukturausgleich

Allgemeines

Der seit 1994 durchgeführte Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung gleicht die finanziellen Auswirkungen unterschiedlicher Risikostrukturen der teilnehmenden Krankenkassen aus. Ausgleichsfaktoren sind das Alter und das Geschlecht der Versicherten, die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, die Zahl der versicherten Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrentner sowie die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Unterschiede in den Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen, die nicht aus diesen Risikomerkmale resultieren, werden nicht ausgeglichen. Nicht einbezogen werden die Verwaltungskosten sowie Ermessens- und Erprobungsleistungen der Krankenkassen.

Auf der Grundlage der kassenindividuellen Versichertenstrukturen in Verbindung mit dem für die gesamte Gesetzliche Krankenversicherung West bzw. Ost gültigen Risikoprofil für die einzelnen Versichertengruppen (sogenannte „Verhältnisswerte“) wird für jede Krankenkasse ein individueller Beitragsbedarf berechnet. Diesem Beitragsbedarf wird die Finanzkraft der einzelnen Krankenkassen gegenübergestellt, die Unterschiede in den Beitragsaufkommen aufgrund unterschiedlich hoher beitragspflichtiger Einnahmen der Mitglie-

der berücksichtigt. Die Finanzkraft errechnet sich für jede Krankenkasse als Produkt aus ihrer kassenindividuellen Grundlohnsomme und dem GKV-weit gültigen Ausgleichsbedarfssatz. Die Differenz von Beitragsbedarf und Finanzkraft ergibt die Höhe des Ausgleichsanspruchs bzw. der Zahlungsverpflichtung der einzelnen Krankenkasse. Der Ausgleichsbedarfssatz wird so bestimmt, daß die Finanzkraft aller Krankenkassen insgesamt ausreicht, um sämtliche im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung zu decken.

Jahresausgleich 2000

Der Jahresausgleich für 2000 wurde im November 2001 durchgeführt. Das Umverteilungsvolumen zwischen den einzelnen Kassenarten betrug insgesamt rund 26 Milliarden DM, wovon rd. 24 Milliarden DM bereits im monatlichen Abschlagsverfahren im Jahr 2000 umverteilt worden waren.

Zur Deckung der gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in Höhe von 195,2 Milliarden DM (West) bzw. 39,7 Milliarden DM (Ost) wurde ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz für das gesamte Bundesgebiet von rd. 12,61 Prozent ermittelt. Die durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben pro Tag beliefen sich im Jahr 2000 auf 9,18 DM (West) und 8,83 DM (Ost). Die

entsprechenden jährlichen Durchschnittsausgaben für einen Versicherten betrugen somit 3.358,93 DM im Westen und 3.233,00 DM im Osten.

Die Daten zur Berechnung der Verhältniswerte werden in den einzelnen Hauptleistungsbereichen auf der Basis von Stichproben- bzw. Vollerhebungen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ge-

wonnen. Für die Hauptleistungsbereiche Apotheke, Krankenhaus und Krankengeld wurden die Werte zum Jahresausgleich 2000 weitestgehend durch Vollerhebung ermittelt, während für die Hauptleistungsbereiche Ärzte, Zahnärzte und sonstige Leistungsausgaben weiterhin die Stichprobenerhebung angewandt wurde. Langfristig wird für alle Hauptleistungsbereiche eine Vollerhebung angestrebt.

Übersicht

Jahresausgleich für 2000

Kassenart	GKV-West Ausgleichs- beträge³⁾ in Mio. DM	Anzahl der Kassen¹⁾	GKV-Ost Ausgleichs- beträge³⁾ in Mio. DM	Anzahl der Kassen¹⁾	GKV-Bund Ausgleichs- beträge³⁾ in Mio. DM	Anzahl der Kassen¹⁾
Zahlerkassen						
Ortskrankenkassen	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Innungskrankenkassen	1.611,15	19	969,88	8	2.581,03	27
Betriebskrankenkassen	8.462,28	237	1.156,10	118	9.618,39	355
Seekrankenkasse	0,00	0	5,19	1	5,19	1
Bundesknappschaft	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Angestellten-Ersatzkassen	9.652,31	7	2.508,64	6	12.160,95	13
Arbeiter-Ersatzkassen	1.406,74	4	230,42	2	1.637,15	6
Summe Ausgleichsverpflichtung	21.132,48	267	4.870,23	135	26.002,71	402
Empfängerkassen						
Ortskrankenkassen	13.841,35	12	6.685,02	5	20.526,37	17
Innungskrankenkassen	772,73	6	229,98	2	1.002,71	8
Betriebskrankenkassen	1.320,52	91	119,91	7	1.440,43	98
Seekrankenkasse	16,91	1	0,00	0	16,91	1
Bundesknappschaft	2.370,96	1	609,03	1	2.979,99	2
Angestellten-Ersatzkassen	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Arbeiter-Ersatzkassen	54,73	1	0,00	0	54,73	1
Summe Ausgleichsanspruch²⁾	18.377,20	112	7.643,93	15	26.021,13	127
Quelle: Bundesversicherungsamt ¹⁾ Krankenkassen, die rechtskreisübergreifend tätig sind, werden doppelt erfaßt. ²⁾ Der um 18,42 Mio. DM höhere Ausgleichsanspruch ergibt sich aus der Auszahlung von KVdR-Beiträgen nach altem Recht und Säumniszuschlägen. ³⁾ Betragsbedarfskorrekturen für Vorjahre i.H.v. 64,35Mio. DM sind mit berücksichtigt.						

Monatliches Abschlagsverfahren 2001

Im monatlichen Abschlagsverfahren für 2001 wurden zwischen den Kassen rund 27 Milliarden DM umverteilt.

Aufgrund des Gesetzes zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse sind seit dem 1.4.1999 auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung der Krankenversicherungspflicht unterworfen. Daraus resultierte für das Jahr 2001 ein zusätzliches Beitragsaufkommen für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von 2.044 Mio. DM im Westen sowie 189 Mio. DM im Osten. Da der Anteil der geringfügig Beschäftigten bei den einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich ist, hat der Gesetzgeber bestimmt, daß diese Beiträge mit dem Instrument 'Risikostrukturausgleich' gleichmäßig auf alle Krankenkassen verteilt werden: Die entsprechenden Beitragseinnahmen werden der einzelnen Krankenkasse vom Beitragsbedarf abgezogen und allen Kassen einheitlich über eine Herabsetzung des Ausgleichsbedarfssatzes wieder zur Verfügung gestellt.

Im monatlichen Abschlagsverfahren ist nach den Vorgaben des Gesetzes zur Stärkung der Finanzgrundlagen in den neuen Ländern (GKV-Finanzstärkungsgesetz) vom 24.3.1998 (BGBl. I, S. 526) zur Berechnung der Finanzkraft seit dem Jahre 1999 ein gesamtdeutscher Ausgleichsbedarfssatz zu ermitteln. Zur Berechnung

dieses Wertes wurde der gemeinsame Beitragsbedarf für West und Ost durch die Summe der bundesweiten beitragspflichtigen Einnahmen dividiert. Im Jahr 2001 sind durch den Ausgleich der unterschiedlichen Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherung in West und Ost 3,08 Milliarden DM in die neuen Bundesländer transferiert worden.

Durch das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.1999 (BGBl. I, S. 2657) wird ab dem Jahr 2001 stufenweise ein gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich auch für den Beitragsbedarf eingeführt. Die endgültige Rechtsangleichung soll im Jahre 2007 erreicht werden. Einhergehend mit dieser Regelung gibt es seit 2001 einheitliche Bemessungsgrundlagen im gesamten Bundesgebiet. Dennoch sind bis zur endgültigen Rechtsangleichung die Verhältniszahlen, die standardisierten Leistungsausgaben sowie der Beitragsbedarf nicht nur neu für den Bereich Bund, sondern gleichzeitig auch wie bisher getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu ermitteln. Durch die stufenweise Annäherung an den gesamtdeutschen RSA war die Rechtskreisangleichung Ost und West im Jahre 2001 nur mit einem Gewichtungsfaktor von 25 Prozent zu berücksichtigen. Der Gewichtungsfaktor erhöht sich jährlich um 12,5 Prozentpunkte. Für 2001 bedeutete dies einen zusätzlichen Transfer von den West-Krankenkassen zu den Ost-Krankenkassen in Höhe von 0,9 Milliarden DM.

5.2 Zuständige Stelle nach dem BBiG

Ausbildungsplatzsituation

Die Versicherungsträger stellten im Jahr 2001 im Ausbildungsberuf „Sozialversicherungsfachangestellte/r“ 1.872 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Im Vorjahr waren es nur 1.597 Ausbildungsplätze gewesen und auch damals hatte es gegenüber 1999 bereits eine Steigerung um 1,5 Prozent gegeben. 2001 fiel der Anstieg mit 17,2 Prozent allerdings deutlich höher aus. Den Ausschlag gaben die außergewöhnlichen Wachstumsraten bei Kranken- und Rentenversicherung mit 18 Prozent bzw. 32,8 Prozent.

Auch bei den Fachangestellten für Bürokommunikation konnten wir mit 28 Neuverträgen vier Ausbildungsverhältnisse mehr registrieren als im Vorjahr. Dieser Ausbildungsberuf entwickelt sich - anders als bei den „Sozialversicherungsfachangestellten“ - zu einer weiblichen Domäne; Männer wurden kaum noch eingestellt.

Bezogen auf alle Ausbildungsjahrgänge bildeten am 31.12.2001 die bundesunmittelbaren Träger der Sozialversicherung 4.796 junge Leute zu Sozialversicherungsfachangestellten, Fachangestellten für Bürokommunikation und Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste aus.

Beim Einstellungsjahrgang 2001 halten sich Auszubildende mit und ohne Hoch-

schulreife etwa die Waage. Die noch im letzten Jahr beschriebene Tendenz zu überwiegend studienberechtigten Auszubildenden hat sich damit nicht mehr ungebrochen fortgesetzt, wenngleich in einzelnen Bundesländern Abiturienten immer noch deutlich überwiegen, so in Bremen mit 81,25 Prozent, in Thüringen mit 80,6 Prozent, in Schleswig-Holstein mit 76,9 Prozent, in Brandenburg mit 69,7 Prozent oder in Sachsen mit 69,2 Prozent. Als klassischer Ausbildungsberuf für Schüler und Schülerinnen mit mittlerer Reife präsentiert sich der „Sozialversicherungsfachangestellte“ - er bestimmt im wesentlichen das Ergebnis der Betrachtung - dagegen in Berlin, Bayern und Baden-Württemberg mit Abiturientenquoten von 23 bzw. 29,4 und 36 Prozent. Gründe für die von Bundesland zu Bundesland sehr divergierende Situation können wir lediglich vermuten.

Möglicherweise hat in einigen Bundesländern der "Markt" nicht so viele Auszubildende mit Abitur angeboten wie gewünscht. Insbesondere an prosperierenden Wirtschaftsstandorten ist die Konkurrenz, der sich die Versicherungsträger ausgesetzt sehen, groß. Es gibt aber auch Anhaltspunkte dafür, daß Versicherungsträger aufgrund ihrer Erfahrungen ganz bewußt Ausbildungsplätze wieder verstärkt mit Schulabgängern besetzen, die eher zu der Hoffnung Anlaß geben, daß sie berufsinterne Weiterbildungsmaßnahmen nutzen und dauerhaft im Beruf bleiben werden. Das ist auch im Interesse der Stabilität des dualen Systems zu begrüßen.

Tendenzen zur Ausbildung außerhalb des dualen Systems

„Allgemeine und berufsbezogene Lehrinhalte zielen auf die Bildung und Erziehung für berufliche und außerberufliche Situationen“, so beschreibt der Rahmenlehrplan die Aufgabe der Berufsschulen. Die Berufsschulen sollen also nicht nur berufsbezogene Spezialkenntnisse und -fertigkeiten vermitteln, sondern die Auszubildenden auch befähigen, „über den Tellerrand zu schauen“. Damit leisten die Schulen einen wertvollen Beitrag innerhalb eines Ausbildungssystems, das international hohes Ansehen genießt. Besorgt beobachten wir daher die zunehmende Bereitschaft einiger unserer Ausbildungsträger, diesem System den Rücken zu kehren.

Zustatten kommen diesen Auszubildenden die Schulgesetze bestimmter Bundesländer. Dort endet die Schulpflicht schon mit Vollendung des achtzehnten Lebensjahres. Versicherungsträgern, die in diesen Ländern ausbilden, steht es daher frei, ihre Auszubildenden mit Abitur am Berufsschulunterricht teilnehmen lassen oder nicht. Einige Betriebskrankenkassen nutzen diese Freiheit schon seit geraumer Zeit, um den in Betracht kommenden Auszubildenden intern lediglich den prüfungsrelevanten Stoff im Fach Wirtschafts- und Sozialkunde (WiSo) vermitteln zu lassen. Nun beabsichtigt auch eine Ersatzkasse, solche „WiSo-Kurse“ zu organisieren. Ihr Argument: Die Berufsschulblöcke seien zu lang. Die Zeit könne zur Verbesserung der

praktischen Ausbildung genutzt werden. Die Initiative dieser Ersatzkasse wird von anderen Kassen mit Interesse verfolgt. Es ist daher nicht auszuschließen, daß das Beispiel Schule machen könnte.

Das läge unseres Erachtens nicht im wohlverstandenen Interesse der Versicherungsträger, die immer für sich beanspruchen, Personal auch für Führungsetagen selbst zu entwickeln, Personal, das in der Lage ist, auch fachübergreifende Entscheidungen verantwortungsvoll zu treffen. Auch wenn hier nur reine Funktionseliten in einem spezialisierten Subsystem herangebildet werden, ist die vorgesehene Ausblendung kontraproduktiv: Sie eliminiert ja nicht nur die allgemeinbildenden Fächer, sondern sogar die Lernziele des Rahmenlehrplans werden noch auf das absolute Minimum reduziert. Hinzu kommt: Nach unseren Erfahrungen wird die Qualität der praktischen Ausbildung nicht durch die Dauer des Berufsschulunterrichts gefährdet. In der Regel sind dafür vielmehr Entscheidungen verantwortlich, die sich negativ auf die Personalausstattung und damit die sachgerechte Betreuung der Auszubildenden am Arbeitsplatz auswirken.

Zu denken sollte auch geben, daß Kassen, die früher gezielt nicht berufsschulpflichtige Auszubildende eingestellt hatten, inzwischen davon wieder Abstand nehmen. Ihren Sinneswandel begründen sie übereinstimmend mit der engen Korrelation zwischen jugendlichem Alter und Motivationfähigkeit.

Mehr Widersprüche durch neue Form der mündlichen Prüfung („Kundenberatungsgespräch“)

Die mündliche Prüfung in Form des Kundenberatungsgesprächs war schon bei der Premiere nahezu einhellig positiv angenommen worden. Diese Einschätzung fanden wir 2001 bestätigt. Dem widerspricht nicht, daß Auszubildende die Bewertung der mündlichen Prüfung häufiger als früher mit dem Widerspruch angreifen. Der Grund ist vielmehr das jetzt größere Gewicht der Bewertung für das Gesamtergebnis.

Vor allem Prüflinge, die ihr vorbereitetes Konzept „abgearbeitet“ hatten, ohne auf den vom Prüfer - in der Rolle des Versicherten - im Gespräch geäußerten Beratungsbedarf einzugehen, hatten dessen gut gemeinte Hinweise als „querulatorisch“ empfunden. Ihnen haben wir deutlich gemacht, daß der Prüfer mit klaren Worten darauf bestehen darf, daß man seinen Beratungsbedarf respektiert. Reagiert der Prüfungsteilnehmer nicht, muß er mit Abstrichen bei der Bewertung rechnen. Denn in der Praxis würde ein so behandelter Versicherter sich zu Recht nicht gut beraten fühlen.

Erfolg mit ihrem Widerspruch hatten nur zwei Prüflinge. Ihr Beratungsgespräch hatte einen anderen Verlauf genommen als sie nach der ihnen für die Vorbereitung ausgehändigten Fallvorlage erwarten konnten. Diese Fälle zeigten, daß die neue Form der mündlichen Prüfung dem Prüfer neben der intensiveren Vorbereitung auch

ein hohes Maß an Konzentration abverlangt, um den Fall „durchzuhalten“. Natürlich kann der Prüfer, etwa um Hilfe zu geben, den ursprünglich eingeschlagenen Gesprächsverlauf modifizieren und einen neuen Ansatz anbieten. Er muß dabei aber immer auf dem Boden der Fallvorgabe bleiben.

Organisation der Prüfungen

Im Jahr 2001 wurden 3.056 und somit 283 Auszubildende mehr als im Vorjahr geprüft. Die Zwischenprüfung legten 1.506 Sozialversicherungsfachangestellte, 27 Fachangestellte für Bürokommunikation, zwei Verwaltungsfachangestellte und drei Fachangestellte für Medien- und Informationsdienste ab. Dabei kamen 74 Ausschüsse in 18 Prüfungen zum Einsatz.

In 17 Abschlußprüfungen prüften 81 Ausschüsse 1.419 Auszubildende und außerdem 99 Teilnehmer, die wir nach § 40 Abs. 2 BBiG zur Prüfung zugelassen hatten. Davon kamen 1.506 aus dem Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r, vier aus dem Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte/r und acht aus dem Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Bürokommunikation, wobei sich 31 der Prüfungsteilnehmer der Prüfung schon einmal erfolglos gestellt hatten.

Alle Prüfungen nahmen wie stets einen reibungslosen Verlauf. Dies haben wir nicht zuletzt den Versicherungsträgern, Verbänden und den Prüfungsausschüssen zu verdanken, die uns bei der Organisation halfen.

5.3 Prüfungsamt für den gehobenen nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung

Laufbahnprüfungen

Im Jahr 2001 fanden zwei Laufbahnprüfungen für insgesamt 143 Verwaltungsspektorenanwärter statt. 107 Prüfungskandidaten kamen von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), 27 von der Bundesknappschaft und neun von der Landesversicherungsanstalt Oldenburg - Bremen.

In der Frühjahrsprüfung, an der nur Anwärter der BfA teilnahmen, waren 48 der 53 Prüfungskandidaten erfolgreich. Die Mißerfolgsquote von 9 Prozent lag damit deutlich unter der bei der Frühjahrsprüfung 2000 (14,1 Prozent). Noch besser fiel das Ergebnis der BfA-Anwärter bei der Sommerprüfung aus: Von 54 Teilnehmern verfehlten nur zwei das Ziel, das sind 4 Prozent.

Bei der Bundesknappschaft bestanden dagegen in der Sommerprüfung vier von 27 Kandidaten (14,8 Prozent) die Prüfung nicht.

Sieben der elf Anwärter, die die Prüfung nicht bestanden hatten, legten Widerspruch ein. In zwei Fällen wurde der Widerspruch nach Einsichtnahme in die Prüfungsarbeiten und die Bewertungsunterlage zurückgenommen. Die übrigen Widersprüche wurden als unbegründet zurückgewiesen.

Neue Aufgaben ergeben sich für uns aus der Laufbahn-, Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Laufbahn des gehobenen nicht-technischen Dienstes in der Sozialversicherung (LAP-gntDSVV), und wir haben uns schon im Berichtsjahr um die Umsetzung bemüht, da bereits die im Jahre 2001 neu eingestellten Studierenden 2004 auf der Grundlage der neuen LAP-gntDSVV zu prüfen sind. Diese Studierenden werden erstmals auch eine Diplomarbeit schreiben, eine der wesentlichen Änderungen gegenüber der bisherigen Rechtslage.

Die Diplomarbeit ist Teil der Laufbahnprüfung und muß mindestens mit der Note „ausreichend“ bewertet sein, damit der Studierende zur schriftlichen Prüfung, d.h. zu den Aufsichtsarbeiten, zugelassen werden kann. Die Diplomarbeit soll den wissenschaftlichen Charakter der Ausbildung stärker betonen. Welche Themen diesem Anspruch gerecht werden, wie das Verfahren der Themenfindung im Einzelnen abläuft und wie Studierende „ihr“ Thema reservieren lassen können, diese Fragen haben wir in einer Arbeitsgruppe unter Beteiligung der ausbildenden Versicherungsträger und des Fachbereichs Sozialversicherung geklärt. Zu den Vorbereitungsarbeiten gehörte auch die Erarbeitung mehrerer Merkblätter. Sie sollen den Beteiligten, d.h. den Betreuern der Diplomanden, den Prüfern und nicht zuletzt natürlich auch den Diplomanden selbst Hilfestellung geben.

Nachdiplomierung

Die Nachdiplomierungsordnung des Bundes vom 16. Januar 1991 sieht vor, daß bestimmte Beamte, die nicht durch ein Studium an der Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung den Diplomgrad „Diplom-Verwaltungswirt“ erworben

haben, nachdiplomiert werden können, wenn ihre Ausbildung an einer Vorgängereinrichtung der Fachhochschule erfolgte oder ihre Ausbildung nach bestimmten, eng begrenzten Kriterien gleichwertig war. Auf dieser Rechtsgrundlage haben 26 Mitarbeiter der BfA im Jahr 2001 ein Diplom erhalten.

ANHANG

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.00	Anzahl 31.12.01
Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ¹		
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
Innungskrankenkasse Bremen Innungskrankenkasse Hamburg Innungskrankenkasse Ostfalen Innungskrankenkasse Sachsen-Anhalt Innungskrankenkasse Braunschweig Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit Innungskrankenkasse Weser-Ems Innungskrankenkasse Celle und Harburg Land		

¹ nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.00	Anzahl 31.12.01
Sonstige Krankenkassen	2	2
See-Krankenkasse Bundesknapenschaft (knKV)		
Landwirtschaftliche Krankenkassen	2	2
Krankenkasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Krankenkasse Berlin		
Betriebskrankenkassen²		
in Baden-Württemberg	26	25
in Bayern	12	13
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	3	-
in Hamburg	15	13
in Hessen	17	16
in Mecklenburg-Vorpommern	1	1
in Niedersachsen	16	16
in Nordrhein-Westfalen	50	46
in Rheinland-Pfalz	8	8
in Sachsen	1	2
in Sachsen-Anhalt	1	1
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	3	3
in Thüringen	-	-
Krankenversicherungsträger insgesamt	174	165

² einschließlich Bundesverwaltungskassen

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.00	Anzahl 31.12.01
----------------------------	----------------------------	----------------------------

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Gewerbliche Berufsgenossenschaften

32

32

Bergbau-Berufsgenossenschaft
 Steinbruchs-Berufsgenossenschaft
 Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie
 Berufsgenossenschaft der Gas-, Fernwärme- und
 Wasserwirtschaft
 Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft
 Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft
 Norddeutsche Metall-Berufsgenossenschaft
 Süddeutsche Metall-Berufsgenossenschaft
 Edel- und Unedelmetall-Berufsgenossenschaft
 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
 Bau-Berufsgenossenschaft Hamburg
 Bau-Berufsgenossenschaft Hannover
 Bau-Berufsgenossenschaft Frankfurt a.M.
 Südwestliche Bau-Berufsgenossenschaft
 Tiefbau-Berufsgenossenschaft
 Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft
 Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel
 Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
 Berufsgenossenschaft der Straßen-, U-Bahnen u.
 Eisenbahnen
 Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen
 Binnenschifffahrts-Berufsgenossenschaft
 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und
 Wohlfahrtspflege
 See-Berufsgenossenschaft

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.00	Anzahl 31.12.01
Übertrag	32	32
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	2	2
Gartenbau-Berufsgenossenschaft Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Berlin		
Sonstige Träger der Unfallversicherung	2	2
Eisenbahn-Unfallkasse Unfallkasse der Post und Telekom		
Unfallversicherungsträger insgesamt	36	36

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

Träger der Arbeiterrentenversicherung	2	2
Bahn-Versicherungsanstalt Seekasse		
Träger der Angestelltenversicherung	1	1
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte		
Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung	1	1
Bundesknapenschaft		
Rentenversicherungsträger insgesamt	4	4

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.00	Anzahl 31.12.01
Träger der Alterssicherung der Landwirte	2	2
Alterskasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Alterskasse Berlin		
Alterskassen insgesamt	2	2
Verbände	2	2
Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen		
Verbände insgesamt	2	2
Weitere Einrichtungen	4	4
Seemannskasse Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft Bundesausführungsbehörde für Unfallversicherung - Künstlersozialkasse - Versorgungsträger Ernst-Abbé-Stiftung		
Weitere Einrichtungen insgesamt	4	4
Zusammenstellung		
Krankenversicherungsträger	174	165
Unfallversicherungsträger	36	36
Rentenversicherungsträger	4	4
Alterskassen	2	2
Verbände	2	2
Weitere Einrichtungen	4	4
insgesamt	222	213

Dienstszitz: Bonn
Postanschrift: Villemomblor Straße 76, 53123 Bonn
Fernruf: (0228) 619 - 0 Fax: (0228) 619 - 1870

Dienstszitz: Bonn
Postanschrift: Villemomblor Straße 76, 53123 Bonn
Fernruf: (0228) 619 - 0 Fax: (0228) 619 - 1870

Abteilung Z	Abteilung I	Abteilung II	Abteilung III	Abteilung IV	Abteilung V	Abteilung VI	Abteilung VII	Abteilung K
Zentrale Dienste VA Eisele App. 1802 Fax: 1875 Vorzimmer App. 1802	Gemeinsame Angelegenheiten der Unfallversicherung MR Schumann App. 1693 Fax: 1872 Vorzimmer App. 1755	Kranken- und Pflegeversicherung APr Heintichs App. 1563 Fax: 1872 Vorzimmer App. 1895	Allgemeine Unfallversicherung Sonderberechtigung der Seeweite LRD in Scheiter-Vogel App. 1513 Fax: 1874 Vorzimmer App. 1872	Internationales Sozialversicherungsrecht APr Dr. Schneider App. 1648 Fax: 1874 Vorzimmer App. 1782	Finanzen und Vermögen der Sozialversicherungsträger MInR Dr. Böner App. 1638 Fax: 1874 Vorzimmer App. 1797	Berufliche Bildung, Prüfungsamt LRD Eberenz (Pressesprecher) App. 1850 Fax: 1874 Vorzimmer App. 1993	Befähigungsuntersuchung und Kranken- und Pflegeversicherung MInR Dr. Bönner App. 1639 Fax: 1878 Vorzimmer App. 1894	Protestantische Krankenkasse MR Schmitz-Eivench App. 1639 Fax: 1878 Vorzimmer App. 1841
Referat Z 1 Personal RD Adolph App. 1803	Referat I 1 Grundsatzfragen der Sozialversicherung Justitiar RD Plate App. 1759	Referat II 1 Grundsatzfragen ORR' in Rexroth App. 1559	Referat III 1 Grundsatzfragen RD'in Meurer App. 1576	Referat IV 1 Grundsatzzfragen Krankheitskosten und Arbeitslosenbeiträge ORR Müller, R. App. 1818	Referat V 1 Grundsatzfragen Grundrenten und Rechte des Rechnungswesen ORR Müller, R. App. 1818	Referat VI 1 Grundsatzfragen Gewerbliche Berufstätigkeit Berufsbildungsschule VA e Dr. Wilms-Meizer App. 1969	Referat VII 1 Grundsatzfragen Medizin- und Blutgeldverfahren RD Christmann App. 1591	Referat K 1 Koordination der Arbeitsläufe und Datenverarbeitung im PDK VA Hilgendorf App. 1637
Referat Z 2 Organisation im BVA, Fortbildung Beamter, Öffentlichkeitsarbeit ORR'in Greuel App. 1817	Referat I 2 Recht der Selbstverwaltung und der Aufsicht VA Beckschäfer App. 1670	Referat II 2 Aufsichtsangelegenheiten der Krankenkassenversicherung der Künstler RD Dr. Markus App. 1539	Referat III 2 Allgemeine Unfallversicherung RR'in Kost App. 1670 RR'in Ginnau App. 1753	Referat IV 2 Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten RD Schmidt, K. App. 1883	Referat V 2 Strukturausgleich Finanzausgleich in der KVGR RR zA. Dr. Göpfarth App. 1680	Referat VI 2 Berufsbildung in der Krankenversicherung Mutterschaftsgeld RD'in Kowalewski-Brüwer App. 1846	Referat VII 2 Aufsichtsangelegenheiten der Pflegekassen RD'in Langer App. 1542	Referat K 2 Fachliche Koordination RD'in Kamp App. 1639
Referat Z 3 Auswärtige Dienstleistungen (BVA u. Bundesmittel) LRD Witt App. 1773	Referat I 3 Personal- u. Verwaltungsangelegenheiten der Sozialversicherungsträger u. Verbände RD Nolte App. 1971	Referat II 3 Aufsichtsangelegenheiten der Betriebskrankenkassen, Innungen, Landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bauvereinigungen, Sekundärkasse VA e Vornehm-Berger App. 1558	Referat III 3 Landwirtschaft, Seeleute, Post/Telekom Ermittlung der Stillelegung: Einst.-Abge-Stellung; einrichtl. Prüfungen ORR'in Odenthal App. 1988	Referat IV 3 Knappschaftliche Rentenversicherung Fremdenrecht RD Rohrbach App. 1886	Referat V 3 Vermögenswirtschaft Baumausgaben RD Fritzen App. 1821	Referat VI 3 Berufsbildung in der Unfall-, Renten- und Knappschaftsversicherung Altershilfe für Landwirte ORR Gorontczyk App. 1825	Referat VII 3 Prüfung der Pflegekassen ORR Rapp App. 1538	Referat K 3 Außenstelle Cuxhaven ->Prüfungen in Bremen, Hamburg, Niedersachsen (ohne Süd), Schleswig-Holstein, Westfalen RD Kelting App. 1802 Fax: 0447 / 13945
Referat Z 4 Innerer Dienst Fürsorgeangelegenheiten ORR Derr App. 1741	Referat I 4 Datenverarbeitung u. Datenschutz einschließlich Unfallschutz im BVA RD Tscham App. 1678	Referat II 4 Wirtschaftliche Fragen, Prüfung der Bundesentsprechend, Ste-Krankenkasse, Kurier-sozialkasse RD Pfohl App. 1607	Referat III 4 Prüfung der gewerblichen Berufsgenossenschaften VA Saß App. 1743	Referat IV 4 Finanzierung der Rentenversicherung RD Hinken App. 1658	Referat V 4 Finanzierung der Rentenversicherung RD Lange App. 1859 (030/206328-47) (Fax: 030/206328-44)	Referat VI 4 Prüfung des Ausländerdienstes in der Sozialversicherung RD Lang App. 1859 (030/206328-47) (Fax: 030/206328-44)	Referat VII 4 Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen RD'in Dielenfels App. 1588	Referat K 4 Außenstelle Feldafing ->Prüfungen in Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen (Westfälischer Kreis, Münster, Wesfalen) RD Rimpl App. 1800 0661/99318-0 Fax: 0661/99818-15
Referat Z 5 Datenverarbeitung (BVA) RD Müller, H. App. 1776	Referat I 5 Prüfung von Personal- u. Verwaltungsdiensten im Aufsichtsbezirk RD Zeh App. 1953	Referat II 5 Prüfung der Betriebskrankenkassen und der anderen Krankenkassen im Band der Landwirtschaft, Krankenkassen N.N. App. 1550	Referat III 5 Prüfung der gewerblichen Berufsgenossenschaften VA Saß App. 1743	Referat IV 5 Prüfung des Haushaltes, Kassen- und Rechnungswesen der Vermögenswirtschaft RD Venturini App. 1654	Referat V 5 Prüfung des Haushaltes, Kassen- und Rechnungswesen der Vermögenswirtschaft RD Venturini App. 1654	Referat VI 5 Prüfung des Haushaltes, Kassen- und Rechnungswesen der Vermögenswirtschaft RD Venturini App. 1654	Referat VII 5 Verwaltung des Ausgleichsfonds RR Schuld App. 1568	Referat K 5 Außenstelle Duisburg ->Prüfungen in Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen (Westfälischer Kreis, Münster, Wesfalen) RD Rimpl App. 1800 0661/99318-0 Fax: 0661/99818-15
	Referat O 3 Gesetzgebende Kommission zum Versicherungsrecht, Abwicklung Sozialversicherung im Beitragsgebiet RD Zeh App. 1953			Referat IV 6 Rentenüberleitung Bibid Winkler App. 1934				Referat K 6 Außenstelle Berlin ->Prüfungen in Berlin, Brandenburg, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Schleswig-Holstein und Niedersachsen ORR Meier App. 1800 030/206328-13 Fax: 030/206328-18
								Referat K 7 Außenstelle Ingolstadt ->Prüfungen in Bayern (ohne Unterfranken), Bayern (ohne Unterfranken) ORR Debus App. 1800 0841/96506-12 Fax: 0841/96506-30

Legende:	
	Aufgaben werden in den Ausstellungen des PDK wahrgenommen