



Bundesversicherungsamt

Tätigkeitsbericht 2011



Herausgeber:

Bundesversicherungsamt
Öffentlichkeitsarbeit
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn
Telefon (02 28) 619 - 0
Telefax (02 28) 619 - 18 80
www.bva.de



Vorwort

Die sehr gute wirtschaftliche Entwicklung des Jahres 2011 führte auch im Bereich der Sozialversicherungssysteme zu einer finanziellen Konsolidierung.

Dem Gesundheitsfonds war es möglich, seine monatlichen Zuweisungen frühzeitig auszuzahlen. Zugleich führte ein hinter den Erwartungen gebliebener Anstieg der Leistungsausgaben dazu, dass die Zuweisungen die Ausgaben überstiegen und die Krankenkassen ihre Rücklagen aufbauen konnten. Es profitierten jedoch nicht alle in gleicher Weise. Zwei Kassen, die

City BKK und die BKK für Heilberufe, mussten zum 30. Juni bzw. zum 31. Dezember 2011 geschlossen werden.

Die auch im Jahre 2012 anhaltende gute wirtschaftliche Entwicklung führt zudem dazu, dass sich die Diskussion von den Zusatzbeiträgen auf die Ausschüttung von Prämien verlagerte. Das Gesetz sieht für Betriebsmittel und Rücklagen genaue Obergrenzen vor. Dass sie in der Praxis nicht eingehalten werden, hat mit der Furcht der Kassenvorstände vor dem Instrument des Zusatzbeitrages zu tun: Mit der Auszahlung einer Prämie gewinnt man deutlich weniger Mitglieder als man durch die Erhebung eines Zusatzbeitrages verliert. Der Verlust an Mitgliedern war allerdings bei den Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben mussten, höchst unterschiedlich und lag zwischen 0,9 und 55 Prozent.

Infolge der Einführung des Systems „Zusatzbeiträge und Prämien“ ist eine Verschärfung des Krankenkassenwettbewerbs zu beobachten. Die Krankenkassen bemühen sich intensiv, keinen Zusatzbeitrag zu erheben bzw. diesen wieder abzuschaffen. Die Anreize, Einsparungen zu realisieren und die Durchführung der Krankenversicherung möglichst wirtschaftlich zu gestalten, sind deshalb sehr stark. Allerdings gibt es ebenso starke Anreize, die Entscheidung über die Erhebung eines Zusatzbeitrages möglichst lange hinauszuzögern, auch wenn dadurch eine prekäre finanzielle Situation entsteht, die zur Schließung oder zur Fusion der Kasse führen kann.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung führten die vom Bundesversicherungsamt durchgeführten Aufsichtsprüfungen beispielsweise zu umfangreichen Nachzahlungen beim Kinderzuschlag und bei den Berufsausbildungszeiten. Bei einem Rentenversicherungsträger erfolgte in insgesamt 1210 von 3289 ermittelten Fällen eine Neuberechnung der Rente. Es ergab sich dabei ein Gesamtnachzahlungsbetrag von 2,9 Mio. Euro einschließlich Zinsen. Bei einem anderen Rentenversicherungsträger belief sich der Gesamtnachzahlungsbetrag auf 19,3 Mio. Euro, wobei allein 1,2 Mio. Euro auf Zinsen entfielen. Der laufend zu zahlende monatliche Zahlungsbetrag erhöhte sich um durchschnittlich 57,28 Euro.

Auch bei der Prüfung der Berufsausbildungszeiten kam es in 86 % der überprüften Fälle zur einer Neufestsetzung der Rente, wovon sich in ca. 80 % der Neufeststellungsfälle (147.702)

Nachzahlungen und monatliche Erhöhungen des Rentenzahlungsbetrags zu Gunsten der Betroffenen ergaben.

Auch wenn die geschilderten Korrekturen quantitativ erheblich sind, dürfen sie nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Verfahren der Deutschen Rentenversicherung, trotz seiner von Reform zu Reform ansteigenden Komplexität, sehr präzise und solide funktioniert. Die Deutsche Rentenversicherung hatte einen Verwaltungskostenanteil von rund 1,4 % bei Gesamtausgaben von 244,7 Mrd. Euro im Jahr 2011. Mit diesem Verwaltungskostenanteil werden die Einnahmen und Ausgaben eines Jahres getätigt. Auch wenn das Bundesversicherungsamt und der Bundesrechnungshof immer wieder Unwirtschaftlichkeiten an der einen oder anderen Stelle entdecken, so bleibt doch festzuhalten, dass das System der gesetzlichen Rentenversicherung zu den effektivsten Alterssicherungssystemen der Welt gehört.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung führte das Bundesversicherungsamt unter anderem eine umfassende Prüfung zum Stand der Fusionsumsetzungen auf den Gebieten Verwaltung, Finanzen und Leistungen durch. Erstmals wurde in einer themen- und abteilungsübergreifenden Aufsichtsprüfung festgehalten, welchen Stand die einheitliche Organisation und Arbeitsweise zweier ehemals selbständiger gewerblicher Berufsgenossenschaften knapp zwei Jahre nach der Fusion erreicht hatte.

Eine wesentliche Erkenntnis war, dass die fusionierte Berufsgenossenschaft in vielen Teilbereichen bereits gute gemeinsame Verfahren und Regelungen gefunden hatte. Die strukturellen Anpassungen sind jedoch noch nicht vollständig abgeschlossen. Diese sollen zu einer schlanken, qualitativ und quantitativ guten Verwaltung führen, um dem eigentlichen Ziel der Fusion, einer Einsparung von Verwaltungskosten, näher zu kommen.

Das Bundesversicherungsamt wird auch künftig den abgeschlossenen Fusionen eine hohe Aufmerksamkeit schenken und auf einheitliche sowie effiziente Verwaltungsabläufe hinwirken.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'M T Bue', with a stylized, flowing script.

Dr. Maximilian Gaßner
Präsident des Bundesversicherungsamtes

1. KRANKENVERSICHERUNG	9
1.1 Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung	11
1.2 Eingabenstatistik	12
1.3 Aufsicht bei den Krankenkassen	12
1.4 Aufsichtsprüfungen	22
1.5 Altersversorgungsverpflichtungen der Krankenkassen	26
1.6 Strukturierte Behandlungsprogramme	28
2. PFLEGEVERSICHERUNG	33
2.1 Finanzen der sozialen Pflegeversicherung	35
2.2 Eingabenstatistik	41
2.3 Aufsicht bei den Pflegekassen	41
2.4 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen	42
3. UNFALLVERSICHERUNG	45
3.1 Finanzen der gesetzlichen Unfallversicherung	47
3.2 Eingabenstatistik	47
3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten	48
3.4 Aufsichtsprüfungen	51
4. RENTENVERSICHERUNG	55
4.1 Finanzen der gesetzlichen Rentenversicherung	57
4.2 Eingabenstatistik	58
4.3 Grundsatzfragen	58
4.4 Aufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Bund, soweit sie Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung wahrnimmt	65

4.5	Aufsichtsprüfungen bei den Rentenversicherungsträgern	65
4.6	Aufsicht über die Künstlersozialkasse	69
4.7	Internationales Sozialversicherungsrecht	70
5.	LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG	77
6.	GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	83
6.1	Gerichtsverfahren / Statistik	85
6.2	Selbstverwaltung	87
6.3	Personal- und Dienstrecht	88
6.4	Allgemeines Aufsichtsrecht	90
6.5	Vermögenswirtschaft	92
7.	RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS	97
7.1	Allgemeines / Verfahren	99
7.2	Risikostrukturausgleich	100
7.3	Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds	105
7.4	Entwicklung der Beitragsrückstände, Prüfungen	108
8.	PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG	113
8.1	Prüfstatistiken	115
8.2	Prüfungen des Risikostrukturausgleichs (RSA)	116
8.3	MASDAT	117
8.4	Aus der Arbeit der Prüfgruppen	117
8.5	Prüfungen nach § 274 Abs. 1 Satz 2 SGB V	130

9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ	133
9.1 Ausbildungsplatzsituation	135
9.2 Prüfungen	136
9.3 Überwachung und Beratung	137
9.4 Begabtenförderung	140
10. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECH- NISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG	143
11. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE	149
12. ANHANG	155

1. KRANKENVERSICHERUNG

1. KRANKENVERSICHERUNG

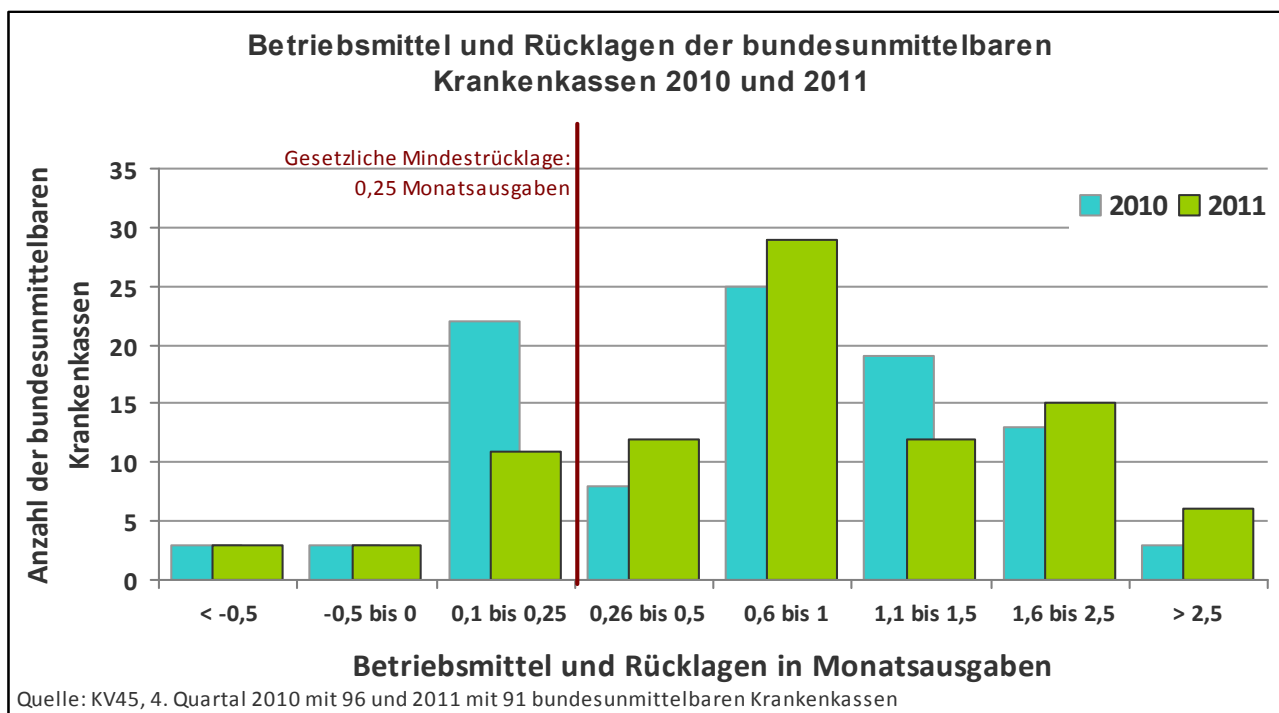
1.1 Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Jahr 2011 bescherte den gesetzlichen Krankenkassen günstige ökonomische Rahmenbedingungen. Die gute konjunkturelle Entwicklung ermöglichte es dem Gesundheitsfonds, die monatlichen Zuweisungen frühzeitig auszuzahlen. Zugleich führte ein hinter den Erwartungen zurückgebliebener Anstieg der Leistungsausgaben dazu, dass die Zuweisungen die Ausgaben überstiegen. Diese Situation konnte von vielen Krankenkassen genutzt werden, um ihre Rücklagen aufzufüllen, die z.T. nicht im vorgeschriebenen Umfang vorhanden waren.

BKK zum 30. Juni 2011 und der BKK für Heilberufe zum 31. Dezember 2011 zu nennen. Eine finanzielle Sanierung konnte hier trotz des günstigen ökonomischen Umfeldes und trotz Erhebung eines hohen Zusatzbeitrages nicht mehr erreicht werden. Einige weitere Krankenkassen, deren finanzielle Entwicklung vom Bundesversicherungsamt eng überwacht wurde, konnten sich mittlerweile mit finanzstarken Krankenkassen vereinigen.

Zusatzbeiträge

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen hat bei einigen Krankenkassen zur Verbesserung



Naturgemäß konnten jedoch nicht alle Krankenkassen in gleichem Maße von den günstigen Rahmenbedingungen profitieren. Als auffälligste Beispiele sind die notwendig gewordenen Schließungen der CITY

der finanziellen Situation beigetragen. Es hat sich aber auch gezeigt, dass die Erhebung eines sehr hohen, nicht mehr „marktfähigen“ Zusatzbeitrages zu derart starken Mitgliederverlusten führen kann, dass der

angestrebte Effekt einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation nicht erreicht wird. Offensichtlich wird der als reguläres Finanzierungsinstrument der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführte Zusatzbeitrag von den Mitgliedern der Krankenkassen als besondere Belastung empfunden, die insbesondere in einer Situation, in der es viele Krankenkassen ohne Zusatzbeitrag gibt, die Bereitschaft zum Wechsel erhöht.

Noch vor etwa einem Jahr musste davon ausgegangen werden, dass in absehbarer Zeit die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben nicht mehr decken werden, was nach und nach eine flächendeckende Einführung von Zusatzbeiträgen notwendig gemacht hätte. Nachdem im Jahr 2011 das Gegenteil der Fall war und auch für 2012 derzeit keine Unterdeckung zu erwarten ist, werden eine Reihe von Krankenkassen den im Jahr 2011 erhobenen Zusatzbeitrag in Zukunft nicht mehr erheben.

1.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
KV	4.131

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

1.3 Aufsicht bei den Krankenkassen

Schließung der City BKK sowie der BKK für Heilberufe

Von besonderer Bedeutung für die aufsichtsrechtliche Tätigkeit des Bundesversicherungsamtes im Berichtszeitraum waren die Auswirkungen der ersten seit vielen Jahren erforderlichen Schließungsverfahren im Falle zweier Krankenkassen, der City

BKK und der BKK für Heilberufe.

Erhebliche Konsequenzen für die Versicherten und das System der gesetzlichen Krankenversicherung hatte dabei insbesondere die Schließung der City BKK zum 30. Juni 2011. Das Bundesversicherungsamt musste feststellen, dass der vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollte und grundsätzlich unproblematische Wechsel zu einer neuen Krankenkasse in der Praxis für zahlreiche Versicherte mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden war, wie teilweise auch von den Medien dokumentiert wurde.

Im Hinblick auf die große Zahl der betroffenen Versicherten hatten zum einen verschiedene Krankenkassen - v. a. in Hamburg und Berlin - Probleme bei der organisatorischen Bewältigung der Verfahren. Zum anderen wurden insbesondere aufgrund der komplexen rechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit den Folgen von Kassenschließungen Versicherte in Einzelfällen von Kassenmitarbeitern unvollständig oder falsch beraten.

Das Bundesversicherungsamt hat geeignete aufsichtsrechtliche Maßnahmen gegenüber den betroffenen Versicherungsträgern ergriffen, um einen reibungslosen Kassenwechsel sicherzustellen. Zu diesem Zweck hat das Bundesversicherungsamt auch gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit angeregt, die Normen im Bereich der Fortgeltung von Leistungsentscheidungen klarzustellen, wie dies der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes schließlich auch vorgenommen hat (s. § 19 Abs. 1a SGB V, § 35 Satz 2 SGB XI).

Letztlich ist es gelungen, die angesprochenen Probleme beim Kassenwechsel nachhaltig zu beheben, so dass alle Versicherten der nunmehr geschlossenen City BKK ihre Versicherung bei einer neuen Kranken- und Pflegekasse ihrer Wahl durchführen können. Das Liquidationsverfahren der City BKK wird sich voraussichtlich noch über einen längeren Zeitraum erstrecken; ein Zeitraum von mehreren Jahren ist durchaus möglich.

Das Bundesversicherungsamt konnte im weiteren Verlauf des Berichtszeitraums feststellen, dass sich das wettbewerbswidrige Verhalten einiger Krankenkassen im Zusammenhang mit der Schließung der BKK für Heilberufe zum 31. Dezember 2011 nicht wiederholte. Im Gegenteil, die Versicherten der BKK für Heilberufe wurden von den anderen Krankenkassen umworben und zum Beitritt bei ihrer Krankenkasse ermuntert.

Hausarztzentrierte Versorgung

Im Berichtsjahr 2011 war das Bundesversicherungsamt weiterhin mit der Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung sowie mit der diesbezüglichen Vertragsprüfung befasst.

Nachdem fortlaufend Bescheide zur Bestimmung einer Schiedsperson erlassen wurden, liegen lediglich noch vereinzelt offene Anträge vor. In diesen Verfahren wird weiter verhandelt oder wurde das Ruhen beantragt. Somit kann die Schiedspersoneneinsetzung mit etwa tausend Bescheiden als im Wesentlichen abgeschlossen angesehen werden.

Weiterhin beschäftigte das Bundesversicherungsamt wieder die Frage, ob die antragstellende Gemeinschaft mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vertritt. Zunächst wurde das Quorum anhand der von den Hausarztverbänden von sich aus vorgelegten Mandatierungserklärungen geprüft. Bereits bei Einführung der hausarztzentrierten Versorgung war unter den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder erörtert worden, ob für die Quorumsprüfung Mandatierungserklärungen eingereicht werden müssen oder die Mitgliedschaft bei einer Gemeinschaft (z.B. Hausarztverband) ausreichend ist. Da die Hausärzteverbände von sich aus Mandatierungserklärungen eingereicht hatten, wurde diese Frage nicht weiter verfolgt, da jedenfalls diese Erklärungen als ausreichend angesehen wurden, um die Eigenschaft als qualifizierte Gemeinschaft i.S.d. Gesetzes nachzuweisen. Im weiteren Verfahren ist das Bundesversicherungsamt dazu übergegangen, die Quorumsprüfung anhand der Zahl der Mitglieder der Gemeinschaften zu prüfen. Denn sofern sich aus der Satzung der Gemeinschaft ergibt, dass zu den Aufgaben auch das Führen von Vertragsverhandlungen o.ä. gehört, ist eine ausdrückliche Abschlussvollmacht bzw. Mandatierung nicht erforderlich.

Aufgrund des im vorherigen Berichtsjahr vom Bayerischen Hausärzteverband e.V. initiierten und gescheiterten kollektiven Zulassungsverzichts hatten viele Kassen - auch einige Ersatzkassen - bestehende Hausarztverträgen gekündigt. Die Betriebskrankenkassen haben danach in eigener Regie mit

dem Bayerischen Hausärzteverband e.V. Anschlussvereinbarungen getroffen. Das Bundesversicherungsamt konnte zwischen dem Verband und den beteiligten Ersatzkassen vermitteln und erreichen, dass die Vertragsparteien die Gespräche wieder aufnehmen und sich zudem auf eine gemeinsame Schiedsperson einigten. Zwischenzeitlich liegt der Schiedsspruch vor. Es zeichnet sich jedoch ab, dass dieser von den beteiligten Krankenkassen beklagt wird.

§ 73b SGB V ist durch das GKV-FinG mit Wirkung vom 22. September 2010 erneut in zwei zentralen Punkten geändert worden. Nunmehr ist in Verträgen, die nach dem o.g. Zeitpunkt zustande kommen, bei der zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Des Weiteren sind diese Verträge der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Etwa zwei Dutzend vorlagepflichtige Verträge mussten seitens des Bundesversicherungsamtes bereits beanstandet werden. Um weitere Beanstandungen zu vermeiden, hat das Bundesversicherungsamt in einem Rundschreiben vom 5. April 2011 an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen die Sicherstellung der Durchführung der Vorgaben des § 73b Abs. 5a Satz 4 und Abs. 8 SGB V näher erläutert. Seither mussten hinsichtlich der Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität keine Beanstandungen mehr ausgesprochen werden.

Die Umsetzung der geschiedsten Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gestaltet sich in einigen KV-Regionen mit der Einführung des Grundsatzes der Beachtung der Beitragssatzstabilität äußerst schwierig.

Denn verschiedene Hausarztverbände kommunizierten offen ihr fehlendes Interesse an der Umsetzung; begründet wird dies mit der Unzufriedenheit hinsichtlich der Vergütung.

Auch für das nächste Berichtsjahr erwartet das Bundesversicherungsamt in erheblichem Maße weitere Umsetzungsfragen und Vertragsprüfungen zur hausarztzentrierten Versorgung.

Entwicklung bei den Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen

Die Bewilligungspraxis der Krankenkassen bei Anträgen auf Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen war auch im Berichtsjahr vielfach Gegenstand von Eingaben und Beschwerden.

Obwohl das Bundesversicherungsamt die Krankenkassen wiederholt darauf hingewiesen hat, dass das grundsätzlich geltende Stufenverhältnis – ambulant vor stationär – diesbezüglich nicht anzuwenden ist und die Krankenkassen darauf hinzuwirken haben, dass die Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ausreichend, nachvollziehbar sowie zutreffend begründet ist, wurden insoweit weiterhin erhebliche Missstände beklagt. Auch der Bundesrechnungshof hatte die wenig transparente Entscheidungsfindung der Krankenkassen gerügt.

Das Bundesversicherungsamt hatte dies zum Anlass genommen, die Krankenkassen nochmals nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass Versicherte, sofern die in §§ 24, 41 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllt sind, Anspruch auf Leistungen zur medizi-

nischen Versorgung und Rehabilitation für Mütter und Väter haben und die Entscheidung, ob ein Antrag zu genehmigen oder abzulehnen ist, transparent, einzelfallbezogen und nachvollziehbar zu erfolgen hat.

Zwischenzeitlich, ist auch die vom Bundesministerium für Gesundheit angeregte Überarbeitung der Begutachtungsrichtlinie Versorgung und Rehabilitation durch den GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Dienst erfolgt. Es bleibt abzuwarten, ob die damit einhergehenden Veränderungen von Antragsvordrucken und Arbeitshilfen künftig zu einer anderen Bewilligungspraxis führen werden. Das Bundesversicherungsamt wird die Verfahrensweise der Krankenkassen auch weiterhin kritisch prüfen.

Nachträgliches Einwirken auf ärztliches Kodierverhalten

Das Bundesversicherungsamt ist auch im Berichtsjahr den Versuchen einzelner Kassen, auf ärztliches Kodierverhalten nachträglich einzuwirken, entschieden entgegengetreten.

So wurde das Vorhaben eines Trägers, Abrechnungsdiagnosen ambulanter Leistungsfälle des zurückliegenden Jahres zu korrigieren oder nachträglich Zusatzkennzeichen anzubringen, als Verstoß gegen melde- und datenschutzrechtliche Bestimmungen beanstandet. Unter irriger Berufung auf § 106a SGB V hatte die Krankenkasse den Beschwerde führenden Kassenärztlichen Vereinigungen „Korrekturfragebögen“ zur Weiterleitung an Ärzte übermittelt. Diese Bögen enthielten Sozial- und Abrechnungs-

daten vorangegangener Quartale, mittels derer die „Plausibilität“ ausgewählter Diagnosen erschüttelt werden sollte. Das Bundesversicherungsamt hat das Vorhaben unterbunden und deutlich gemacht, dass die Prüfung nach § 106a SGB V die Plausibilität der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose erfasst, nicht jedoch die Diagnose selbst sowie die Auswertung historischer Daten. Somit wurden nachträgliche Datenmeldungen verhindert, die angesichts der in den Fragebögen gelisteten Fälle mit spezifischem Krankheitsbezug die Datenbasis für den Risikostrukturausgleich (RSA) hätten verfälschen können.

Ebenfalls im ambulanten Bereich hat das Bundesversicherungsamt die an den Arzt gerichtete Aufforderung einer Krankenkasse moniert, Diagnosen unmittelbar an die Krankenkasse zu melden. Die Krankenkasse hatte sich darauf berufen, dass bestimmten Arzneimittelverordnungen keine Diagnosen zugrunde gelegt hätten und wies auf mögliche Prüfungen nach §§ 106, 106a SGB V hin. Das Bundesversicherungsamt hat deutlich gemacht, dass eine unmittelbare Erhebung von Diagnosedaten durch Krankenkassen bei Ärzten entgegen der §§ 284, 295 ff. SGB V datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Daneben lassen sich Pflichten des Arztes zur Übermittlung von Leistungsdaten an die Kassenärztlichen Vereinigungen zwar auch durch Prüfungen nach §§ 106, 106a SGB V überwachen. Der Verweis darauf darf jedoch nicht das Ziel verfolgen, Nachmeldungen von Diagnosen – die ohnehin nicht Folge solcher Prüfungen sind – unmittelbar an die Krankenkasse zu erwirken.

In einer Mehrzahl von Fällen mit stationärem Bezug hat das Bundesversicherungsamt darauf hingewiesen, dass Diagnosedaten aus vergangenen Abrechnungszeiträumen oder aus anderen Leistungsbereichen von den Krankenkassen nicht dazu verwendet werden dürfen, gegenüber Krankenhäusern nachträglich eine Korrektur oder Ergänzung RSA-relevanter Nebendiagnosen ohne erneute Abrechnungsrelevanz einzufordern. Die so ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erstrebte Erhebung und erneute Übermittlung RSA-relevanter stationärer Leistungsdaten für Abrechnungsfälle, in denen bereits Daten gemeldet wurden, ist gleichfalls unzulässig (§§ 275, 284, 301 SGB V). Gemäß Beschlussfassung auf der 79. Arbeitstagung 2011 in Hannover stimmen die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder darin überein (vgl. Punkt 1.5 S. 24f.). Zukünftig wird das Bundesversicherungsamt auch die strafrechtliche Relevanz eines derartigen kollusiven Verhaltens würdigen und die erforderlichen Schritte einleiten.

Behandlung der feuchten altersbedingten Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Injektion

Die Kostenübernahme der Behandlung der AMD ist seit geraumer Zeit Gegenstand einer Vielzahl von Beschwerden beim Bundesversicherungsamt.

Für die Behandlung der Erkrankung gibt es zugelassene Arzneimittel. Allerdings wurde im Bewertungsausschuss trotz Aufforderung durch das BMG bislang noch nicht über die Vergütung der für die Einbringung des Arzneimittels in das Auge notwendigen

intravitrealen Injektion entschieden. Diese bereits seit Jahren andauernde Nichterfüllung der Aufgaben des Bewertungsausschusses hat zur Folge, dass es den gesetzlichen Krankenkassen derzeit grundsätzlich nicht möglich ist, die intravitreale Injektion im Rahmen des für die vertragsärztliche Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Sachleistungsprinzips zu erbringen.

Eine Abrechnung über die Krankenversicherungskarte scheidet somit grundsätzlich aus.

Als Folge dieser unbefriedigenden Situation hat ein Teil der bundesunmittelbaren Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern geschlossen, die für die Behandlung der AMD eine pauschale Vergütung vorsehen, die neben der ärztlichen Leistung auch die Kosten der Anästhesie und des Arzneimittels beinhaltet. Die Krankenkassen verweisen ihre Versicherten regelmäßig an die an dem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Lässt ein Versicherter – davon abweichend – die Behandlung durch einen Vertragsarzt durchführen, der nicht an einem solchen Vertrag teilnimmt, versuchen manche Kassen, die Erstattung der nach analogen GOÄ-Ziffern von dem Leistungserbringer abgerechneten Kosten auf die von der Kasse mit ihren Vertragspartnern vereinbarten Beträge zu beschränken.

Diese Verfahrensweise ist nach Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes unzulässig. Vielmehr sind den Versicherten die entstandenen Kosten der Behandlung nach § 13 Abs. 3 SGB V zu erstatten. Trotz eines für die Behandlung zur Verfügung stehen-

den zugelassenen Arzneimittels ist mangels bestehender Vergütungsziffer für die intravitale Injektion eine Behandlung im Rahmen der Sachleistung nicht möglich. Angesichts der Schwere der Erkrankung und der bei Nichtbehandlung drohenden erheblichen Folgen, besteht eine Versorgungslücke im vertragsärztlichen Versorgungssystem. Die von den Kassen geschlossenen besonderen Verträge ändern daran nichts. Es steht den Krankenversicherungsträgern zwar unter bestimmten Umständen frei, Verträge mit dem Ziel abzuschließen, eine kostengünstigere Versorgung ihrer Versicherten zu erreichen. Sie sind aber nicht dazu berechtigt, ihre Versicherten dazu zu verpflichten, sich ihre Leistungen aufgrund dieses besonderen Reservesystems zu beschaffen, das sich außerhalb des in den gesetzlichen Regelungen festgelegten Vertragssystems bewegt.

Das Recht des Versicherten, unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern frei zu wählen, darf nicht durch die bestehenden Verträge der Kassen beschränkt werden. Die Krankenkasse kann ihre Versicherten selbstverständlich auf die kostengünstigere Erbringung der Leistung hinweisen. Eine bindende Verpflichtung, einen bestimmten Behandler in Anspruch zu nehmen, kann sie jedoch nicht aussprechen. Nimmt ein Versicherter daher einen zur vertragsärztlichen Behandlung zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch, der einem Vertrag zur Behandlung der AMD nicht beigetreten ist, kann der Anspruch des Versicherten nicht auf die im Vertrag vereinbarten Kosten beschränkt werden.

Auf diese Rechtsauffassung hat das Bundesversicherungsamt die bundesunmittelbaren Krankenkassen bereits mit Rundschreiben im Jahr 2010 hingewiesen. Gleichwohl war im Berichtsjahr eine Vielzahl von Eingaben zu verzeichnen, die die Beschränkung der Kostenerstattung durch eine Krankenkasse auf die Vertragssätze beanstandeten.

Das Bundesversicherungsamt hat den Krankenversicherungsträger zwischenzeitlich aufsichtsrechtlich beraten. Die Krankenkasse hat zugesagt, dass sie zukünftig die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes beachten und ihre Verfahrensweise umstellen wird.

Kostentragungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für die Impfungen gegen Influenza A/ H1N1

Im Berichtszeitraum weigerte sich eine Betriebskrankenkasse, den auf sie entfallenden Anteil an den Kosten für die Impfungen gegen Influenza A/H1N1 zu tragen und in die Fonds der einzelnen Bundesländer einzuzahlen. Das Bundesversicherungsamt hat die Vorgehensweise der Krankenkasse beanstandet.

Gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (ISchGKVLV) i. V. m. § 20 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz tragen die Krankenkassen nach § 4 SGB V für die Versicherten die Kosten für Schutzimpfungen gegen die erstmals im Jahr 2009 pandemisch aufgetretene Influenza A/H1N1 nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V. Dazu gehören insbesondere die Sachkosten und die Kosten für die Aufklärung der zu

impfenden Personen, für die Verabreichung des Impfstoffes sowie für die medizinische Dokumentation. Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 ISchGKVLV werden auf Landesebene oder länderübergreifend Fonds eingerichtet, an denen sich die gesetzlichen Krankenkassen zu beteiligen haben. Ein Ermessen der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen wird durch diese Formulierung ausgeschlossen. Der Gesetzgeber hat mit dieser Verordnung eine Pflicht zur Zahlung angeordnet, damit in erster Linie die Versorgung aller Versicherten im Falle der Pandemie gewährleistet wird.

Jede gesetzliche Krankenkasse muss zur Abgeltung der Kosten der Impfung einen pauschalen Betrag leisten, der auf die Gesamtzahl ihrer Versicherten mit Wohnort in dem jeweiligen Land bzw. dem Gebiet der länderübergreifenden Fonds bezogen ist. Diese Pauschalierung dient nicht nur der solidarischen Tragung, sondern auch der Kostenreduzierung. Dadurch soll der administrative Aufwand, wie die versichertenbezogene Erfassung der Impfungen, vermieden werden.

Nach erfolgloser Beratung und Erlass eines Verpflichtungsbescheides zur Zahlung der ausstehenden Impfkostenanteile in dem Bundesland Bayern hat sich die Krankenkasse bereit erklärt, die noch ausstehenden Beträge an die Fonds der Länder zu begleichen.

Fehler bei der Bescheiderstellung – Rechtsbehelfsbelehrung

Wie in den Jahren zuvor beschäftigten das Bundesversicherungsamt im Berichtsjahr nicht nur die Diskussion neu auftretender

rechtlicher Fragestellungen, sondern auch die Umsetzung unstrittiger und eindeutiger Vorschriften des Verwaltungsverfahrens gegenüber den Krankenkassen.

Obwohl nach § 36 SGB X ein Bescheid, durch den ein Beteiligter beschwert wird, zwingend mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen ist, fiel die fehlerhafte Bescheiderteilung einiger Betriebskrankenkassen in diesem Bereich auf und bedurfte weiterer Erörterungen. Die Verwendung einer Rechtsbehelfsbelehrung steht für Krankenkassen, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts an die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften gebunden sind, nicht zur Disposition. Angaben, die über die gesetzlich geforderten Inhalte der Rechtsbehelfsbelehrung (Bezeichnung des Rechtsbehelfs, Angabe der Behörde oder des Gerichts und dessen Sitz, Form und Frist des Rechtsbehelfs) hinausgehen, dürfen den Beteiligten nicht von einem Rechtsbehelf abhalten. Entsprechende Ergänzungen sind unzulässig und werden aufsichtsrechtlich nicht toleriert. Da die Rechtsbehelfsbelehrung keine bloße Formalie ist, sondern als spezielle Information dem Rechtsschutz des Versicherten dient, wird das Bundesversicherungsamt auch zukünftig auf die Einhaltung der maßgeblichen Rechtsvorschriften strikt achten.

Nutzung der (alten) Krankenversicherungskarte trotz Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte

Die Krankenkassen sind verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2011 mindestens ein Zehntel ihrer Mitglieder mit einer elektronischen Gesundheitskarte auszustatten.

Bei der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte haben einige Krankenkassen ihren Mitgliedern empfohlen, ihre bisherige Krankenversichertenkarte noch zu behalten. Dagegen wandten sich einige Kassenärztliche Vereinigungen, da sie die missbräuchliche Verwendung der Karten befürchteten.

Da zum einen die gesetzlichen Regelungen keine Bestimmungen darüber enthalten, wie nach Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte mit den alten Karten zu verfahren ist, und zum anderen, Informationen zufolge, nicht alle Leistungserbringer bereits mit den erforderlichen Lesegeräten ausgestattet sind, hat das Bundesversicherungsamt trotz eines bestehenden Missbrauchspotenzials das Verfahren aufsichtsrechtlich toleriert, um den Versicherten die reibungslose Leistungsanspruchnahme zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen. Darüber hinaus erschien das Missbrauchspotenzial aufgrund bestehender weiterer Modalitäten im Zusammenhang mit einer Leistungsanspruchnahme (Prüfung bestimmter Leistungsanträge vorab durch die Krankenkassen, Verpflichtung der Leistungserbringer, sich über die Identität des Karteninhabers zu vergewissern) für die Übergangszeit beschränkt.

Beauftragung privater Gutachterdienste durch die gesetzliche Krankenversicherung

Die Frage, ob sich gesetzliche Krankenkassen bei der Bewilligung von Hilfsmitteln externer Beratungsdienste bedienen dürfen, ist in der Vergangenheit in der Aufsichtspraxis kontrovers diskutiert worden. Das

Meinungsbild der Aufsichtsbehörden reichte dabei von vollkommener Ablehnung bis zu großzügiger Gestattung.

Nachdem die Aufsichtsbehörden auf der 77. Arbeitstagung vom 10. bis 11. November 2010 Einvernehmen insoweit erzielten, dass ein Einsatz von privaten Gutachterdiensten bei der Hilfsmittelversorgung unter Beachtung bestimmter Bedingungen grundsätzlich zulässig ist, haben die Aufsichtsbehörden auf der 78. Aufsichtsbehörden tagung vom 11. bis 12. Mai 2011 ein vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen erarbeitetes Arbeitspapier beschlossen, das künftig Grundlage der aufsichtsrechtlichen Beurteilung sein wird.

Wesentlich ist dabei, dass keine Kernaufgaben der Krankenkasse auf private Gutachterdienste übertragen werden dürfen, die Voraussetzungen des § 197 b SGB V erfüllt sein müssen, d.h. die Aufgabenwahrnehmung durch den Dritten muss wirtschaftlich sein, sie muss im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegen und Rechte der Versicherten dürfen nicht beeinträchtigt werden. Darüber hinaus muss regelmäßig auch eine Einwilligung der Versicherten zur Datenübermittlung vorliegen.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Beauftragung externer Gutachterdienste künftig entwickeln wird.

Einzug der Zuzahlungen zu stationären Behandlungen

Nach § 39 Abs. 4 SGB V zahlen Versicherte die für eine stationäre Krankenhausbehandlung angefallene Zuzahlung

an das Krankenhaus. Zum Zahlungsweg der Zuzahlungen hat der Gesetzgeber in § 43 b Abs. 3 SGB V geregelt, dass das Krankenhaus die Zuzahlung einbehält. Zahlt der Versicherte trotz schriftlicher Aufforderung durch das Krankenhaus die Zuzahlung nicht, hat nicht die Krankenkasse, sondern das Krankenhaus die Zuzahlung einzuziehen. Die Krankenhäuser werden insoweit zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens beliehen. Im Gegenzug hat die Krankenkasse dem Krankenhaus je Verwaltungsverfahren eine Kostenpauschale, sowie durch Klagen entstehende Kosten zu erstatten.

Anlässlich vorgetragener Beschwerden einzelner Versicherter fiel dem Bundesversicherungsamt auf, dass einige Krankenkassen nicht zuletzt aufgrund der sonst anfallenden Kostenerstattung die gesetzliche Zuständigkeitsregelung systematisch umgingen. So ist das Krankenhaus zur Ermittlung der Zuzahlung auf die Meldung der Krankenkasse über bereits geleistete und anzurechnende Zuzahlungstage angewiesen. Meldet die Krankenkasse keine Zuzahlungspflicht des Versicherten oder unterbleibt die Meldung ganz, sieht die Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43 b Abs. 3 S. 9 SGB V (Zuzahlungsvereinbarung, in der Fassung vom 13. Oktober 2010) vor, dass – sollte dennoch eine Zuzahlungspflicht bestehen – der Einzug durch die Krankenkasse erfolgt. Die Krankenkassen nutzten diese Vereinbarung und unterließen systematisch die Meldung oder meldeten wahrheitswidrig keine Zuzahlungspflicht.

Ein solches Vorgehen verstößt gegen die Regelung des § 43 b Abs. 3 SGB V. Es

lässt sich auch nicht mit aktuell geltenden untergesetzlichen Bestimmungen wie der Zuzahlungsvereinbarung rechtfertigen. Soweit diese in den Fällen der unterbliebenen oder irrtümlichen Meldung aus praktischen Gründen eine Zuständigkeit der Krankenkasse begründet, ist das – wenn überhaupt – auch nur in den genannten Ausnahmefällen möglich. Den Krankenkassen soll dagegen nicht durch missbräuchliche Anwendung eine Disposition über die gesetzlich festgelegte Zuständigkeit eröffnet werden. In den im Berichtsjahr abgeschlossenen Fällen verfolgten die Krankenkassen die Verfahrensweise nicht weiter.

Ausübung des Wahlrechts Versicherungs- pflichtiger nach Ablauf der zweiwöchigen Meldefrist gemäß § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V

Aufgrund verschiedener Eingaben war eine uneinheitliche Praxis der Krankenkassen in Bezug auf die Anerkennung solcher Mitgliedsbescheinigungen festzustellen, die von Versicherungspflichtigen erst nach Ablauf der zweiwöchigen Vorlagepflicht gemäß § 175 Abs. 3 S. 2 SGB V vorgelegt wurden.

Teilweise berücksichtigten die Krankenkassen die Kassenwahl des Versicherungspflichtigen nicht mehr, sondern waren der Auffassung, dass in diesen Fällen die Krankenkasse die Mitgliedschaft durchzuführen hat, bei der zuletzt eine Versicherung bestand.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes ist hingegen die Wahlerklärung des Versicherungspflichtigen solange vorrangig zu berücksichtigen, bis die meldepflichtige

Stelle eine Meldung abgegeben hat, auch wenn die Vorlagefrist bereits verstrichen ist.

Zwar hat nach dem Wortlaut des § 175 Abs. 3 S. 2 SGB V die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen nach Ablauf der Vorlagepflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand. Der Wortlaut lässt jedoch offen, ob sich die Zuständigkeit dieser Krankenkasse bei einer „nur“ verspäteten Vorlage der Mitgliedsbescheinigung auch dann ergibt, wenn die zur Meldung verpflichtete Stelle ihrer Anmeldeverpflichtung noch nicht nachgekommen ist.

Sinn und Zweck der Bestimmung sprechen aus Sicht des Bundesversicherungsamtes gegen die Geltung der Zuweisungsregelung in einem solchen Fall. Intention des § 175 SGB V ist es, die Versicherungspflichtigen einer Krankenkasse zuordnen zu können. Wird diese Zuordnung durch eine – wenn auch verspätete – Wahlentscheidung des Versicherungspflichtigen getroffen, ist dieser Zweck erfüllt und es bedarf einer ersetzenden Entscheidung nicht mehr. Darüber hinaus wird durch diese Verfahrensweise auch dem grundsätzlich eingeräumten Wahlrecht des Versicherungspflichtigen Rechnung getragen.

Da sich der GKV-Spitzenverband in seiner Gemeinsamen Verlautbarung zum Kassenwahlrecht bislang nicht zu dieser Fallkonstellation geäußert hatte, setzte das Bundesversicherungsamt sich mit ihm in Verbindung, um über eine Aufnahme dieser Rechtsfrage möglichst eine einheitliche Verfahrensweise aller Krankenkassen zu erreichen. Der GKV-Spitzenverband hat sich der

Auffassung des Bundesversicherungsamtes angeschlossen und eine entsprechende Ergänzung seiner Verlautbarung vorgenommen.

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

In diesem Berichtsjahr ergaben sich erneut Fragestellungen im Zusammenhang mit der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 von Soldaten auf Zeit

So hat das Bundesversicherungsamt mit den Aufsichtsbehörden der Länder kontrovers erörtert, ob Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten, die eine private Anwartschaftsversicherung abgeschlossen haben, nach dem Ausscheiden aus dem Dienst und fehlender Absicherung in Krankheitsfall nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind, wenn sie unmittelbar vor ihrer Zeit als Soldat auf Zeit / Berufssoldat gesetzlich krankenversichert waren.

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit a) SGB V sind Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, versicherungspflichtig.

Eine von den Soldaten auf Zeit / Berufssoldaten abgeschlossene Anwartschaftsversicherung in der PKV stellt nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes weder eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall dar, noch führt sie dazu, dass die Soldaten privat krankenversichert gewesen wären, denn die Anwartschaftsversicherung

sichert keinerlei Krankheitsrisiken ab und eröffnet auch keine Leistungsansprüche im Krankheitsfall. Sie stellt lediglich einen Auffangversicherungstatbestand dar, den die Betroffenen zur Geltung bringen können, aber nicht müssen.

Da auch der während der Zeit als Soldat bestehende Anspruch auf freie Heilfürsorge keine gesetzliche Versicherung im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V darstellt, ist allein auf die Versicherung abzustellen, die vor der Zeit als Soldat bestand. War der Soldat vor dieser Zeit also in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, ist er nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes nach dem Ausscheiden aus dem Dienst und fehlender Absicherung im Krankheitsfall nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dem gegenüber vertreten der GKV-Spitzenverband und die Aufsichtsbehörden der Länder die Auffassung, dass der genannte Personenkreis die Voraussetzungen einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 lit a) SGB V nicht erfüllt. Wegen der privaten Anwartschaftsversicherung sei vielmehr die private Krankenversicherung zuständig.

Eine einvernehmliche Verfahrensweise konnte somit nicht erreicht werden.

Mitgliedschaft in Selbsthilfeeinrichtungen und Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen

Verschiedentlich sind Mitglieder von Solidargemeinschaften bzw. Selbsthilfeeinrichtungen mit der Frage an das Bundesversicherungsamt herangetreten, ob die Mitglied-

schaft in solchen Einrichtungen als eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V anzusehen ist.

Bisher kann diese Frage nicht abschließend beantwortet werden.

Im Hinblick auf die Nachrangigkeit einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V können unter bestimmten Bedingungen auch Ansprüche aus anderen Versicherungen, wie beispielsweise privatrechtlicher Vereinigungen, als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall angesehen werden. Voraussetzung ist aber, dass die Leistungsansprüche sowohl weitgehend den Leistungen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung entsprechen als auch mit einer dauerhaften Erfüllung gerechnet werden kann. Problematisch bei den Solidargemeinschaften / Selbsthilfeeinrichtungen ist regelmäßig, ob ausreichende Rechtsansprüche der Mitglieder auf Schutz im Krankheitsfall gegen die Gemeinschaft bestehen, die den Anforderungen der Versicherung in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung genügen.

Dies wird vom Bundesministerium für Gesundheit in Abstimmung mit weiteren Bundesministerien noch geprüft.

1.4 Aufsichtsprüfungen

Einflussnahme auf krankenhausärztliches Kodierverhalten / Erhebung von Daten für den Morbi-RSA

Das Aufsichtsprüfreferat hat im Jahr 2011 erneut Aktivitäten von gesetzlichen Krankenkassen zur nachträglichen Erfassung

sowie zur Korrektur bereits gemeldeter stationärer Diagnosen beobachtet.

Seit dem Jahr 2009 orientiert sich der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auch unmittelbar am Krankheitszustand der Versicherten, der direkten Morbidität (Morbi-RSA). Dabei sind stationäre Diagnosen von besonderer Qualität: Jede relevante stationäre Diagnose, die einer der 80 im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten zuzuordnen ist, bewirkt eine Zuordnung des Versicherten zu einer „Hierarchisierten Morbiditätsgruppe“ (HMG) und löst im Rahmen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds einen Zuschlag aus. Die Diagnostikstellung des Krankenhauses ist damit wesentliche Datengrundlage.

Um den Verdacht eines rechtswidrigen Umgangs mit stationären Leistungsdaten zu untersuchen, wurde eine Prüfung in den Geschäftsräumen einer gesetzlichen Krankenkasse sowie der beteiligten Arbeitsgemeinschaft eingeleitet. Die aufsichtrechtlichen Ermittlungen bestätigten den Verdacht, dass eine programmgestützte Anwendung eingesetzt wird, um eine detaillierte Darstellung der Wechselwirkungen zwischen dem DRG-System und den Kriterien des Morbi-RSA zu simulieren.

Unter Verwendung des eingesetzten Programms können Diagnosen nach ihrer Relevanz im Risikostrukturausgleich selektiert sowie HMG und DRG-(Rechnungskürzungs-) Effekte mit Blick auf Zuweisungspotentiale bilanziert werden. Auf diese Weise ist es möglich, gewünschte Effekte aus wirtschaftlicher Sicht

zu steuern. Hierauf basierend wurden in zahlreichen Fällen eine nachträgliche Erfassung neuer sowie Korrekturen bereits gemeldeter Diagnosen bei Krankenhäusern veranlasst. Die im Morbi-RSA zuschlagsauslösenden Diagnosedaten wurden entgegen den Übermittlungsvorschriften für Leistungsdaten erhoben und für den Morbi-RSA gemeldet.

Es hat sich herausgestellt, dass wesentlicher Zweck des Programmeinsatzes die Generierung höherer Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds war. Der Einsatz solcher programmgestützter Anwendungen zum Zwecke der Nacherfassung und zur Korrektur von Diagnosen sowie das darauf gerichtete Verlangen gegenüber den Krankenhäusern sind unzulässig und verstoßen gegen geltendes Recht. Insoweit besteht auch Einigkeit mit den Aufsichtsbehörden der Länder. So wurde auf 79. Aufsichtsbehördentagung in Hannover unter anderem folgender Beschluss gefasst:

„Die auf Nacherfassungsersuchen (im Sinne von Buchst. a) hin initiierte Erhebung und erneute Übermittlung RSA-relevanter stationärer Leistungsdaten für Abrechnungsfälle, in denen bereits Daten nach § 301 SGB V gemeldet worden sind, erfolgt außerhalb des Verfahrens nach § 275 SGB V ohne Rechtsgrundlage, speziell im Widerspruch zu § 284 und zu § 301 SGB V.“

Die Prüfung zeigt, dass die Thematik um Einflussnahmen auf ärztliches Kodierverhalten nach wie vor aktuell ist (vgl. oben 1.3 S. 15f.). Das Bundesversicherungsamt sieht die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zum Morbi-RSA als eine zentrale

Aufgabe an. Gegen derartige Rechtsverstöße wird weiterhin konsequent vorgegangen. Auch wird das Bundesversicherungsamt künftig die strafrechtliche Relevanz des Verhaltens würdigen und die erforderlichen Schritte einleiten.

Outsourcing von Vollstreckung und Insolvenz gemäß § 97 Abs. 1 S. 3 SGB X; Prüfung der Geschäftsprozesse zwischen Krankenkassen und einem Dienstleister

Im Jahr 2011 hat das Bundesversicherungsamt bei einigen gesetzlichen Krankenkassen örtliche Erhebungen zum Thema Outsourcing durchgeführt. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nach § 30 Abs. 1 SGB IV verpflichtet, die Aufgaben zu erfüllen, die ihnen der Gesetzgeber übertragen hat. Von daher ist es nur mit einer entsprechenden gesetzlichen Ermächtigung möglich, diese zugewiesenen Aufgaben zu delegieren.

Auftragnehmer sind Arbeitsgemeinschaften oder Dritte. Dabei handelt es sich insbesondere um natürliche und juristische Personen des Privatrechts sowie öffentliche und gemeinnützige Einrichtungen.

Im Bereich der Vollstreckung von Gesamtsozialversicherungs- und Selbstzahlerbeiträgen haben Krankenkassen die Durchführung von Aufgaben durch Dritte nach § 197b SGB V auf einen privaten Dienstleister ausgelagert.

Das Bundesversicherungsamt hat festgestellt, dass entgegen der angezeigten Verträge Kernaufgaben einer gesetzlichen Krankenkasse durch den Dienstleister wahrgenommen wurden.

Hierbei ergaben sich u.a. Beanstandungen zu folgenden Punkten:

- Entscheidungen über Stundungsvereinbarungen erfolgten durch den Dienstleister, ohne die Krankenkasse in die Entscheidung einzubinden,
- der private Dienstleister hat das Dienstsiegel der Vollstreckungsbehörde in gescannter Form sowie Briefbögen der Krankenkasse verwendet,
- die vorläufige sowie die endgültige Forderungsanmeldung gegenüber dem Insolvenzverwalter erfolgte durch den Dienstleister. Die Forderungshöhe ermittelte der Dienstleister eigenständig aus den Beitragskonten und unterschrieb die Forderungsanmeldung - ohne Beteiligung der Krankenkasse - im Namen der Krankenkasse,
- bei Geschäftsführerhaftung wurden Vergleiche, in denen die Vergleichssumme mindestens 50 v.H. der Gesamtschuld oder die gesamten Arbeitnehmeranteile umfasste, eigenverantwortlich durch den Dienstleister mit dem Schuldner geschlossen.

Im Ergebnis haben die örtlichen Erhebungen bei den geprüften Krankenkassen und bei dem Dienstleister gezeigt, dass die vertraglich vereinbarte und vom Bundesversicherungsamt genehmigte Erledigung von Aufgaben durch den Dienstleister und die damit verbundene klare Abgrenzung zwischen hoheitlichem Handeln und schlicht-hoheitlichem Handeln im Sinne von unterstützenden Hilfstätigkeiten in der Praxis nicht sichergestellt ist.

Die betroffenen Krankenkassen wurden aufgefordert, die Verfahrensweisen so anzupassen, dass hoheitliche Aufgaben künftig ausschließlich durch die Krankenkassen wahrgenommen werden.

Prüfungen im Zusammenhang mit der Einführung des Zusatzbeitrages

Mit Einführung des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) zum 22. Dezember 2010 müssen die gesetzlichen Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, ab dem 01. Januar 2011 einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben, der nicht mehr in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen festgelegt werden darf. Ziel von örtlichen Erhebungen im Berichtsjahr war es festzustellen, ob die Krankenkassen bei Erhebung des Zusatzbeitrages nach der Rechtslage verfahren, der Zusatzbeitrag entsprechend der Vorgaben von den Mitgliedern eingezogen wurde, bei Nichtzahlung konsequent eine rechtzeitige und vollständige Beitreibung erfolgte und welche Umsetzungsprobleme sich dabei ergeben haben.

Festgestellt wurde im Wesentlichen, dass zu Beginn der Erhebung des Zusatzbeitrages bei Nichtzahlung massive Verspätungen bei der Versendung der Mahnungen und den folgenden Einziehungsmaßnahmen aufgetreten sind. In diesem Zusammenhang wurden Mahngebühren nicht konsequent erhoben. Säumniszuschläge wurden aus datentechnischen Gründen nicht oder erst verzögert erhoben. Der ab 01. Januar 2011 neu eingeführte Verspätungszuschlag (§ 242 Abs. 6 SGB V), der nach sechs Kalendermonaten Nichtzahlung zu erheben ist, wurde zum

Teil nicht bzw. erst mit Verspätung erhoben.

Die Aufgabe der Einzugsstelle nach § 76 Abs. 1 SGB IV, die ihr zustehenden Einnahmen rechtzeitig und vollständig zu erheben, wurde in diesem Bereich nicht hinreichend erfüllt.

Eine wesentliche Ursache für die Feststellungen/Beanstandungen waren Fusionen der Krankenkassen und die damit eingehenden Probleme bei der technischen Datenmigration der unterschiedlichen IT-Programme, die sich auf die weiteren nachgelagerten IT-Bereiche ausgewirkt haben.

Daneben wurden teilweise Inhalte schriftlicher Unterlagen (z.B. Arbeitsanweisungen) und sonstige Verfahrensfehler (fehlende/oder schlecht platzierte Hinweise auf das Sonderkündigungsrecht im Erhebungsbescheid zum Zusatzbeitrag) vom Prüfreferat moniert.

Insgesamt haben die Prüfungen gezeigt, dass neben den massiven technischen, organisatorischen und personellen Problemen bei der Einführung des Zusatzbeitrages die hohen Ausgaben der Kassen bei den Verwaltungskosten die Frage nach der Wirtschaftlichkeit des Zusatzbeitrages aufkommen lassen, jedenfalls solange der Beitrag niedrig ist.

Die weiteren Entwicklungen werden seitens des Bundesversicherungsamt beobachtet und ggf. mit weiteren Prüfungen ab 2013 flankiert.

1.5 Altersversorgungsverpflichtungen der Krankenkassen

Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung (KK-AltRückV)

In den Tätigkeitsberichten 2007 (Seite 15) und 2008 (Seite 20) hatte das Bundesversicherungsamt bereits auf die bestehenden Deckungslücken als Differenz zwischen dem auf versicherungsmathematischer Grundlage ermittelten Rückstellungsbedarf für betriebliche Altersversorgungsverpflichtungen und dem gebildeten Deckungskapital in der gesetzlichen Krankenversicherung hingewiesen. Gemäß § 171e Abs. 1 Satz 1 SGB V sind die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände seit dem 1. Januar 2010 verpflichtet, für ihre Altersversorgungszusagen, die eine direkte Einstandspflicht nach dem Betriebsrentengesetz (BetrAVG) auslösen, sowie für Beihilfeverpflichtungen im Krankheits- und Pflegefall, bis spätestens zum 31. Dezember 2049 ein zur Ausfinanzierung ausreichendes Deckungskapital und entsprechende Altersrückstellungen zu bilden. Den langfristig ausgelegten Übergangszeitraum von 40 Jahren zur Bildung eines wertgleichen Deckungskapitals und entsprechender Altersrückstellungen hatte der Gesetzgeber gewählt, um dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu genügen.

Nach § 171e Abs. 3 Satz 2 SGB V ist das Nähere zur Bildung der Altersrückstellungen und des Deckungskapitals durch eine Verordnung zu regeln. Mit der Übertragungsverordnung vom 12. Februar 2010 (BGBl. I, 88) hat das Bundesministerium für Gesundheit diese Verordnungsbefugnis auf das Bundesversicherungsamt über-

tragen. Nach langwierigen Abstimmungen mit dem GKV-Spitzenverband und innerhalb der Bundesregierung sowie nach Zustimmung des Bundesrates trat die vom Bundesversicherungsamt erstellte Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung am 26. Juli 2012 in Kraft (BGBl. I, 1396 und 1397). Im Wesentlichen werden durch die Verordnung folgende Punkte geregelt:

- welche Institutionen die KK-AltRückV anwenden müssen,
- für welche Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung Altersrückstellungen gebildet werden müssen,
- sowie die versicherungsmathematischen Vorgaben für die Berechnung der Altersrückstellungen.

Leitfaden zur KK-AltRückV

Nach Inkrafttreten des § 171e SGB V und der KK-AltRückV haben Krankenkassen und ihre Verbände vermehrt Fragen zur Auslegung und Anwendung der o. g. gesetzlichen Regelung und der Verordnung an das Bundesversicherungsamt gerichtet. Zu diesen Fragen hat das Bundesversicherungsamt einen „Leitfaden zur Altersrückstellungsverordnung für die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände“ erstellt. Der Leitfaden soll die konkrete Umsetzung der KK-AltRückV unterstützen, indem er allgemeine Fragestellungen aufgreift und praktische Lösungen anbietet.

Im Leitfaden zur KK-AltRückV werden insbesondere die Bilanzierung von Rückdeckungsversicherungen, die Anforderungen an das versicherungsmathematische Gut-

achten und den Zuführungsplan sowie die Abgrenzung zwischen § 171e SGB V und § 12 der Sozialversicherungsrechnungsverordnung (SVRV) thematisiert. Hinzu kommen Erläuterungen der versicherungsmathematischen Vorgaben, Hinweise zur Bilanzierung sowie zur Anlage des Deckungskapitals. Es handelt sich um ein dynamisches Nachschlagewerk, das in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden soll.

Am 21. März 2012 hat das Bundesversicherungsamt den Leitfaden zur KK-AltRückV an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen, die Verbände und an die Aufsichtsbehörden der Länder sowie an die zuständigen Bundesministerien versandt. Auf der Internetseite des Bundesversicherungsamt ist der Leitfaden unter der Rubrik „Krankenversicherung/Altersversorgungsverpflichtungen“ veröffentlicht worden.

Aufsichtsprüfung der Finanzierung von Zusagen zur betrieblichen Altersversorgung (bAV) bei Krankenkassen

Im Jahr 2011 hat das Bundesversicherungsamt 20 bundesunmittelbare Krankenkassen hinsichtlich der Einhaltung der seit 1. Januar 2010 geltenden Rechtsvorschriften zur Finanzierung ihrer Zusagen zur betrieblichen Altersversorgung (bAV) geprüft. Zielsetzung dieser aufsichtsrechtlichen Prüfung war es, Haftungsrisiken zu identifizieren und auf deren Behebung hinzuwirken. Anhand eines detaillierten Fragebogens wurden die Krankenkassen aufgefordert, die Finanzierung ihrer Zusagen zur bAV zum 31. Dezember 2010 darzustellen. Ergänzend erfolgte eine Auswertung der Jahresrechnungen 2010.

Infolge der Fusionen der letzten Jahre beschreiten die meisten Krankenkassen zur Ausgestaltung ihrer bAV mehrere Durchführungswege (Direktzusage, Unterstützungskasse, Pensionskasse, Pensionsfonds und/oder Direktversicherung). Eine Verpflichtung zur Bildung von Deckungskapital und Rückstellungen in der Jahresrechnung nach § 171e SGB V i.V.m. der KK-AltRückV besteht indes nur für die Durchführungswege Direktzusage und Unterstützungskasse.

Im Rahmen der Erhebung stellte das Bundesversicherungsamt fest, dass die vorgelegten versicherungsmathematischen Gutachten überwiegend nicht geeignet waren, den nach den vorgenannten Rechtsvorschriften erforderlichen Altersrückstellungsbedarf konkret zu berechnen sowie die erforderlichen Zuführungen zum zweckgebundenen Deckungskapital zu beziffern.

Altersrückstellungen für Altersversorgungsverpflichtungen nach § 171e SGB V sowie das korrespondierende Deckungskapital mussten erstmalig zum Stichtag 31. Dezember 2010 bilanziert werden. Darüber hinaus ermöglicht es der Gesetzgeber den Krankenkassen, die Bildung der Altersrückstellungen sowie des zweckgebundenen Deckungskapitals nach § 171e SGB V durch jährliche Zuführungen zeitlich bis zum 31. Dezember 2049 zu strecken. Die bisher bilanzierten Aktiv- und Passivwerte der geprüften Krankenkassen entsprechen den bis zum 31. Dezember 2010 notwendigen Zuführungsbeträgen. Dies gilt im Übrigen auch für Altersversorgungszusagen, zu deren Finanzierung Rückdeckungsversicherungen abgeschlossen wurden.

Darüber hinaus stellte das Bundesversicherungsamt fest, dass die geprüften Träger, die einen insolvenzpflichtigen Durchführungsweg beschreiten, ihren Auskunftspflicht und Mitteilungspflichten nach § 11 Abs. 1, 2 und 7 sowie § 10 Abs. 3 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) gegenüber dem Pensions-Sicherungs-Verein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (PSVaG) grundsätzlich nachgekommen sind.

1.6 Strukturierte Behandlungsprogramme

Das Bundesversicherungsamt ist zentral für die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke, den sog. Disease Management Programmen (DMP), zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit (KHK) einschließlich des Moduls Chronische Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) zuständig.

Vorrangiges Ziel dieser DMP ist die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Versicherten. Insbesondere sollen durch die chronische Krankheit bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Versicherten vermieden werden. DMP sollen somit helfen, eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen und bestehende Versorgungsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitssystem abzubauen. Darüber hinaus wird auch eine Reduzierung der Gesamtbehandlungskosten durch Vermeidung von Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und Folgeschäden angestrebt.

Das Bundesversicherungsamt prüft in medizinischer und rechtlicher Hinsicht, ob die von den gesetzlichen Krankenkassen eingereichten Programme sowie die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern (z.B. Ärzte, Krankenhäuser) bzw. Dritten (z.B. Datenstellen) mit den rechtlichen Anforderungen übereinstimmen. Dadurch werden die Einheitlichkeit des Verfahrens und die neutrale Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen sichergestellt.

Bis Ende des Jahres 2011 wurden insgesamt 29.515 Erst- und Wiederzulassungen erteilt. Die Gesamtzahl der im Jahre 2011 erteilten Zulassungen beläuft sich auf 3.527 (2010: 2.173; 2009: 1.400; 2008: 832; 2007: 7.492; 2006: 7.881). Der starke Rückgang der Zulassungen gegenüber den Jahren 2006 und 2007 war u.a. dadurch bedingt, dass der Zulassungszeitraum für eine Vielzahl bereits laufender DMP infolge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ab dem 1. April 2007 um bis zu zwei weitere Jahre auf höchstens fünf Jahre verlängert wurde. Im Jahr 2011 war daher wieder ein Anstieg der Zulassungsanträge zu verzeichnen. Dass die Zahlen von 2006 und 2007 nicht mehr erreicht werden, resultiert aus dem Zusammenlegen von DMP im Rahmen von Krankenkassenfusionen.

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

	Erteilte Zulassungen in					
Indikation	2006	2007	2008	2009	2010	2011
DM Typ 2	2.295	645	29	22	65	1.351
DM Typ 1	1.145	1.200	345	11	540	519
Brustkrebs	1.334	933	35	516	575	360
KHK	1.681	641	45	847	747	118
Asthma	639	2.102	188	2	123	540
COPD	787	1.971	190	2	123	639
insgesamt	7.881	7.492	832	1.400	2.173	3.527

Stand: Dezember 2011

Im Dezember 2011 waren insgesamt 11.067 Programme mit über sechs Millionen eingeschriebenen Versicherten, die zum Teil an mehr als einem DMP teilnehmen, zugelassen:

Indikation	Laufende Programme im Dezember 2011	Eingeschriebene Versicherte im Dezember 2011	Versicherte, die in einem (oder mehreren) DMP eingeschrieben sind
Asthma bronchiale	1.896	767.591	
Brustkrebs	1.770	129.659	
COPD	1.903	604.601	
DM Typ 1	1.729	147.285	
DM TYP 2	1.907	3.600.498	
KHK	1.862	1.670.242	
insgesamt	11.067	6.919.876	6.025.659

Stand: Dezember 2011

Auch im Jahre 2011 wirkte das Bundesversicherungsamt bei der Weiterentwicklung der DMP mit und war im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens am GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) beteiligt, mit dem gravierende Änderungen wie z.B. die Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den G-BA und die Umstellung auf unbefristete Zulassungen einhergingen.

Das Jahr 2011 stand weiterhin auch im Zeichen der Evaluation der strukturierten Be-

handlungsprogramme. Die Prozesse zur Information von Krankenkassen, deren DMP statistisch randständige Werte aufweisen, wurden weiterentwickelt, ihre EDV-technische Umsetzung wurde so weit wie möglich automatisiert. Im Rahmen dessen erstellt das Bundesversicherungsamt u.a. Profildia-gramme, die die Ergebnisse des DMP der zu informierenden Krankenkasse im Ver-gleich zu den Ergebnissen aller DMP auf-zeigen. Zusätzlich durchgeführte intraregio-nale Auswertungen sowie die Verknüpfung von medizinischen Ergebnissen und den Qualitätssicherungs- und Verwaltungskosten liefern wichtige Zusatzinformationen. Durch die gezielte Rückspiegelung der Er-gebnisse an die Krankenkassen ist ein konti-nuierlicher Ablauf des Qualitätssicherungs-kreislaufs gewährleistet. Die Krankenkas-sen haben darauf basierend die Möglichkeit, Optimierungspotenziale ihres DMP durch den Vergleich zu anderen zu erkennen und die DMP entsprechend zu verbessern.

Neben der qualitätssichernden Information der Krankenkassen erfolgte 2011 die kran-kenkassenübergreifende Bewertung der Evaluationsberichte der DMP für die Indi-kation Koronare Herzerkrankung für die Zulassungsjahre 2004 bis 2009 und Diabe-tes mellitus Typ 1 und 2 für die Zulassungs-jahre 2003 bis 2009. Bei der Indikation Dia-betes mellitus Typ 2 zeigt der Vergleich der risikoadjustierten Mittelwerte zu den ein-zelnen medizinischen Zielwerten mit Ergeb-nissen aus epidemiologischen Studien, dass die bei den DMP-Teilnehmern erhobenen Mittelwerte bei einer Reihe von Zielwerten deutlich positivere Werte aufweisen. Ein-zelanalysen machten deutlich, dass bei vie-len DMP im Zeitablauf insbesondere eine

Verbesserung der Blutdruckkontrolle und des Raucherstatus (Aufgabe des Tabakkonsums) zu beobachten sind. Außerdem kann die Blutzuckereinstellung bei einer Vielzahl von DMP gehalten oder verbessert werden.

Aus den vorliegenden medizinischen Daten kann die Hypothese abgeleitet werden, dass die an DMP teilnehmenden Versicherten von der Teilnahme deutlich profitieren. Vermutet werden kann, dass die besseren medizinischen Ergebnisse in den DMP auf die Berücksichtigung der Erkenntnisse evidenzbasierter Medizin und die verbesserte Koordination der Behandlung in bzw. zwischen den einzelnen Versorgungsebenen zurückzuführen sind.

Im Vergleich der jeweiligen Programme und Regionen miteinander gab es bei den medizinischen und ökonomischen Ergebnissen jedoch deutliche Unterschiede. Es liegen Hinweise vor, dass die Dauer und die Ausgestaltung der besonderen Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Regionen einen entscheidenden Einfluss auf das Ergebnis haben. Des Weiteren wurde ein negativer Zusammenhang zwischen der Höhe der Qualitätssicherungskosten und den stationären Leistungsausgaben festgestellt. D. h. Krankenkassen, die mehr Geld in die Versichertenbetreuung investieren, scheinen tendenziell geringere Krankenhauskosten aufwenden zu müssen.

Da es sich bei den DMP jedoch um langfristig angelegte Programme handelt, müssen die Hypothesen anhand der Daten kontinuierlich hinterfragt werden. Die von den Krankenkassen beauftragten Institute erstellen alle zwei Jahre Evaluationsberichte,

die vom Bundesversicherungsamt geprüft und bislang auch ausgewertet werden.

Im September 2011 fand in Berlin ein gemeinsamer Kongress des Bundesversicherungsamts in Kooperation mit der Fachzeitschrift Monitor Versorgungsforschung zum Thema „10 Jahre DMP - Patientennutzen, Implikationen, Versorgungsmanagement“ in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften statt. Das Bundesversicherungsamt beteiligte sich u.a. mit Vorträgen und Postern zu den Themen „DMP-Realität nach 10 Jahren“, „DMP: Vergleiche und Ergebnisse“, „Zahlen - Daten - Fakten“, „Zulassung durch das Bundesversicherungsamt“, „DMP-Evaluation als Instrument der Qualitätssicherung“ und der Darstellung des „Qualitätssicherungskreislaufs“.

Die Veranstaltung wurde abgerundet durch eine Podiumsdiskussion, an der u.a. der Präsident des Bundesversicherungsamtes teilnahm.

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzen der sozialen Pflegeversicherung

Die folgenden Tabellen 1 und 2 zeigen die Gesamteinnahmen und die Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung für das Jahr 2011 und die Veränderung gegenüber den jeweiligen Vorjahreswerten:

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2011	
EINNAHMEN	Beträge in Mio. €
Beitragseinnahmen	rd. 22.128
Summe der sonstigen Einnahmen	rd. 113
Einnahmen insgesamt	rd. 22.241
AUSGABEN	Beträge in Mio. €
Leistungsausgaben	rd. 20.903
Verwaltungskosten	rd. 715
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	rd. 323
Sonstige Ausgaben	rd. 13
Ausgaben insgesamt	rd. 21.954
Jahresüberschuss	rd. 287

Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung Vergleich 2011 zu 2010	
EINNAHMEN	Veränderungen in v.H.
Beitragseinnahmen	+ 2,25
Summe der sonstigen Einnahmen	- 23,80
Einnahmen insgesamt	+ 2,08
AUSGABEN	Veränderungen in v.H.
Leistungsausgaben	+ 2,32
Verwaltungskosten	- 0,36
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	6,19
Sonstige Ausgaben	+ 27,09
Ausgaben insgesamt	+ 2,30

Quelle: Statistiken PVM und PS

Die Steigerungsraten der Ausgabenseite sind Resultat des Starts des Inkrafttretens der zweiten Stufe der Pflegeversicherungsreform zum 01.01.2010. Die erste Stufe der Reform vom 01.07.2008 brachte eine Erhöhung des Beitragssatzes von 1,7 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen auf 1,95 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen (ohne die unverändert gebliebenen Kinderlosenzuschläge in Höhe von 0,25 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen) sowie eine Ausweitung der Leistungen, insbesondere im Bereich der Geld- und Sachleistungen. Die zweite Stufe der Reform führte zu einer weiteren Anhebung der Leistungen im Bereich der Geld- und Sachleistungen. Die dritte Stufe der Reform wird zum 01.01.2012 umgesetzt.

Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben, Verwaltungskosten, Kosten des Medizinischen Dienstes und sonstige Ausgaben) der sozialen Pflegeversicherung betrugen rd. 21,954 Mrd. €, was einem Anstieg von 2,30 v.H. gegenüber dem Vorjahr entspricht. Hiervon entfallen auf die Leistungsausgaben rd. 20,903 Mrd. €, was eine Veränderung von + 2,32 v.H. gegenüber dem Vorjahr bedeutet.

Diesen Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von rd. 22,241 Mrd. € gegenüber, die um rd. 2,08 v.H. gegenüber dem Vorjahr gestiegen sind. Die Gesamteinnahmen umfassen neben den Beitragseinnahmen der Pflegekassen auch die Beiträge, die unmittelbar an den Ausgleichsfonds gezahlt werden (z.B. die vom Gesundheitsfonds weitergeleiteten Pflegeversicherungsbeiträge aus Arbeitslosengeld I und II und der Künstlersozialkasse sowie der pauschalen Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistende, die Pflegeversicherungsbeiträge der Rentner und die Beiträge der sonstigen versicherungspflichtigen Personen nach § 21 Nr.1-5 SGB XI), sowie Zinseinnahmen und sonstige Einnahmen.

Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen stiegen um rd. 3,45 v.H. (rd. 569 Mio. Euro), die des Ausgleichsfonds sanken um rd. - 1,57 v.H. (rd. - 81 Mio. Euro).

Im Ergebnis des Jahres 2011 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Überschuss in Höhe von rd. 287 Mio. €, während im Vorjahr 2010 ein Überschuss in Höhe von rd. 329 Mio. € angefallen war.

Finanzausgleich

Der Zweck des Finanzausgleiches nach den §§ 66 ff. SGB XI besteht darin, bei den Pflegekassen, deren monatliche Leistungsausgaben und sonstige Ausgaben die Beitragseinnahmen und sonstige Einnahmen übersteigen, die Betriebsmittel und gegebenenfalls die Rücklage aufzufüllen. Der Ausgleichsfonds zahlte in 2011 zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand insgesamt rd. 9,401 Mrd. € an diese Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 0,783 Mrd. €.

Die jährlichen Werte des Transfervolumens seit 1996 können der nachstehenden Tabelle 3 entnommen werden:

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

2009	9.032
2010	9.504
2011	9.401

Gegenüber dem Jahr 1997, in dem erstmalig für das ganze Jahr stationäre Pflegeleistungen gezahlt wurden, ist das Transfervolumen um rund 61,14 % gestiegen. Die Ursachen sind Preissteigerungen in den Bereichen, in denen es keine betragsmäßig fixierten Geld- oder Sachleistungen gibt, Leistungsmehrausgaben durch die wachsende Anzahl pflegebedürftiger Versicherter sowie Leistungsmehrausgaben durch die Ausweitung der Pflegeleistungen nach der Reform vom 01.07.2008.

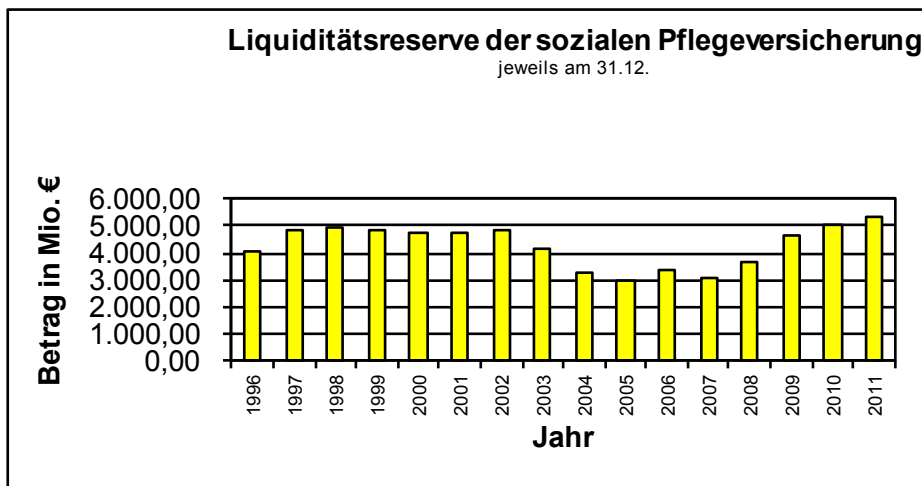
Im Jahr 2011 wurde wieder für das vorangegangene Kalenderjahr 2010 ein erweiterter Jahresausgleich in der sozialen Pflegeversicherung nach § 68 SGB XI durchgeführt. Mit Hilfe dieses Verfahrens sollen sachliche und rechnerische Fehler, welche unterjährig im monatlichen Ausgleichsverfahren nach § 67 SGB XI nicht berücksichtigt wurden, korrigiert werden.

Entwicklung des Mittelbestandes

Die Liquiditätsreserve - oder auch Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung -, die sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und der Pflegekassen zusammensetzt, betrug zum Jahresbeginn rd. 5,019 Mrd. €. Innerhalb des Jahres 2011 erhöhte sich die Liquiditätsreserve bis zum Jahresende auf rd. 5,309 Mrd. € (s. Tabelle 4 und Diagramm).

Tabelle 4: Liquiditätsreserve in der sozialen Pflegeversicherung in Mio. €	
1996	4.017
1997	4.804
1998	4.928
1999	4.889
2000	4.769
2001	4.702
2002	4.864
2003	4.171
2004	3.311
2005	2.945
2006	3.396
2007	3.077
2008	3.703
2009	4.691
2010	5.019
2011	5.309

Stichtag: jeweils 31.12. des Jahres



Ausblick

Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung war bis 2008 geprägt durch den Abbau der Liquiditätsreserve.

Die im Jahr 2011 aufgrund der Beitragserhöhung zum 01. Juli 2008 erzielten Mehreinnahmen und der dadurch ermöglichte Überschuss werden für die nächsten Jahre - nach den ursprünglichen Berechnungen voraussichtlich bis zu den Jahren 2014/2015 - ausreichen, um die Leistungsausweitungen der Pflegereform und die durch die demographische Entwicklung bedingten Mehrausgaben zu finanzieren.

Für das Jahr 2012 ist allerdings bei vorsichtiger Schätzung aufgrund der Umsetzung der dritten Stufe der Pflegereform 2008 (s.o. unter 2.1) ein Fehlbetrag zu erwarten.

Fördergelder

Als besondere Aufgabe obliegt dem Ausgleichsfonds die Auszahlung der Fördergelder der sozialen Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI (Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwick-

lung der Pflegeversicherung), nach §§ 45 c und d SGB XI (niedrigschwellige Betreuungsangebote und Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen) sowie nach § 92 c SGB XI zur Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte.

Die folgenden Tabellen 5 und 6 zeigen die in diesen Bereichen für das Jahr 2011 geleisteten Auszahlungen:

Niedrigschwellige Betreuungsangebote (einschl. Ehrenamt und Selbsthilfe)

Tabelle 5: Niedrigschwellige Betreuungsangebote		
Bundesland ¹⁾	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	562	1.984
Bayern	323	918
Berlin	82	1.104
Brandenburg	121	681
Bremen	0	0
Hamburg	21	293
Hessen	107	897
Mecklenburg-Vorpommern	0	0
Niedersachsen	264	1.967
Nordrhein-Westfalen	0	0
Rheinland-Pfalz	130	323
Saarland	37	168
Sachsen	49	180
Sachsen-Anhalt	20	277
Schleswig-Holstein	92	232
Thüringen	74	178
Summe:	1.892	9.215 ²⁾

1) Die Mittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung werden zum Zwecke der gerechten Verteilung auf die einzelnen Bundesländer gemäß § 45c Abs. 5 S. 1 SGB XI nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Grundsätzlich beträgt das bundesweit insgesamt für Betreuungsangebote und Modellvorhaben gemäß den §§ 45c und d SGB XI zur Verfügung stehende Fördervolumen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung aktuell 25 Mio. Euro zuzüglich eventueller Übertragungsanteile aus dem zurückliegenden Förderzeitraum.

2) Im Jahr 2011 wurde für den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ein Gesamtbetrag in Höhe von rd. 612 Tausend Euro an Rückzahlungen für vergangene Jahre vereinnahmt

Modellvorhaben (einschl. Modellvorhaben des Ehrenamtes und der Selbsthilfe)

Tabelle 6: Modellvorhaben		
Bundesland ³⁾	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	6	96
Bayern	15	155
Berlin	1	42
Brandenburg	1	21
Bremen	0	0
Hamburg	0	0
Hessen	15	295
Mecklenburg-Vorpommern	4	145
Niedersachsen	17	154
Nordrhein-Westfalen	125	3.100
Rheinland-Pfalz	0	0
Saarland	0	0
Sachsen	2	58
Sachsen-Anhalt	1	22
Schleswig-Holstein	4	130
Thüringen	4	29
Summe:	195	4.247 ⁴⁾

3) Die Mittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung werden zum Zwecke der gerechten Verteilung auf die einzelnen Bundesländer gemäß § 45c Abs. 5 S. 1 SGB XI nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Grundsätzlich beträgt das bundesweit insgesamt für Betreuungsangebote und Modellvorhaben gemäß den §§ 45c und d SGB XI zur Verfügung stehende Fördervolumen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung aktuell 25 Mio. Euro zuzüglich eventueller Übertragungsanteile aus dem zurückliegenden Förderzeitraum.

4) Im Jahr 2011 wurde für den Ausgleichsfonds ein Gesamtbetrag in Höhe von rd. 81 Tausend Euro an Rückzahlungen für vergangene Jahre vereinnahmt.

Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI zahlt das Bundesversicherungsamt Fördergelder für den Zweck der Durchführung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

Im Jahr 2011 wurden 14 Anträge des GKV-Spitzenverbandes bearbeitet.

Das Auszahlungsvolumen betrug für das Jahr 2011 insgesamt rd. 1.453 TEUR.

Für den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wurden Rückzahlungen in Höhe von insgesamt 0 EUR vereinnahmt.

Anschubfinanzierungen Pflegestützpunkte

Gemäß § 92c Abs. 5 SGB XI hat das Bundesversicherungsamt die Anschubfinanzierung zum Zwecke des Aufbaus der in gemeinsamer Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen stehenden Pflegestützpunkte aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung auszus zahlen.

Im Jahr 2011 kamen Anschubfinanzierungen mit einem Gesamtvolumen von rd. 7.122 TEUR zugunsten von 205 Pflegestützpunkten zur Auszahlung.

Neuregelung §§ 114, 114a SGB XI

Gemäß dem im Jahre 2008 in Kraft getretenen „Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“ besteht ab dem Jahre 2011 die Pflicht zur jährlichen Prüfung von Pflegeeinrichtungen; bis Ende 2010 waren dabei alle Pflegeeinrichtungen insgesamt mindestens ein Mal zu überprüfen (§ 114 SGB XI). Gleichzeitig war vorgesehen, dass die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sich mit 10 v.H. an den Kosten der Qualitätsprüfungen zu beteiligen hatten, „sofern diese ohne Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. durchgeführt wurden“ (§ 114 a Abs. 5 SGB XI a.F.; siehe dazu Tätigkeitsbericht 2010, S. 37).

Wegen der nicht eindeutigen Formulierung des Gesetzes, insbesondere wegen der Unklarheit, ob sich aus der gesetzlichen Regelung ein eigenständiges Prüfrecht der PKV ableiten ließ, hatte sich das Bundesversicherungsamt, das vom Gesetzgeber mit der Aufgabe der Festsetzung eines etwaigen Finanzierungsanteils der PKV betraut worden war, im Jahre 2010 an das BMG gewandt und Neuregelung bzw. gesetzliche Klarstellung angeregt.

Das BMG griff diese Anregung auf und legte den Entwurf einer Neufassung der §§ 114ff SGB XI vor, der mit geringen Änderungen im Gesetzgebungsverfahren noch in 2011 in Kraft trat (BGBl. 2011, S. 1622ff.)

Die Neuregelung enthält nunmehr auch formal ein eigenständiges Prüfrecht der PKV; an der grundsätzlichen Pflicht zur Finanzie-

rungsbeteiligung als Ersatzäquivalent wurde dabei festgehalten, allerdings ergänzt um die Möglichkeit der Führung eines Entlastungsnachweises gem. § 114a Abs. 5 S. 4 SGB XI.

Die Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes in diesem Zusammenhang blieb unverändert bestehen; das Amt ist nach wie vor in vollem Umfang für die Ermittlung, Feststellung, Geltendmachung und Durchsetzung einer etwaigen Kostenbeteiligung der PKV zuständig.

Verfahrensmäßig gilt jedoch eine gegenüber der früheren Rechtslage abweichende Regelung, wonach nunmehr ein formales Anhörungsverfahren nach Maßgabe des § 114a Abs. 5 SGB XI durchzuführen ist unter Beteiligung des Verbandes der PKV sowie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

Ein solches Anhörungsverfahren wurde noch in 2011 eingeleitet für die Jahre 2008, 2009 und 2010.

2.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
PV	203

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

2.3 Aufsicht bei den Pflegekassen

Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung) gemäß § 38 SGB XI

Zur Berechnung von Ansprüchen bei Kombination von Geld- und Sachleistungen haben der Spitzenverband Bund der Pfl-

gekassen und die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene auf den Hinweis des Bundesversicherungsamtes reagiert und ihr Gemeinsames Rundschreiben vom 1.7.2008 in der Fassung vom 13.4.2011 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVG) modifiziert.

Insoweit war ausschlaggebend, dass eine praktisch bedeutsame Diskrepanz zwischen den Darlegungen der Spitzenverbände im Gemeinsamen Rundschreiben in der Fassung vom 24.11.2009 sowie der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG, Urteil vom 13.3.2001, Az. B 3 P 10/00 R) bestand. Einzelheiten hierzu können dem Tätigkeitsbericht für das Berichtsjahr 2010 (Punkt 2.3, S. 37/38) entnommen werden.

Das Bundesversicherungsamt konnte damit zur Verbesserung der Versorgungssituation der im häuslichen Bereich gepflegten Bezieher von Leistungen bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und damit zur Förderung der Pflege durch private Pflegepersonen beitragen.

Allerdings kann die erfolgte Änderung des Gemeinsamen Rundschreibens in Fällen der Kombination von stationären Leistungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und häuslicher Pflege zu einer Verringerung der Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen führen. Es kam daher zu Einwänden der betroffenen Personen und deren Interessensverbänden. Die daraufhin aufgenommenen Erörterungen mit dem Bundesministerium für Gesundheit dauern noch an. Insofern bleibt die weitere Entwicklung abzuwarten.

Pflegehilfsmittelgewährung gemäß § 40 Abs. 1 und 3 SGB XI

Bislang war von den Kranken- und Pflegekassen im Rahmen der Leistungsentscheidungen zur Pflegehilfsmittelversorgung nach § 40 Abs. 1 und 3 SGB XI eine ausführliche und dokumentierte Einzelfallprüfung durchzuführen. Dieses Verfahren war verwaltungsaufwändig und führte im aufsichtsrechtlichen Kontext immer wieder zu Erörterungen mit den Versicherungsträgern.

Das Bundesversicherungsamt regte in diesem Zusammenhang gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit an, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, um im Interesse der Versicherungsträger und der Aufsichtsbehörden eine dem Regelungszweck entsprechende praktikable und transparente Lösung zu erreichen und dabei den Finanzierungssystemen der Kranken- und Pflegeversicherung gerecht zu werden.

Der Gesetzgeber hat durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung eine verwaltungsvereinfachende gesetzliche Neuregelung geschaffen. § 40 Abs. 5 SGB XI in der ab dem 1.1.2012 geltenden Fassung sieht nunmehr zur Gewährleistung des nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI normierten Subsidiaritätsprinzips vor, dass die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt werden.

Insoweit wurde der GKV-Spitzenverband ermächtigt, eine Richtlinie zu schaffen, die

die in Betracht zu ziehenden Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung bestimmt.

Das Bundesversicherungsamt wird die Umsetzung der Richtlinie in Rahmen der ihm obliegenden Prüfaufträge begleiten.

2.4 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen

Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sind nach § 23 SGB XI verpflichtet, zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten.

Um sicherzustellen, dass diese Personen auch tatsächlich dauerhaft ihre Pflicht zur Absicherung des Pflegefallrisikos erfüllen, sind den privaten Versicherungsunternehmen Kontroll- und Meldepflichten auferlegt. So sind nach § 51 SGB XI Personen an das Bundesversicherungsamt zu melden, die ihrer Pflicht zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung eines Versicherungsvertrages nicht nachkommen oder mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien in Verzug geraten sind.

Im Berichtsjahr wurden an das Bundesversicherungsamt insgesamt 178.205 Meldungen erstattet. Weit überwiegend handelte es sich dabei um Meldungen aufgrund eines Prämienverzuges der Versicherungsnehmer.

Die dem Bundesversicherungsamt erstatteten Meldungen werden zur weiteren Verfol-

gung bzw. Ahndung einer Ordnungswidrigkeit (§ 121 SGB XI) an die nach Landesrecht bestimmten Bußgeldstellen weitergeleitet. Die Bußgeldstellen entscheiden in eigener Zuständigkeit über die Verhängung einer Geldbuße. Informationen über den Ausgang der Verfahren erhält das Bundesversicherungsamt nicht.

3. UNFALLVERSICHERUNG

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Finanzen der gesetzlichen Unfallversicherung

Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften

Die neu gestaltete jährliche Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften wurde erstmals im Jahr 2009 für das Ausgleichsjahr 2008 seitens des Bundesversicherungsamtes durchgeführt; diese ersetzt schrittweise in einer Übergangsphase bis zum Jahr 2014 den bisherigen Lastenausgleich, der in dieser Zeit parallel von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) durchgeführt wird. Für das Ausgleichsjahr 2011 wird die Lastenverteilung zu 60 Prozent (2010: 45 Prozent; 2009: 30 Prozent; 2008: 15 Prozent) und der alte Lastenausgleich noch zu 40 Prozent (2010: 55 Prozent; 2009: 70 Prozent; 2008: 85 Prozent) berücksichtigt.

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

Für das Ausgleichsjahr 2011 hat das Bundesversicherungsamt im März 2012 die

Lastenverteilung berechnet. Insgesamt wurden 504,4 Millionen Euro von sieben ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften auf zwei ausgleichsberechtigte Berufsgenossenschaften umverteilt (Ausgleichsjahr 2010: 462,5 Millionen Euro; 2009: 289,5 Millionen Euro; 2008: 135 Millionen Euro). Die Ergebnisse sind im Einzelnen in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Lastenverteilung 2011	
Berufsgenossenschaft	Ausgleichsbeträge ^{*)}
Rohstoffe und chemische Industrie	301.144.160,70 €
Holz und Metall	- 18.949.336,79 €
Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	- 92.516.970,48 €
Nahrungsmittel und Gastgewerbe	- 465.028,99 €
Bauwirtschaft	203.250.310,85 €
Handel und Warendistribution	- 87.713.068,47 €
Verwaltung	- 235.709.462,32 €
Transport und Verkehrswirtschaft	- 26.324.731,96 €
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	- 42.715.872,54 €

^{*)} Ausgleichsberechtigung (positiver Wert) bzw. Ausgleichsverpflichtung (negativer Wert).

3.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
UV	349

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten

Handlungsbedarf wegen erheblicher Beitragssteigerungen für Kleinflächenbesitzer bei der Berufsgenossenschaft Mittel- und Ostdeutschland (LBG MOD)

Im Jahr 2011 hat die LBG MOD ihre berufsgenossenschaftliche Satzung zur Unfallversicherung neugefasst und dabei insbesondere arbeitsaufwandsbezogene Beitragsberechnungsgrundlagen eingeführt. Mit den Änderungen kam die LBG MOD der mit dem Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG) in Gestalt von §§ 221 b Abs. 1, Abs. 3 i.V.m. § 182 Abs. 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) statuierten Forderung nach, das Unfallrisiko nicht mehr vorrangig von der bewirtschafteten Fläche, sondern von der menschlichen Arbeitsleistung abhängig zu machen.

Die vom Gesetzgeber veranlasste Umverteilung der Risikotragung sollte bewusst auch zu Konsequenzen für das von den Mitgliedern zu leistende Beitragsaufkommen führen. Gesetzgeberisches Ziel war es, auf eine risikogerechtere Beitragshöhe hinzuwirken.

Im Bereich der LBG MOD ergaben sich dadurch aber auch sozialpolitisch ungewollte Verwerfungen:

Durch die neuen Beitragsregelungen kam es insbesondere bei Klein- und Kleinstflächenbesitzern zu eklatanten Beitragssteigerungen. Vor allem Pferdehalter (u.a. sog. Gnadenhöfe, die erkrankte Pferde in Obhut nehmen oder auch Kindern das Reiten kostengünstig auf älteren, aber gesunden

Pferden ermöglichen) und Waldbesitzer beschwerten sich mit Petitionen und Eingaben massiv über die Beitragssteigerungen, die in Einzelfällen mehr als 1000% betrugen. Als besonders problematisch erwies sich insoweit, dass es für Fälle von Beitragssteigerungen von mehr als 15% grundsätzlich zwar eine Härtefallregelung in der Satzung der LBG MOD gab, diese aber erst ab Bruttobeiträgen von über 1.200 Euro greifen sollte. Dies hatte zur Konsequenz, dass Kleinflächenbesitzer, deren Beiträge trotz Steigerungen durchweg unter der Anwendbarkeitsgrenze von 1.200 Euro lagen, völlig schutzlos waren hinsichtlich der enormen Beitragssteigerungen.

Gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat das Bundesversicherungsamt die LBG MOD bei der Erarbeitung einer Härtefallregelung beraten, deren Schutzbereich seit dem 1. Januar 2012 nunmehr auch die in Rede stehenden Kleinflächenbesitzer erfasst. Damit ist gewährleistet, dass die vom Gesetzgeber grundsätzlich einkalkulierten Beitragssteigerungen für Kleinflächenbesitzer als Resultat der Risikoorientierung sozialverträglich sind und nicht gegen das Übermaßverbot verstoßen.

Gefahrtarifangelegenheiten

Die Gefahrtarifangelegenheiten der gewerblichen Berufsgenossenschaften waren im Berichtsjahr vor allem wieder von fusionsbedingten Fragestellungen gekennzeichnet. Nachdem die Zielsetzung des Gesetzgebers, die Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften auf neun zu reduzieren zum 1. Januar 2011 erreicht worden

war, lag der Schwerpunkt der Beratung der fusionierten Berufsgenossenschaften durch das Bundesversicherungsamt bei der Lösung unterschiedlicher Beitragssituationen. Während einzelne Berufsgenossenschaften bereits gemeinsame Gefahrtarife für die gesamte Berufsgenossenschaft oder für einzelne Fusionspartner beschlossen haben, befürworten andere für die Übergangszeit nach § 118 Abs. 1 Satz 4 SGB VII weiterhin gesonderte Gefahrtarife für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche. Des Weiteren werden auch bei weiterhin gesonderten Gefahrtarifen, Bestrebungen deutlich, die Gefahrtarifregelungen bereits in einzelnen Teilen oder hinsichtlich der Berechnung der Gefahrklassen anzugleichen.

Ein gemeinsamer Gefahrtarif für bisherige Zuständigkeitsbereiche einer fusionierten Berufsgenossenschaft ist nach den gesetzlichen Bestimmungen des § 118 SGB VII und vor allem nach dem Sinn und Zweck dieses Gesetzes zwar zulässig und wird vom Bundesversicherungsamt grundsätzlich begrüßt, weil damit eine Angleichung der Beitragsverhältnisse und ein schnelleres Zusammenwachsen der Fusionspartner verbunden ist. Im Fall einer aus mehreren gestuften Fusionen hervorgegangenen Berufsgenossenschaft waren jedoch die getroffenen Fusionsvereinbarungen zu beachten, die ein viel längeres Beibehalten getrennter Gefahrtarife (und Umlagen) vorsahen. Daher wurde die Berufsgenossenschaft um Prüfung und Bestätigung gebeten, dass für die ehemaligen Fusionspartner hierdurch keine Nachteile entstehen. Nachdem dies geklärt war, konnte das Bundesversicherungsamt dem Entschluss der Selbstverwaltung eines gemeinsamen Gefahrtarifs für zwei Berei-

che der Berufsgenossenschaft zustimmen.

Der gemeinsame Gefahrtarif wurde anders gegliedert, die Tarifstellen neu strukturiert und erheblich reduziert. Hiergegen bestehen vor dem Hintergrund einer technologisch und belastungsmäßig begründeten Zusammenfassung grundsätzlich keine Bedenken, weil hiermit die Umsetzung der Vereinigung angestrebt wird. Zudem werden durch größere Tarifstellen stabilere Gefahrengemeinschaften geschaffen. Wie bei solch weitreichenden Änderungen üblich, hat das Bundesversicherungsamt die Berufsgenossenschaft um umfassende Information der Unternehmen gebeten und darauf hingewiesen, dass die Belastungsverhältnisse der neuen Tarifstellen besonders beobachtet und ggf. bei der nächsten Gefahrtarifrevisi-on Konsequenzen gezogen werden müssen.

Auch die Berechnungspraxis der Gefahrklassen wurde vereinheitlicht, wozu unter anderem eine Regelung gehörte, dass Veranlagungen zur kaufmännisch/verwaltenden Tarifstelle nur für ausschließlich im Büro Tätige zulässig sind. Diese „Ausschließlichkeitsregelung“ beinhaltet eine Vereinfachung des Verfahrens und eine besser nachprüfbar Abgrenzung zu den gewerblichen Tarifstellen. Für Unternehmen aus dem bisherigen Zuständigkeitsbereich eines Fusionspartners bedeutet dies jedoch eine Verringerung der bisherigen Veranlagungsmöglichkeiten. Beitragserhöhungen sind zu erwarten, so dass die Berufsgenossenschaft eine Stufenregelung für die Gefahrklasse der betroffenen Unternehmen einführt. Darauf, dass eine solche Regelung nur aufgrund der Fusion im Rahmen der Übergangszeit nach § 118 Absatz 1 Satz

4 SGB VII zulässig ist, hat das Bundesversicherungsamt hingewiesen.

Erhöhter Prüf- und Beratungsbedarf ergab sich für das Bundesversicherungsamt bei den Planungen des Gefahr tariffs einer Berufsgenossenschaft, deren Fusionstermin nicht mit dem Beginn des Kalenderjahres zusammenfiel. Nach der gesetzlichen Regelung über die Vereinigung von Berufsgenossenschaften in § 118 SGB VII muss der Fusionszeitpunkt nicht mit dem Beginn eines Kalenderjahres zusammenfallen, während sich die Gültigkeit eines Gefahr tariffs wegen der engen Verknüpfung mit den Beitragsberechnungsvorschriften jedoch am Kalenderjahr zu orientieren hat. Hierdurch kann es zu widerstreitenden Fristabläufen nach Fusion hinsichtlich der Übergangszeit nach § 118 Abs.1 Satz 4 SGB VII einerseits und der Höchstlaufzeit eines Gefahr tariffs nach § 157 Abs. 5 SGB VII andererseits kommen. Das Bundesversicherungsamt war im Ergebnis der Auffassung, dass diese Folge durch den Sinn und Zweck des § 118 Abs. 1 Satz 4 SGB VII gedeckt ist, da der Gesetzgeber bei Fusionen die Ausschöpfung von bis zu zwei Gefahr tariffperioden ermöglicht hat, um die im gewerblichen Bereich insbesondere bei unterschiedlichen Wirtschaftszweigen bestehenden erheblichen Beitragsunterschiede in angemessener Stufung angleichen zu können (vgl. Ausschussbericht Hüttenknappschaftliches Zusatzversicherungs-Neuregelungs-Gesetz - HZvNG, BT-Drucksache 14/9442, Seite 51).

In einem weiteren Fall beabsichtigt eine Berufsgenossenschaft, zur fusionsbedingten Angleichung der Gefahr tarife der Fusionspartner auf die bisherige Umrechnung der

Gefahrklassen auf eine konstante Eckgefahrklasse in Zukunft zu verzichten, wogegen keine Bedenken bestehen. Das Bundesversicherungsamt wurde vor diesem Hintergrund gebeten, seine Einschätzung zu der Frage mitzuteilen, ob beim Berechnungsverfahren für fremdartige Nebenunternehmen der Beitragsfuß zugrunde gelegt werden kann, der bereits das zukünftige Verfahren berücksichtigt. Eine Zugrundelegung des Beitragsfußes nach dem bisherigen Verfahren würde im Ergebnis zu unzutreffenden Gefahrklassen bzw. Beiträgen für die fremdartigen Nebenunternehmen ab dem Geltungsbereich des geplanten Gefahr tariffs führen.

In § 157 Abs. 4 SGB VII ist geregelt, dass der Gefahr tariff eine Bestimmung über die Festsetzung der Gefahrklassen oder die Berechnung der Beiträge für fremdartige Nebenunternehmen vorzusehen hat, wobei die Berechnungsgrundlagen des für das Nebenunternehmen fachlich zuständigen Unfallversicherungsträgers zu beachten sind. Indem gesetzlich bestimmt wird, dass die Zuständigkeit für das Hauptunternehmen auch das Nebenunternehmen erfasst (§ 131 Abs. 1 SGB VII), sollen Nebenunternehmen gegenüber gleichartigen Hauptunternehmen weder bevorzugt noch benachteiligt werden, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden. Wenn das Nebenunternehmen als Hauptunternehmen also einem anderen fachlich zuständigen UV-Träger angehören würde (fremdartig), sollen die Beiträge für das fremdartige Nebenunternehmen sich deshalb an den Beiträgen orientieren, die an den fachlich zuständigen Unfallversicherungsträger zu entrichten wären (vgl. Freischmidt/Hauck, K § 157, Rdnr. 20).

Insofern hat das Bundesversicherungsamt der Berufsgenossenschaft zugestimmt, dass es der gesetzlichen Intention zuwider liefe, wenn für fremdartige Nebenunternehmen mit einem neuen Gefahrtarif nicht mehr der – in etwa – gleiche Beitrag anfallen würde, wie bei der eigentlich zuständigen Berufsgenossenschaft und diesem Effekt wie vorgesehen entgegen gesteuert werden könne.

Aufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Die dem Bundesversicherungsamt Ende 2009 in einzelnen Punkten übertragene Rechtsaufsicht über die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) wurde in 2011 in konstruktiver und ergebnisorientierter Zusammenarbeit weitergeführt. Nach den bereits im Jahr 2010 erfolgten Prüfungen der Richtlinien zu Reisekosten, des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsversicherungsträger sowie des Abkommens über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten hat das Bundesversicherungsamt im Berichtszeitraum die Betrachtung sämtlicher seiner Rechtsaufsicht unterliegenden Richtlinien auf Gesetzeskonformität abschließen können. Dabei handelt es sich um die Gemeinsamen Richtlinien der Verbände der Unfallversicherungsträger über Wohnungshilfe (§ 41 Abs. 4 SGB VII) (Wohnungshilferichtlinien, Stand 1. Januar 1998), die Gemeinsamen Richtlinien der Verbände der Unfallversicherungsträger über die Kraftfahrzeughilfe im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 40 Abs. 5 SGB VII) (UV-Kraftfahrzeughilferichtlinien, Stand 1. November 2011), die gemeinsamen Richtlinien der Verbände der Unfallversi-

cherungsträger über häusliche Krankenpflege, § 32 Abs. 4 SGB VII (Stand: 1. August 2008) (Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege) und die Gemeinsamen Richtlinien der Verbände der Unfallversicherungsträger über Hilfsmittel (§ 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VII) (Hilfsmittelrichtlinien, Stand 1. Juli 2011).

Die DGUV legte im Sommer 2011 zudem vereinbarungsgemäß den ersten Bericht zu den Aufsichtsthemen vor, der im wesentlichen die Beschreibung der erarbeiteten Änderungen der Richtlinien, Verträge und Abkommen beinhaltete. Im Rahmen eines Gespräches mit der DGUV im Januar 2012 wurde erörtert, in den Berichten auch einen Teil über Erfahrungen und geplante bzw. mögliche Entwicklungen in Bezug auf die Aufsichtsthemen aufzunehmen. Ferner werden sich Bundesversicherungsamt und DGUV jährlich zu einem Gedankenaustausch zum Aufsichtsbereich treffen, um auch auf diese Weise die gute und zielorientierte Kooperation zwischen Bundesversicherungsamt und DGUV zu ergänzen und zu unterstützen.

3.4 Aufsichtsprüfungen

Prüfung zum Stand der Fusionsumsetzung auf den Gebieten Verwaltung, Finanzen und Leistungswesen

Das Bundesversicherungsamt führte eine umfassende Prüfung zum Stand der Fusionsumsetzungen auf den Gebieten Verwaltung, Finanzen und Leistungen durch. Erstmals wurde in einer themen- und abteilungsübergreifenden Aufsichtsprüfung durch das Bundesversicherungsamt festgehalten,

welchen Stand die einheitliche Organisation und Arbeitsweise zweier ehemals selbständiger gewerblicher Berufsgenossenschaften knapp zwei Jahre nach der Fusion erreicht hatte.

Die Fusionsprüfung, an der mehrere Prüferate des Bundesversicherungsamts beteiligt waren, umfasste im Wesentlichen zwei Schwerpunkte:

- Die konkrete Umsetzung der Fusion im Hinblick auf die Zielorganisation. Wesentliche Teilaspekte waren in diesem Zusammenhang das Raumkonzept und sonstige Fragen im Bereich Liegenschaften.

Nach der Fusion besteht die zentrale Aufgabe der Berufsgenossenschaft im Liegenschaftsbereich darin, doppelte Verwaltungsstandorte zusammenzulegen und die freigezogenen Gebäude zu veräußern. An einigen Standorten konnte die Zusammenlegung bereits abgeschlossen werden. Für einen weiteren Standort bestehen konkrete Überlegungen hinsichtlich der Umsetzung.

Des Weiteren wurde festgestellt, dass die Berufsgenossenschaft auch über Wohnimmobilien an mehreren Standorten verfügt. Da Wohnhäuser nicht zur Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben gemäß § 30 Abs. 1 SGB IV dienen, wurde der Berufsgenossenschaft mitgeteilt, dass diese Immobilien kurz- bis mittelfristig zu veräußern sind.

- Die Angleichung der Arbeitsweisen (einheitliche Richtlinien, Arbeitsanweisungen, Vordrucke, Softwareprogramme) in den Bereichen Personal, allgemeine Verwaltung (insbesondere Vergaberecht) und Leistungen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Umsetzung und die wirtschaftliche Einführung der IT-Systeme geprüft.

Wesentliche Erkenntnisse waren, dass die Berufsgenossenschaft in vielen Teilbereichen bereits gute gemeinsame Verfahren und Regelungen gefunden hatte. Andererseits waren die strukturellen Anpassungen noch nicht abgeschlossen und haben damit auch in Teilen unterschiedliche Verfahren und Regelungen bei den Sparten zur Folge gehabt. Es fanden sich jedoch insbesondere im Leistungsbereich auch innerhalb der ehemaligen Verwaltungsstellen der Fusionspartner relativ große Unterschiede.

Die Anpassungen und Vereinheitlichungen sollten von den Berufsgenossenschaften daher zielführend zu einer schlanken, qualitativ und quantitativ guten Verwaltung geführt werden, um dem eigentlichen Ziel der Fusion, einer Einsparung von Verwaltungskosten, näher zu kommen.

Das Bundesversicherungsamt wird auch künftig den abgeschlossenen Fusionen eine hohe Aufmerksamkeit zukommen lassen und auf eine Vereinheitlichung und effizientere Verwaltungsabläufe hinwirken.

Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes im Beitrittsgebiet

Im Rahmen einer Aufsichtsprüfung ist aufgefallen, dass eine Berufsgenossenschaft in zahlreichen Fällen aus den Jahren 1990 bis 1993 den Mindestjahresarbeitsverdienst mit dem Zeitpunkt des Rentenbeginns festgestellt hat. Hierfür findet sich keine Rechtsgrundlage, der Jahresarbeitsverdienst ist immer zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls (Varianten bei Berufskrankheiten eingeschlossen) festzustellen. Nach § 1152 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RVO gilt für Arbeitsunfälle, die vor dem 01. Januar 1992 im Beitrittsgebiet eingetreten sind, als Berechnungsgrundlage für die ab 01. Juli 1990 zu zahlenden Renten das Zwölfwache der Berechnungsgrundlage nach § 12 Abs. 1 Rentenangleichungsgesetz, wenn der Rentenanspruch nach dem 30. Juni 1990 entstanden ist. Maßgebend für die Berechnung der Unfallrente ist nach § 24 Abs. 1 Buchstabe a der Rentenverordnung der in den letzten zwölf Kalendermonaten vor dem Unfall erzielte beitragspflichtige monatliche Durchschnittsverdienst für die Versicherten der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten. Damit stellt die Berechnung nach § 12 Abs. 1 Satz 1 und 2 Rentenangleichungsgesetz auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalls ab. Für die Mindestberechnungsgrundlage nach § 12 Abs. 1 Satz 3 Rentenangleichungsgesetz („mindestens 60 % der jeweils geltenden Bezugsgröße“) kann daher nichts anderes gelten. Eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Jahresarbeitsverdienste vor dem Eintritt des Versicherungsfalls wäre sonst auch nicht gegeben. Die Berufsgenossenschaft wird alle relevanten Fälle korrigieren. Die von den Versicherten zu erwar-

tenden Nachzahlungen bewegen sich dabei insgesamt im 6-stelligen Euro-Bereich.

Berechnung von Übergangsleistungen

Bei der Berechnung von Übergangsleistungen sind bei einer Berufsgenossenschaft zwei grundsätzliche Problematiken aufgefallen, welche nicht der geltenden Rechtslage entsprachen. Nach der Dienstanweisung der Berufsgenossenschaft wurden Einmalzahlungen zur Feststellung des fiktiven Einkommens im monatlichen Betrag zu 1/12 berücksichtigt. Beim Vergleich mit dem tatsächlichen Einkommen wurden Einmalzahlungen jedoch nur im Monat der Zahlung angerechnet. Dadurch kam es in diesen Fällen regelmäßig zu einer über dem auszugleichenden Minderverdienst liegenden Übergangsleistung.

Weiterhin enthielt die Dienstanweisung eine Formulierung zur Feststellung des fiktiven Verdienstes bei Selbständigen, die im Sinne einer Besserstellung bei teilweisen negativen Einkünften ausgelegt wurde. Diese waren nämlich nicht mit dem tatsächlichen Negativbetrag, sondern mit Null angesetzt worden. Dadurch kam es ebenfalls zu einer nicht gerechtfertigten erhöhten Übergangsgeldzahlung. Beide Problematiken wurden inzwischen korrigiert.

4. RENTENVERSICHERUNG

4. RENTENVERSICHERUNG

4.1 Finanzen der gesetzlichen Rentenversicherung

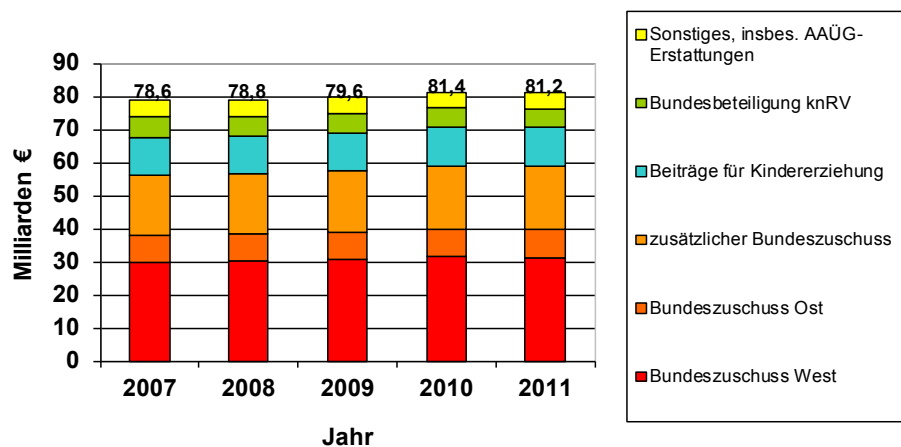
Der Bund trägt mit seinen Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge, Erstattungen) in erheblichem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Im Jahr 2011 beliefen sich die Bundeszahlungen, die durch das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet wurden, auf insgesamt rund 81,2 Milliarden €. Davon betrugen die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung fast 59 Milliarden € und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten (KEZ) rund 11,6 Milliarden Euro. Die

Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sondernversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) sind grundsätzlich rückläufig; 2011 betrugen sie noch rund 4,8 Milliarden €. Ein Teil der Zahlungen nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2011: 2,6 Milliarden €).

Die Bundesbeteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung macht weitere rund 5,7 Milliarden € aus.

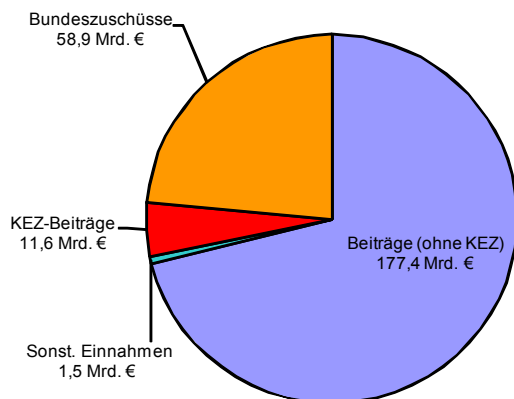
Auf die Bundeszahlungen zahlt das Bundesversicherungsamt monatliche Vorschüsse in Höhe von ca. 6,8 Milliarden € aus, die im Folgejahr abgerechnet werden. Die Entwicklung der Abrechnungsbeträge der letzten 5 Jahre ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

Bundesmittel an die gesetzliche Rentenversicherung



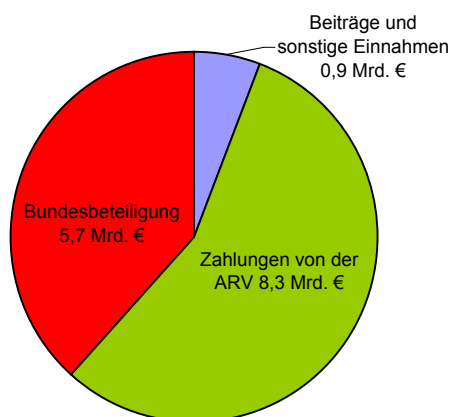
Die allgemeine Rentenversicherung (ARV) verfügte im Jahr 2011 über Einnahmen in Höhe von ca. 249 Milliarden €. Die Bundeszuschüsse machen damit 23,6 Prozent der Gesamteinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung aus. Zusammen mit den Beiträgen für Kindererziehungszeiten und sonstigen Erstattungen finanzierte der Bund in 2011 30,3 Prozent der Gesamteinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung (vgl. nachfolgende Grafik).

Einnahmen der ARV 2011 Gesamt: 249,4 Mrd. €



In der knappschaftlichen Rentenversicherung (KnRV) zahlt der Bund keinen festen Zuschuss zu den Ausgaben. Der Bund übernimmt nach § 215 SGB VI vielmehr eine Defizitdeckung, indem er den Unterschiedsbetrag zwischen den Einnahmen und den Ausgaben eines Kalenderjahres trägt. Der vom Bundesversicherungsamt ausgezahlten Bundesbeteiligung in der KnRV im Jahr 2011 von 5,7 Milliarden € standen lediglich rd. 0,9 Milliarden Euro an Beitragseinnahmen gegenüber. Darüber hinaus erhielt die KnRV Zahlungen der ARV in Höhe von rund 8,3 Milliarden €, insbesondere zur Deckung des Anteils der Leistungen an ihre Versicherten, der auf Zeiten der allgemeinen Rentenversicherung entfällt (vgl. nachfolgende Grafik).

Einnahmen der KnRV 2011 Gesamt: 14,9 Mrd. €



4.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
RV	1153

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

4.3 Grundsatzfragen

Aufwandsentschädigungen für kommunale Ehrenbeamtinnen/Ehrenbeamte sind nicht sozialversicherungspflichtig

Aufwandsentschädigungen für kommunale Ehrenbeamtinnen/Ehrenbeamte können sich nicht rentensteigernd auswirken. Zu diesem Ergebnis gelangte das Bundesversicherungsamt nach Prüfung der Eingabe eines von 1990 bis 2009 im Beitrittsgebiet ehrenamtlich als Kreistagsabgeordneter und Stadtverordneter tätigen Petenten. Er begehrte für die in dieser Zeit erhaltenen Aufwandsentschädigungen eine rentensteigernde Berücksichtigung.

Für die Zeit bis zum 31. Dezember 1992 unterlagen nach dem in der damaligen DDR geltenden Recht diese Aufwandsentschädigungen weder der Steuer- noch der Beitragspflicht zur Sozialversicherung. Da somit auch keine Beiträge entrichtet wurden, stehen diese Zeiten weder gemäß § 248 Abs. 3 SGB VI Zeiten nach Bundesrecht gleich noch können die Aufwandsentschädigungen nach § 256a Abs. 2 SGB VI bei der Rentenberechnung als Verdienst berücksichtigt werden.

Für die Zeit ab dem 1. Januar 1992 kommt es bei der sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung einer ehrenamtlichen Tätigkeit entscheidend darauf an, ob die ausgeübte

Tätigkeit Merkmale eines Beschäftigungsverhältnisses im sozialversicherungsrechtlichen Sinne aufweist. In diesem Zusammenhang hat das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung, zuletzt mit Urteil vom 25. Januar 2006 (B 12 KR 12/05 R), zu den Personenkreisen der ehrenamtlichen Bürgermeister sowie auch zu deren Stellvertretern, Ortsvorstehern und Beigeordneten entschieden, das immer dann ein sozialversicherungsrechtlich relevantes Beschäftigungsverhältnis vorliegt, wenn die ehrenamtlich Tätigen über Repräsentationsaufgaben hinaus dem allgemeinen Erwerbsleben zugängliche Verwaltungsfunktionen ausüben.

Unter Berücksichtigung dieser höchstgerichtlichen Rechtsprechung vertreten die Sozialversicherungsträger zu Recht die Auffassung, dass ehrenamtliche Tätigkeiten in einer kommunalpolitischen Vertretungskörperschaft beispielsweise als Stadt- oder Gemeinderatsmitglied, Kreistagsabgeordneter oder Mitglied einer Stadtverordnetenversammlung nicht als Beschäftigungsverhältnis im sozialversicherungsrechtlichen Sinne zu bewerten sind, da regelmäßig keine dem Erwerbsleben zugängliche Verwaltungsfunktionen ausgeübt werden.

Vor diesem Hintergrund handelte es sich bei den an den Petenten gezahlten Aufwandsentschädigungen nicht um sozialversicherungsrechtlich relevantes Arbeitsentgelt. Dementsprechend wurden aus den Aufwandsentschädigungen auch keine Rentenversicherungsbeiträge entrichtet, so dass eine rentensteigernde Berücksichtigung nicht zulässig war.

Landlehrerzulage als Arbeitsentgelt

Auch im vergangenen Jahr erreichte das Bundesversicherungsamt eine Vielzahl von Eingaben, in denen die Betroffenen unter Hinweis auf die Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 23. August 2007 (B 4 RS 4/06) eine Berücksichtigung der in der damaligen DDR bezogenen Prämien- und Sonderzahlungen als Arbeitsentgelt nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz begehrten. Dazu gehörte auch die Landlehrerzulage. Lehrer in der ehemaligen DDR erhielten nach der Richtlinie über Zuschüsse an Landlehrer vom 29. September 1959 diese Zulage zu ihrem Gehalt zum Ausgleich der gesellschaftlichen und sozialen Unterschiede zwischen Stadt und Land, wenn sie ihren Beruf in bestimmten ländlichen Orten ausübten.

Der Begriff des Arbeitsentgeltes ist bei Anwendung des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz, so das Bundessozialgericht, bundesrechtlich im Sinne der §§ 14 und 15 SGB IV zu definieren. Danach sind Arbeitsentgelte alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch auf die Einnahmen besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt werden. Steuerfreie Aufwandsentschädigungen und die in § 3 Nr. 26 des Einkommenssteuergesetzes genannten steuerfreien Einnahmen gelten hingegen nicht als Arbeitsentgelt. Dabei kommt es auf das zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes am 1. August 1991

geltende Steuerrecht an. Damit sind bei der Ermittlung des Arbeitsentgeltes für Zeiten nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz neben dem Tariflohn auch alle Zahlungen zu berücksichtigen, die vom Arbeitgeber als Entlohnung für erbrachte Arbeitsleistung gezahlt wurden und nach den am 1. August 1991 geltenden steuerrechtlichen Regelungen der Steuerpflicht unterlagen.

Die Landlehrerzulage gehört zu diesen zu berücksichtigenden Zahlungen. Allerdings trägt der Versicherte die objektive Beweislast dafür, dass der Anspruch dem Grunde und der Höhe nach bestand und die Zahlungen ihm auch tatsächlich zugeflossen sind. Da die Gewährung der Landlehrerzulage von zahlreichen Voraussetzungen abhing, die betroffenen Zeiträume oft lange zurückliegen und diese Zulage mangels Steuer- und Sozialversicherungspflicht oft gar nicht oder nur unvollständig dokumentiert wurde, sind Nachweis und Glaubhaftmachung häufig nicht möglich.

Beitragszahlung bei Selbständigen

Versicherungspflichtige Selbständige können wählen, ob sie Beiträge in Höhe des Regelbeitrags oder entsprechend ihres tatsächlichen Einkommens zahlen. Bei der Berechnung einkommensgerechter Beiträge sind für den Nachweis des Arbeitseinkommens die sich aus dem letzten Einkommenssteuerbescheid für das zeitnaheste Kalenderjahr ergebenden Einkünfte so lange maßgebend, bis ein neuer Einkommenssteuerbescheid vorgelegt wird.

Die Arbeitsanweisung eines Rentenversicherungsträgers sah eine automatische Umstellung vom einkommensgerechten Beitrag auf den Regelbeitrag vor, wenn der versicherungspflichtige Selbständige auf die jährliche Aufforderung, einen Einkommensnachweis vorzulegen, nicht reagiert.

Das Bundesversicherungsamt wies den betreffenden Rentenversicherungsträger in den letzten Jahren mehrfach darauf hin, dass diese Verfahrensweise im Widerspruch zu den gesetzlichen Regelungen steht. Inzwischen hat der Träger seine Arbeitsanweisung geändert.

Hinzuverdienst während einer Freistellungsphase

Auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist das Arbeitsentgelt aus einem Beschäftigungsverhältnis anzurechnen, wenn es bestimmte Beträge übersteigt. Im Falle eines bei der Bundeswehr von der Arbeitsleistung freigestellten Rentenbeziehers war strittig, wann dessen Beschäftigungsverhältnis endete.

Der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes folgend waren die Rentenversicherungsträger zunächst davon ausgegangen, dass in Zeiten der unwiderruflichen Freistellung von der Arbeitsleistung ein Beschäftigungsverhältnis nicht mehr besteht. So wurde im vorliegenden Fall eine Ausgleichszahlung nach § 11 des Tarifvertrages über sozialverträgliche Begleitmaßnahmen im Zusammenhang mit der Umgestaltung der Bundeswehr nicht als rentenschädlicher Hinzuverdienst gewertet.

Nach neueren Entscheidungen des Bundessozialgerichtes vom 24. September 2008 (B 12 KR 22/07 R und B 12 KR 27/07 R) endet das Beschäftigungsverhältnis bei von der Arbeitsleistung freigestellten Personen jedoch erst mit dessen arbeitsrechtlichem Ende, d.h. mit Ablauf der Freistellungsphase. Da es sich bei den während der Freistellungsphase aus dem Beschäftigungsverhältnis erzielten Einkünften somit um Arbeitsentgelt handelt, ist dieses bei der Prüfung der Hinzuverdienstgrenze nach § 34 und § 96a SGB VI zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die oben genannte Ausgleichszahlung.

Die Rentenversicherungsträger sind jedoch übereingekommen, aus Vertrauensschutzgründen diese Ausgleichszahlung dann nicht als rentenschädlichen Hinzuverdienst anzusehen, wenn die Freistellung von der Arbeitsleistung und damit die Zahlung dieser Ausgleichszahlung, wie im vorliegenden Fall, vor dem 1. Juli 2009 begonnen hat und die Krankenkasse als zuständige Einzugsstelle für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag die geleisteten Ausgleichszahlungen nicht als sozialversicherungspflichtiges Entgelt eingestuft hat. Diese Vorgehensweise hat das Bundesversicherungsamt nicht beanstandet.

Änderung eines missverständlichen Formschreibens

Aufgrund eines Hinweises des Bundesversicherungsamtes änderte ein Rentenversicherungsträger den Text eines missverständlichen Formschreibens. Hintergrund war folgender: Bei einer vom Rentenversicherungsträger veranlassenen Begutachtung

versendet der beauftragte Gutachter an den Versicherten ein Formschreiben. Darin wird u.a. um Mitteilung gebeten, soweit Umstände eintreten, die die Anfahrt zur Untersuchung erheblich verteuern.

Aus der Formulierung war nicht eindeutig erkennbar, ob diese Information durch den Arzt oder den Versicherten an den Rentenversicherungsträger weiterzuleiten ist und wer die Entscheidung über die Kostenübernahme trifft. In einem vorliegenden Fall bestätigte die Arztpraxis dem Versicherten zwar die Notwendigkeit der Taxibenutzung und damit der Vertueuerung der Anfahrt, der Träger lehnte aber die Erstattung der höheren Fahrkosten ab.

Das Bundesversicherungsamt wies den Rentenversicherungsträger darauf hin, dass die nicht eindeutigen Formulierungen in dem Formschreiben nicht zu Lasten des Versicherten gehen dürfen. Daraufhin änderte der Rentenversicherungsträger den Text des Formschreibens und erstattete dem Beschwerdeführer die höheren Fahrkosten.

Beanstandungsschutz bei Nachversicherungsbescheinigungen

Im Rahmen der Bearbeitung einer Eingabe beanstandete das Bundesversicherungsamt die Ausführungen eines Rentenversicherungsträgers im Rechtshandbuch zu § 286 SGB VI. Der Träger vertrat die Auffassung, dass nach dem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 20. März 1986 (11a RA 64/84) Nachversicherungsbescheinigungen gemäß § 124 Abs. 6 Angestelltenversicherungsgesetz dem Beanstandungsschutz des § 145 Abs. 2 Angestelltenversicherungsgesetz

und damit auch des § 286 Abs. 3 SGB VI unterliegen.

Diesen Schluss vermochte das Bundesversicherungsamt nach Auswertung der zitierten Entscheidung jedoch nicht nachzuvollziehen. Aufgrund eines entsprechenden Hinweises überprüfte der Rentenversicherungsträger seine Aussage und stellte dabei fest, dass sich weder aus dem genannten Urteil noch aus der weiteren Rechtsprechung eine Begründung für seine Auffassung herleiten lässt. Der Träger schloss sich daher im Ergebnis der Auffassung des Bundesversicherungsamtes an und korrigierte die entsprechenden Ausführungen in seinem Rechts-handbuch.

Bewertung von Ausbildungszeiten

Nach § 58 Abs. 1 Satz 3 SGB VI sind Zeiten, in denen Versicherte nach Vollendung des 25. Lebensjahres wegen des Bezugs von Sozialleistungen versicherungspflichtig waren, keine Anrechnungszeiten. Das Bundesversicherungsamt hat seit langer Zeit mit einem seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger die Problematik der Anerkennung von Fachschulzeiten neben einem Sozialleistungsbezug von der Bundesagentur für Arbeit bzw. einem Rehabilitationsträger (z.B. während einer Umschulung/ Fortbildung) erörtert. Der Rentenversicherungsträger ging davon aus, dass Anrechnungszeiten wegen Fachschulausbildung - sofern die jeweiligen Zeiten den Fachschulbegriff i. S. des § 58 SGB VI erfüllen - nicht aufgrund von § 58 Abs. 1 Satz 3 SGB VI verdrängt werden, wenn während des Fachschulbesuchs Versicherungspflicht auf Grund des Bezugs einer Sozialleistung

bestand. Die Rechtsauffassung des Rentenversicherungsträgers hatte häufig zur Folge, dass Berufsausbildungszeiten (wie z.B. eine Lehrzeit) keinen bzw. nur einen geringen Zuschlag an Entgeltpunkten für Zeiten der beruflichen Ausbildung erhielten. Zeiten der beruflichen Ausbildung werden nämlich insgesamt für höchstens 36 Monate bewertet, wobei Fachschulzeiten vorrangig zu berücksichtigen sind. Das Bundesversicherungsamt hatte die Problematik - wie im Tätigkeitsbericht 2008 berichtet - auch an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales herangetragen und eine Gesetzesänderung angeregt.

Das Bundessozialgericht hat sich in seinem Urteil vom 19. April 2011 (B 13 R 79/09 R) mit der Problematik befasst. Keine Anrechnungszeiten wegen Fachschulausbildung sind danach Zeiten, in denen wegen des zeitgleichen Bezugs von Übergangsgeld Versicherungspflicht bestand, sofern die Fachschulausbildung alleiniger Inhalt einer berufsfördernden Rehabilitationsmaßnahme war, für die der Rehabilitationsträger Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt hat.

Der betreffende Rentenversicherungsträger hat seine dem entgegenstehende bisherige Rechtsauffassung daraufhin aufgegeben. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben inzwischen entschieden, dass sie die Ausschlussregelung des § 58 Abs. 1 Satz 3 SGB VI nicht nur auf Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung, sondern auch in Bezug auf die Tatbestände betreffend Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft und Mutterschutz, Arbeitslosigkeit, Rentenbezug (§ 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, Nr.

2, Nr. 3 und Nr. 5 SGB VI) sowie die Spezialregelung des § 252 Abs. 1 SGB VI anwenden.

Hochrechnung voraussichtlicher beitragspflichtiger Einnahmen

Rentantragsteller können entscheiden, dass die Berechnung ihrer Altersrente für die letzten drei Monate vor Rentenbeginn aufgrund einer Hochrechnung nach § 194 SGB VI erfolgt. Hierdurch soll ein nahtloser Übergang in die Altersrente gewährleistet werden. Weichen dann die in diesen drei Monaten tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen von den durch den Rentenversicherungsträger errechneten voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen ab, bleiben sie allerdings für diese Rente außer Betracht (§ 70 Abs. 4 SGB VI).

Aufgrund mehrerer Eingaben hat das Bundesversicherungsamt mit einem Rentenversicherungsträger erörtert, ob die den Versicherten im Rahmen der Rentenantragstellung gegebenen Hinweise die Konsequenzen der Hochrechnung hinsichtlich Einmalzahlungen zutreffend darstellen. Inzwischen hat sich das Bundessozialgericht in einem Urteil vom 12. Dezember 2011 (B 13 R 29/11 R) mit dieser Frage beschäftigt. Es hat in dem entschiedenen Einzelfall festgestellt, dass die Hochrechnung des Rentenversicherungsträgers dem geltenden Recht entspricht. Allerdings waren - so das Bundessozialgericht -, die dem Versicherten anlässlich der Rentenantragstellung erteilten Hinweise insoweit unrichtig, als sie den Eindruck erweckten, eine im Hochrechnungszeitraum zu erwartende Einmalzahlung werde dann angemessen berücksich-

tigt, wenn entsprechende Zahlungen bereits in den Vorjahren geflossen sind. Es hat den Rechtsstreit zur Prüfung eines möglichen sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs des Klägers daher an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Das Bundesversicherungsamt wird auch im Jahr 2012 die grundsätzlichen Diskussionen zum Thema „Hochrechnung nach § 194 SGB VI“ mit dem seiner Aufsicht unterstehenden Träger weiter führen und die Entscheidung des Bundessozialgerichts dabei einbeziehen.

Meldung der Kontaktdaten von Hinterbliebenen

Beim Tod eines Versicherten teilen die Meldebehörden den Rentenversicherungsträgern über deren Datenstelle zukünftig die Kontaktdaten des überlebenden Ehegatten oder Lebenspartners des Verstorbenen mit (§ 196 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 SGB VI, in Kraft ab 1. Januar 2013). Dadurch werden die Rentenversicherungsträger in die Lage versetzt, die Hinterbliebenen auf einen möglichen Rentenanspruch und die Notwendigkeit eines Leistungsantrags hinzuweisen (vgl. § 150 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB VI, in Kraft ab 1. Januar 2013).

Das Bundesversicherungsamt hatte sich beim zuständigen Bundesministerium dafür eingesetzt, die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Übermittlung der Kontaktdaten der Hinterbliebenen an die Rentenversicherungsträger zu schaffen. Die Hinterbliebenen müssen über einen möglichen Anspruch informiert sein, damit ihnen Rentenansprüche nicht verloren gehen.

Mit der nun erfolgten Neuregelung setzt der Gesetzgeber dieses bereits seit längerer Zeit verfolgte Anliegen des Bundesversicherungsamtes um.

Kostenerstattung in Widerspruchsverfahren bei Abhilfe durch Bewilligung einer anderen Rehabilitationsklinik

Zahlreiche Eingaben betrafen die Frage, ob die Kosten des Widerspruchsverfahrens vom Rentenversicherungsträger auch dann zu erstatten sind, wenn den Versicherten eine Rehabilitationsmaßnahme nicht in der Wunschklinik bewilligt und hiergegen erfolgreich Widerspruch eingelegt wurde.

Die Rentenversicherungsträger hatten zunächst die Erstattung der Kosten für das Widerspruchsverfahren mit der Begründung abgelehnt, die Rehabilitationsmaßnahme sei grundsätzlich bewilligt worden, daher liege kein ablehnender Bescheid vor. Eine Beschwerde der Widerspruchsführer sei somit nicht gegeben und die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten (z.B. eines Rechtsanwalts) nicht erforderlich.

Das Bundesversicherungsamt vertritt jedoch die Auffassung, dass die Versicherten auch bei Bewilligung einer Rehabilitationsmaßnahme in einer anderen Rehabilitationsklinik, als der von ihnen gewünschten Klinik beschwert sind, da sie mit ihrem Rehabilitationsantrag auch die Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme in einer ganz bestimmten Klinik begehren.

Die Rentenversicherungsträger haben sich jetzt dieser Auffassung angeschlossen und ihre bisher praktizierte Verfahrensweise geändert. Eine Kostenerstattung für die

Aufwendungen im Widerspruchsverfahren kommt nun nach § 63 Abs. 2 SGB X in Betracht, wenn der Widerspruch gegen die Bewilligung einer nicht gewünschten Rehabilitationsklinik erfolgreich war und ein Bevollmächtigter hinzugezogen wurde.

Telefonische Erreichbarkeit der Deutschen Rentenversicherung

Im vergangenen Jahr erreichten das Bundesversicherungsamt zahlreiche Eingaben, in denen die Versicherten sich zu Recht über die schlechte telefonische Erreichbarkeit eines Rentenversicherungsträgers beklagten. Insbesondere bei Rückfragen zu laufenden Rehabilitationsanträgen kam es im Extremfall dazu, dass Anrufer ca. eine halbe Stunde in einer Warteschleife verweilen mussten. In Einzelfällen wurde die Telefonverbindung automatisch unterbrochen, da alle Leitungen besetzt waren.

Das Bundesversicherungsamt erörterte mit dem Rentenversicherungsträger die Ursachen für die Probleme und wirkte auf eine Besserung der Situation hin. Im Ergebnis stellte sich heraus, dass der Rentenversicherungsträger zwar seine Personalkapazitäten anhand des täglich gemessenen Telefonaufkommens steuerte. So wurden beispielsweise an einem Montag mehr Mitarbeiter für die Beantwortung telefonischer Fragen eingesetzt als an einem Mittwoch, da in der Vergangenheit montags wesentlich mehr Anrufe gemessen wurden. Dennoch reichte diese Maßnahme zur Behebung des Problems nicht aus.

Der Rentenversicherungsträger ermittelte auf Anregung des Bundesversicherungsam-

tes, dass sich die Zahl der Anrufe nicht nur durch ein gestiegenes Antragsvolumen im Bereich Rehabilitation erhöht hatte, sondern sich die Gesprächsdauer auch dadurch verlängerte, dass im Bereich Rehabilitation die Versicherten telefonisch nicht mehr nur allgemeine Auskünfte erhalten, sondern auch individuell beraten und unterstützt werden. Der Rentenversicherungsträger erhöhte durch interne Umsetzungen die Zahl der Mitarbeiter, die Anrufe entgegennehmen, deutlich. Diese Maßnahmen musste der Rentenversicherungsträger aufgrund der angespannten Haushaltslage ohne erhebliche Mehrkosten bewältigen.

Seit Herbst 2011, dem Ende der Stellenumbesetzung beim Rentenversicherungsträger, konnte das Bundesversicherungsamt feststellen, dass die Zahl der Eingaben, mit denen die telefonische Erreichbarkeit des Rentenversicherungsträgers beanstandet wurde, stetig abgenommen hat.

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

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Jahr 2011 insgesamt 19 verbindliche Entscheidungen nach § 138 SGB VI getroffen. Die Prüfung des Bundesversicherungsamtes hinsichtlich deren Rechtmäßigkeit, führte nicht zu Beanstandungen. Zwei verbindliche Entscheidungen waren auf Anregung des Bundesversicherungsamtes getroffen worden. Eine verbindliche Entscheidung wurde angeregt, da die Träger bisher nicht einheitlich verfahren, eine weitere, um eine

bereits existierende zu ersetzen.

Im Jahr 2011 trat das Bundesversicherungsamt zudem in einen grundsätzlichen Austausch mit der Deutschen Rentenversicherung Bund ein, um zu klären, unter welchen Bedingungen eine bereits veröffentlichte verbindliche Entscheidung berichtigt, geändert oder aufgehoben wird. Aus verschiedenen Gründen können sich Anlässe für eine Überprüfung einer verbindlichen Entscheidung ergeben. Beispielsweise kann sich die ihr zugrunde liegende Rechtslage zwischenzeitlich geändert haben oder neue Rechtsprechung zu der entschiedenen Fragestellung ergangen sein. Erste Überlegungen zu einer Verfahrensbeschreibung liegen mittlerweile vor. Im Jahr 2012 führen die Deutsche Rentenversicherung Bund und das Bundesversicherungsamt den Abstimmungsprozess fort.

Unabhängig von den getroffenen verbindlichen Entscheidungen wertet das Bundesversicherungsamt die in den Fachausschüssen und Arbeitsgruppen diskutierten Themen aus und prüft, ob auch zu diesen verbindlichen Entscheidungen getroffen werden sollten, damit eine einheitliche Rechtsanwendung sichergestellt ist.

4.5 Aufsichtsprüfungen bei den Rentenversicherungsträgern

Nachzahlungen beim Kinderzuschlag

Das Bundesversicherungsamt hatte die seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger angewiesen, alle Fälle zu ermitteln, in denen der Kinderzuschlag nach § 78a SGB VI möglicherweise fehlerhaft nicht berücksichtigt wurde. Dieser Zu-

schlag soll einen Ausgleich für Witwer und Witwen schaffen, die Kinder erzogen haben und von der Absenkung des Versorgungssatzes von 60 Prozent auf 55 Prozent betroffen sind. Im Tätigkeitsbericht 2010 wurden die bis Januar 2011 vorliegenden Ergebnisse dargestellt.

Inzwischen sind alle erforderlichen Überprüfungsverfahren abgeschlossen. Bei einem Rentenversicherungsträger erfolgte in insgesamt 1.210 von 3.289 ermittelten Fällen eine Neuberechnung der Rente. Es ergab sich dabei ein Gesamtnachzahlungsbetrag von 2.905.025 € einschließlich Zinsen.

Bei einem anderen Rentenversicherungsträger kam es in 7.992 der ermittelten 26.045 Überprüfungsfälle zu Neuberechnungen. Der Gesamtnachzahlungsbetrag belief sich hier auf 19.374.010,33 €, wovon allein 1.210.822,63 € auf Zinsen entfielen. Der laufend zu zahlende monatliche Zahlungsbetrag erhöhte sich um durchschnittlich 57,28 €.

Berufsausbildungszeiten

Im Tätigkeitsbericht 2010 berichtete das Bundesversicherungsamt über die geplante Überprüfungsaktion von Renten mit Berufsausbildungszeiten durch einen der Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger. Im Wesentlichen waren hiervon Rentenfeststellungen betroffen, denen fehlerhafte Entgeltaufteilungen im letzten Ausbildungsjahr zugrunde lagen.

Die Überprüfung von 215.542 Vorgängen konnte inzwischen mit beträchtlichem Kraftaufwand vom Rentenversicherungsträger abgeschlossen werden. Sie bestätigte die bisherigen Erkenntnisse des Bundes-

versicherungsamtes. In insgesamt 86 % der Fälle kam es zu einer Neufeststellung der Rente, wovon sich in ca. 80 % der Neufeststellungsfälle (147.702) Nachzahlungen und monatliche Erhöhungen der Rentenzahlbeträge zu Gunsten der Betroffenen ergaben.

Allerdings führte das Überprüfungsverfahren in ca. 2,2 % der Neufeststellungsfälle auch zu einer Überzahlung von Renten. Das dem Grunde nach rentensteigernde, „positive“ Tatbestände zu einer niedrigeren Rente führen, belegt einmal mehr die Komplexität rentenrechtlicher Regelungen.

Auch vor dem Hintergrund der mittlerweile getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen des Rentenversicherungsträgers, wird das Thema „Berufsausbildungszeiten“ weiterhin ein wesentlicher Gegenstand von Aufsichtsprüfungen bleiben.

Weitere Ergebnisse des Prüfverfahrens „Rehabilitation“

Den Themenkomplex „Rehabilitation“ hat das Bundesversicherungsamt in 2011 bei dem geprüften Rentenversicherungsträger weiterverfolgt. Dies betraf insbesondere die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation die sogenannten Präventionsleistungen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Bereich „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ hatte das Bundesversicherungsamt eine Reihe von Maßnahmen vor-

geschlagen, um dringend notwendige Qualitätsverbesserungen zu erreichen. Darauf wurde bereits im Vorjahresbericht hingewiesen. Zahlreiche dieser Vorschläge hat der Rentenversicherungsträger mittlerweile umgesetzt.

Wie bereits im Vorjahr berichtet, war es bei dem geprüften Träger aufgrund von internen Aufrechnungen im maschinellen Verfahren systematisch zu unrechtmäßigen Kürzungen der Bemessungsgrundlage für das beitragspflichtige Übergangsgeld gekommen. Negative Auswirkungen auf die Rentenanwartschaft des Leistungsbeziehers waren die Folge. Zwischenzeitlich hat der Träger über das Jahr 2008 hinaus, soweit dies maschinell möglich war, auch den Bestand der Jahre 2006, 2007, 2009 sowie 2010 überprüft und Fehler korrigiert. Im Zeitraum von 2006 bis 2010 ergaben sich insgesamt rund 360 Fälle mit geänderten Meldungen von Sozialversicherungsbeiträgen.

Auf Initiative des Bundesversicherungsamtes hat der Träger zahlreiche Defizite bei der Sachverhaltsermittlung ausgeräumt. Es wurden den Antragstellern Nachweispflichten auferlegt sowie Vordrucke modifiziert und Arbeitsanweisungen geändert.

So hatte das Bundesversicherungsamt bemängelt, dass der Träger ein höheres Übergangsgeld wegen Kindererziehung ausschließlich aufgrund der Angaben des Antragstellers zahlte und keine weiteren Nachweise anforderte. Auch das Weiterbestehen des Anspruchs auf erhöhtes Übergangsgeld überwachte er nicht, z.B. bei Kindern in der Ausbildung. Auf den bundeseinheitlichen Entgeltbescheinigungen wird nunmehr bei

volljährigen Kindern ein Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld verlangt. Zur Vermeidung etwaiger Überzahlungen hat der Träger die Übergangsgeldbescheide um einen Zusatz ergänzt, der auf entsprechende Mitwirkungspflichten bei Änderungen in den Verhältnissen hinweist.

Ein weiterer Kritikpunkt betraf die unzureichende Ermittlung von Fehlzeiten, die zu Überzahlungen von Übergangsgeld führten (in einem Prüffall fast 5.000 €). Der Vordruck, auf dem der Leistungsempfänger seine monatliche Erklärung, die für die Auszahlung des Übergangsgeldes Voraussetzung ist, abzugeben hatte, war für die Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse nicht geeignet. Zudem hielt sich die Sachbearbeitung nicht an die Anweisungen zum Verfahren und die Bildungseinrichtung war unzureichend in das Verfahren eingebunden. Den relevanten Vordruck hat der Rentenversicherungsträger dahingehend geändert, dass nunmehr auch Art und Grund der Teilnahmeunterbrechung anzugeben und vom Bildungsträger zu bestätigen sind. Die entsprechende Arbeitsanweisung wurde ebenfalls überarbeitet und der Eingang des Vordrucks ist taggenau in der Vorgangsverwaltung zu überwachen. Ferner erhalten die Bildungseinrichtungen eine Durchschrift des Bewilligungsbescheides und werden aufgefordert, Fehlzeiten unverzüglich mitzuteilen.

Als mangelhaft hatte sich für das Bundesversicherungsamt auch das Abrechnungsverfahren bei Familienheimfahrten herausgestellt. Der Träger bewilligte die Kostenübernahme der Heimfahrten pauschal zu Beginn der Maßnahme, ohne eine Erklärung

oder Nachweise über tatsächlich entstandene Kosten zu verlangen. Der Träger fordert künftig auf einem modifizierten Vordruck Nachweise für Familienheimfahrten an. Die Arbeitsanweisungen wurden entsprechend angepasst.

Nicht akzeptabel war für das Bundesversicherungsamt auch die großzügige Bewilligungspraxis bei der Kostenübernahme für die Anschaffung eines Personalcomputers (PC). Obgleich die Arbeitsanweisung grundsätzlich keine Kostenübernahme vorsah, wurde jahrelang - ohne auf die konkreten Gegebenheiten im Einzelfall und auf die zwischenzeitlich erfolgten preislichen und technischen Entwicklungen abzustellen - pauschal ein Zuschuss von 300 € gewährt. Die Bewilligungsbescheide ließen entscheidungserhebliche Ermessensgesichtspunkte vermissen. Es konnte erreicht werden, dass ein Zuschuss in begründeten Fällen nur noch in Höhe von 150 € gezahlt wird. Versichertengelder werden damit eingespart. Auch werden in den Bescheiden die maßgeblichen Ermessensgesichtspunkte angeführt. Auf den Originalbelegen wird der jeweilige Erstattungsbetrag für die Finanzbehörden vermerkt.

Über Verbesserungen bei der Sachverhaltsermittlung hinaus wurden beanstandete Unzulänglichkeiten im Bescheidaufbau und bei den Bescheidinhalten ausgeräumt. Freie Bescheidzusätze (z.B. Anforderungen von Unterlagen) werden deutlich sichtbar hervorgehoben. Vorschussbescheide, die in der Vergangenheit nicht als solche klar zu identifizieren waren, sind heute eindeutig als Vorschussbescheide überschrieben und gekennzeichnet. Die Bescheide enthalten auch

die erforderlichen rechtlichen Hinweise auf § 42 SGB I und die insoweit bestehenden Kriterien für eine Rückforderung. Zudem hat der Träger seine Sachbearbeitung sensibilisiert, in Bescheiden die Begriffe „Aufrechnung“ (§ 51 SGB I) und „Verrechnung“ (§ 52 SGB I) den gesetzlichen Vorschriften entsprechend zu verwenden.

Hinsichtlich einiger vom Bundesversicherungsamt geforderter Maßnahmen steht die technische Realisierung noch aus. Dies betrifft beispielsweise die transparente Darstellung von Aufrechnungsbeträgen in Bescheiden und den Einsatz von Plausibilitätsprogrammen bei Datenüberschneidungen.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die Feststellungen der Prüfung „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ führten bei demselben Träger zu einer ergänzenden Prüfung zum Thema „Ablehnungen von Leistungen zur Teilhabe wegen mangelnder versicherungsrechtlicher Voraussetzungen nach § 11 SGB VI“. Das Bundesversicherungsamt überprüfte gezielt Akten, in denen der Träger die Anträge wegen Nichterfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (entspricht weniger als 180 Kalendermonaten mit Beitragszeiten) an die Arbeitsverwaltung abgegeben hatte.

Die Aufsichtsprüfung ergab, dass die Sachverhalte und Anspruchsvoraussetzungen vielfach unzureichend ermittelt und überprüft wurden. Diese Verfahrensweise entsprach nicht dem Amtsermittlungsgrundsatz (§ 20 SGB X). Beispielsweise blieben

Entgelte aus dem Vorjahr bzw. dem laufenden Kalenderjahr unbeachtet, wenn diese aus meldetechnischen Gründen noch nicht in das Versicherungskonto übertragen waren. Darüber hinaus wurden Fälle beanstandet, weil Wartezeitmonate von ausländischen Beitragszeiten oder geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen unberücksichtigt blieben. Grundsätzlich wurde auch nicht geprüft, ob sich durch eine Anerkennung von Kindererziehungszeiten ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben begründen lässt. Insgesamt wurde mindestens jeder vierte Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu Unrecht an die Arbeitsverwaltung abgegeben.

Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung des Trägers (§ 14 SGB IX), innerhalb von zwei Wochen über die Zuständigkeit zu entscheiden, wird es nicht in allen Fällen gelingen, in diesem Zeitraum die Anzahl der Wartezeitmonate vollständig zu ermitteln und abschließend über den Anspruch zu entscheiden. Dennoch müssen alle Bemühungen dahin gehen, diesem Ziel durch ein zielgerichtetes Antragsverfahren mit effektiven Arbeitsabläufen, das zudem dem Amtsermittlungsgrundsatz hinreichend Rechnung trägt, möglichst nahe zu kommen. Zu diesem Zweck hat das Bundesversicherungsamt unter Beteiligung des Rentenversicherungsträgers ein neues Verfahren zur Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen entwickelt.

Künftig wird in jedem Fall eine Kontenklärung durchgeführt, sofern das Versicherungskonto unvollständig, aber die Erfüllung der Wartezeit mit 180 Kalendermonaten möglich ist. Kann eine Kontenklä-

rung innerhalb der Zwei-Wochenfrist nicht durchgeführt werden, ist der Vorgang an die Arbeitsverwaltung abzugeben. Gleichzeitig werden der Antragsteller und die Arbeitsverwaltung zukünftig über die anhängige Kontenklärung informiert. Führt die Kontenklärung zu dem Ergebnis, dass der Rentenversicherungsträger für das Erbringen der Leistung zuständig gewesen wäre, wird die Arbeitsverwaltung hierüber informiert und kann im Bedarfsfall einen Erstattungsanspruch geltend machen. Durch diese nachträgliche Prüfung wird trotz der Zwei-Wochenfrist sichergestellt, dass letztlich der zuständige Sozialleistungsträger die Kosten der Maßnahme trägt.

Der Rentenversicherungsträger hat die Verfahrensoptimierung umgesetzt und wird eine umfassende Anspruchsprüfung vornehmen. Die Mitarbeiter des Trägers wurden entsprechend informiert und Verfahrensbeschreibungen erstellt bzw. angepasst. Das Bundesversicherungsamt wird die Umsetzung der neuen Verfahrensweise in die Verwaltungspraxis in nachfolgenden Aufsichtsprüfungen im Bereich der Rehabilitation verfolgen.

4.6 Aufsicht über die Künstler-sozialkasse

Neugestaltung des Zustimmungsverfahrens bei den Ausgleichsvereinigungen

Unternehmen, die Aufträge an selbständige Künstler und Publizisten erteilen, und hierfür künstlersozialabgabepflichtig sind (sog. Verwerter), können eine Ausgleichsvereinigung bilden, die die Zahlung der Abgabe übernimmt. Vereinbart die Ausgleichsver-

einigung mit der Künstlersozialkasse eine vom Gesetz abweichende Bemessungsgrundlage für die Abgabe, so bedarf dieser Vertrag - wie in den Tätigkeitsberichten der letzten Jahre dargestellt - der Zustimmung des Bundesversicherungsamtes (§ 32 Abs. 1 Satz 2 und 3 KSVG).

Seit 2007 hat sich die Zahl der neu gegründeten Ausgleichsvereinigungen deutlich erhöht. Der dadurch entstandene, erhebliche Zusatzaufwand auf Seiten des Bundesversicherungsamtes und der Künstlersozialkasse sowie die zahlreichen neu aufgetretenen Grundsatzfragen machten eine Neugestaltung des Zustimmungsverfahrens erforderlich. Das Bundesversicherungsamt traf in den Jahren 2010 und 2011 daher mit der Künstlersozialkasse mehrere Vereinbarungen.

So erarbeitete das Bundesversicherungsamt in Zusammenarbeit mit der Künstlersozialkasse einen neuen Mustervertrag für die Gründung einer Ausgleichsvereinigung. Er enthält alle im Regelfall zustimmungsfähigen Klauseln. Zentral ist die Befristung der Verträge auf sieben Jahre. Dadurch gilt eine vereinbarte abweichende Bemessungsgrundlage nicht mehr unbegrenzt oder für sehr lange Zeiträume, sondern wird regelmäßig überprüft und angepasst. So wird sichergestellt, dass die Ausgleichsvereinigung - wie gesetzlich vorgesehen - stets eine Abgabe zahlt, die in etwa dem Betrag entspricht, der zu zahlen wäre, wenn keine Ausgleichsvereinigung bestünde. Für die Verlängerung der Vertragslaufzeit und die Anpassung der abweichenden Bemessungsgrundlage nach einer solchen Überprüfung erstellten die Künstlersozialkasse und das

Bundesversicherungsamt ebenfalls eine Muster-Zusatzvereinbarung.

Auch außerhalb des Vertragstextes sind bestimmte Vorgaben einzuhalten. Diese fassen die Künstlersozialkasse und das Bundesversicherungsamt in Form von Erläuterungen zum Mustervertrag zusammen. Zentral sind hier die Mindestanforderungen an die Prüfungen, in denen die Datenbasis für die vom Gesetz abweichende Bemessungsgrundlage für die Abgabe ermittelt wird.

Durch die Neugestaltung des Zustimmungsverfahrens sind der Künstlersozialkasse die Anforderungen, die das Bundesversicherungsamt an einen Vertrag zur Bildung einer Ausgleichsvereinigung stellt, nun bestens bekannt. Zudem ist eine Gleichbehandlung aller Ausgleichsvereinigungen sichergestellt.

4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht

Internationale Kontakte/Konferenzen

Das Bundesversicherungsamt hat auch im Jahr 2011 auf Einladung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales an Besprechungen im internationalen Bereich mitgewirkt. So konnte in die Gespräche zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Föderation Russland ebenso wie zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Argentinischen Republik der Sachverstand aus der aufsichtsrechtlichen Praxis eingebracht werden.

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt die Gespräche zwischen den deutschen und den schwedischen, rumänischen, griechischen sowie den polnischen Versicherungsträgern begleitet. Bei der deutsch-schwedischen, der deutsch-rumänischen, der deutsch-griechischen und der deutsch-polnischen Verbindungsstellenbesprechung ging es vor allem um materiell-rechtliche Fragen zum jeweiligen nationalen Recht sowie zu den seit 1. Mai 2010 anwendbaren Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009. Ebenso wurden die Auswirkungen der verschiedenen Organisationsreformen diskutiert und Verfahrensfragen abgestimmt, um im Interesse der Versicherten die langwierigen Verwaltungsverfahren insgesamt zu beschleunigen.

Beitragszuschuss zur Krankenversicherung für Auslandsrentner in der Schweiz

Freiwillig oder privat krankenversicherte Rentner können in Deutschland zu den Kosten ihres Krankenversicherungsschutzes vom deutschen Rentenversicherungsträger einen Zuschuss erhalten, wenn sie nicht auch gleichzeitig in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Von dieser Zuschussregelung profitieren nicht nur Rentner mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland, sondern auch Rentner, die ihren Wohnsitz in anderen europäischen Staaten oder in der Schweiz haben und dort eine deutsche Rentenleistung beziehen.

Das Bundesversicherungsamt hat den Ausschlussgrund der gleichzeitigen Pflichtversicherung aufgegriffen und mit besonderem Blick auf die Belange von Berechtigten mit Wohnsitz in der Schweiz eingehend geprüft.

Im Unterschied zum deutschen Krankenversicherungssystem unterwirft das Rechtssystem der Schweiz sämtliche und damit auch deutsche Rentner grundsätzlich der schweizerischen obligatorischen Einwohnerversicherung (dem sogenannten Obligatorium). Jedem Rentner bleibt es dennoch freigestellt, ob er sich nun privat oder bei einer staatlichen Krankenkasse versichern möchte. Auch hat er das Recht, die von schweizerischen Krankenkassen angebotenen Zusatzversicherungen als Ergänzung des Obligatoriums zu nutzen.

Die Rentenversicherungsträger vertreten bislang die Rechtsauffassung, dass es sich bei der schweizerischen obligatorischen Krankenversicherung um eine Pflichtversicherung im Sinne der deutschen Rechtsvorschriften handelt. Damit ist die Gewährung eines Zuschusses zu den Aufwendungen zur Krankenversicherung nach ihrer Rechtsmeinung ausgeschlossen.

Die vom Bundesversicherungsamt aufgegriffenen Einzelfälle sind nun im Zuge der aufsichtsrechtlichen Erörterungen auch an die Sozialgerichte herangetragen worden und damit Gegenstand von sozialgerichtlichen Streitverfahren. Ein Fall ist bereits beim Bundessozialgericht anhängig. Dessen Entscheidung dürfte Rechtsklarheit bringen und die für viele Auslandsrentner mit Wohnsitz in der Schweiz besonders wichtige Frage des Anspruchs auf Beitragszuschuss abschließend beantworten.

Altersteilzeit – Krankenversicherung im Ausland in der Freistellungsphase

Viele Arbeitnehmer vereinbaren mit ihrem Arbeitgeber Altersteilzeit, um zu einem früheren Zeitpunkt oder auch schrittweise aus dem Erwerbsleben auszuschcheiden. Häufig wird das sogenannte Blockmodell gewählt. Dabei gehen Arbeitnehmer ihrer bisherigen Arbeit in Vollzeit mit einem reduzierten Gehalt nach, das sie in der dann anschließenden Freistellungsphase weiterbeziehen. Die Altersteilzeit kann frühestens mit Vollendung des 55. Lebensjahres begonnen werden, so dass die Freistellungsphase regelmäßig mit dem 60. Lebensjahr einsetzt. Häufig besteht der Wunsch, bereits während der Freistellungsphase den Wohnsitz ins Ausland zu verlegen. Daraus ergeben sich unterschiedliche Folgen für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, je nachdem in welchem Land der Wohnsitz begründet wird.

Für die gesetzliche Krankenversicherung gilt ein Arbeitnehmer in der Freistellungsphase weiterhin als gegen Arbeitsentgelt beschäftigt. Er unterliegt daher auch der Krankenversicherungspflicht. Die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kann während der Freistellungsphase aufgrund der fortbestehenden Beschäftigung grundsätzlich nicht beendet werden. Begründet die Person ihren Wohnsitz innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes, der Schweiz oder in Staaten, mit denen Deutschland Regelungen zur Krankenversicherung vereinbart hat (Abkommensstaaten), kann sie dort auf Grund ihrer deutschen Mitgliedschaft auch Leistungen der Krankenversicherung in

Anspruch nehmen. Die Leistungen werden dabei von der ausländischen Krankenkasse nach dem für sie geltenden ausländischen Recht für die deutsche Krankenkasse gewährt. Die Mitgliedschaft bei der deutschen Krankenkasse endet ausnahmsweise nur dann, wenn die Person aus anderen Gründen in dem anderen Staat zu versichern ist.

Anders verhält es sich bei einem Wohnsitz im sogenannten vertragslosen Ausland - also in Staaten, mit denen Deutschland keine Sozialversicherungsabkommen geschlossen hat. Eine Absicherung gegen Krankheit ist hier nur im Wege einer privaten Versicherung möglich. Denn ein Leistungsanspruch zu Lasten der deutschen Krankenkasse besteht dort grundsätzlich nicht. Allerdings kann die Mitgliedschaft in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung deshalb nicht beendet werden, so dass weiterhin in voller Höhe Beiträge zu zahlen sind.

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr zahlreiche Fälle aufgegriffen und die sich aus dem Auslandsaufenthalt der Versicherten in der Freistellungsphase ergebenden Konsequenzen mit den Krankenkassen erörtert. Dadurch konnten einerseits Beitragseinnahmen sichergestellt und andererseits Benachteiligungen von Versicherten im europäischen Ausland beseitigt werden.

Ausländische Renten als beitragspflichtige Einnahme in der Kranken- und Pflegeversicherung

Seit dem In-Kraft-Treten des Koordinierungsgesetzes zum 1. Juli 2011 müssen alle Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung Beiträge aus

ihren ausländischen Renten zahlen. Der Beitragspflicht unterliegen jedoch nur solche ausländischen Renten, die von einem gesetzlichen Rentenversicherungsträger geleistet werden. Die ausländische Rente muss außerdem mit einer deutschen gesetzlichen Rente vergleichbar sein. Für die ausländischen Renten gilt dann ein einheitlicher Beitragssatz in der Krankenversicherung von 8,2 % (Stand 2011), in der Pflegeversicherung von 1,95 % (kinderlose Personen: 2,2 %, Stand 2011). Den Beitrag trägt das Mitglied allein. Der bei deutschen Renten von den Rentenversicherungsträgern zu zahlende Beitrag entfällt, da ein ausländischer Rentenversicherungsträger nicht verpflichtet werden kann, einen Beitragsanteil an die deutsche Krankenversicherung abzuführen.

Bis zum 30. Juni 2011 wurde der Bezug einer ausländischen Rente noch unterschiedlich behandelt. So mussten Pflichtversicherte aus ihren ausländischen Rentenbezügen keine Beiträge, freiwillig versicherte Rentner dagegen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von insgesamt 16,85% bzw. Kinderlose von 17,1% (Stand 2011) zahlen. Durch die Neuregelung werden pflichtversicherte Rentner nun in die Beitragszahlung mit ihren gesamten Renten einbezogen, während freiwillige Mitglieder wegen des geringeren Beitragssatzes entlastet werden. Letztlich stellt aber die neue Rechtslage eine Gleichbehandlung aller gesetzlich versicherten Mitglieder sicher.

Im Berichtszeitraum prüfte das Bundesversicherungsamt zahlreiche Eingaben, in denen die Währungsumrechnung sowie die Anrechnung von ausländischen Renten

fraglich waren. Anders als in Deutschland werden ausländische Renten nicht immer monatlich, sondern teilweise auch wöchentlich in fremder Währung ausgezahlt und unterliegen erheblichen Kursschwankungen. Vor allem bei der Währungsumrechnung unterliefen einigen Krankenkassen Fehler. Diese wurden daher auf die Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen hingewiesen. Das Bundesversicherungsamt hat weiterhin individuelle Vereinbarungen von Krankenkassen zu Umrechnungskursen und -intervallen beanstandet.

Inanspruchnahme von Psychotherapie im europäischen Ausland

Versicherte deutscher Krankenkassen können erforderliche ambulante Behandlungen in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz auch außerhalb eines Notfalles in Anspruch nehmen.

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr mehrfach Kostenerstattungen für Psychotherapien in anderen europäischen Staaten geprüft. Krankenkassen hatten die Durchführung einer Psychotherapie im europäischen Ausland und die Erstattung der dafür aufzuwendenden Kosten verweigert. Sie begründeten ihre Entscheidung damit, dass die besonderen Voraussetzungen für eine sogenannte außervertragliche Psychotherapie nicht erfüllt seien. Die Versicherten sollten vielmehr die erforderliche Behandlung bei einem wohnortnahen Kassenarzt in Deutschland durchführen.

In Deutschland erhalten Versicherte eine medizinisch notwendige psychotherapeuti-

sche Behandlung durch einen zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten berechtigten Psychotherapeuten unmittelbar zu Lasten ihrer Krankenkasse als Sachleistung, d.h. der Versicherte muss die Kosten der Behandlung nicht zahlen. Soll die benötigte Behandlung außervertraglich im Rahmen einer privatärztlichen Psychotherapie erbracht werden, muss der Versicherte vor Beginn der Behandlung nachweisen, dass drei wohnortnahe zugelassene Kassenärzte einen Behandlungsplatz nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen können.

In anderen europäischen Staaten tätige Psychotherapeuten können regelmäßig keine Behandlungen im Rahmen des deutschen Sachleistungssystems für die deutschen Krankenkassen erbringen. Der Versicherte wird folglich als Privatpatient behandelt und muss die Behandlungskosten zunächst selbst übernehmen. Anschließend erhält er von seiner Krankenkasse den Betrag, den die Krankenkasse für eine vergleichbare Behandlung in Deutschland bezahlt hätte. Damit die Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung von den Krankenkassen übernommen werden, müssen die gleichen Voraussetzungen wie für die entsprechende Leistung in Deutschland erfüllt sein. Der ausländische Leistungserbringer muss zudem in das dortige gesetzliche Krankenversicherungssystem integriert und/oder genauso wie ein deutscher Psychotherapeut qualifiziert sein. Hat der Versicherte einen Anspruch auf eine vertragliche Psychotherapie, darf ihm die Krankenkasse diese bei einem qualifizierten Arzt in einem anderen europäischen Staat nicht verweigern.

Das Bundesversicherungsamt hat die Krankenkassen auf die geltende Rechtslage hingewiesen. Den betroffenen Versicherten wurde die nachgesuchte psychotherapeutische Behandlung in anderen europäischen Staaten mit anschließender Kostenerstattung bewilligt.

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

Reformprozess der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Das Bundesversicherungsamt begleitet aufsichtsrechtlich weiterhin die voranschreitende Strukturreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung¹ (LSVMG) wurde die Reform der Verwaltung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die durch das Gesetz zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVOrgG) vom 17. Juli 2001 begonnen wurde, fortgesetzt, um dem Strukturwandel in der Landwirtschaft auch in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Rechnung zu tragen. Die wesentlichen Neuerungen bestanden in dem Zusammenschluss der bisherigen drei landwirtschaftlichen Verbände zu einem Spitzenverband, der Erweiterung der Aufgaben des Spitzenverbands sowie der Budgetierung der Verwaltungskosten in der gesamten landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Aus den Verbänden der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, der landwirtschaftlichen Krankenkassen und des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen wurde zum 01. Januar 2009 der neue Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV) errichtet. Die im verbindlichen Rahmenkonzept zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung umzusetzenden Maßnahmen wurden vom

Bundesversicherungsamt aufsichtsrechtlich begleitet. Der geänderte Stellenplan des LSV-SpV konnte aufgrund der noch durchzuführenden Organisationsuntersuchung und Personalbedarfsermittlung erneut nur befristet genehmigt werden. Ziel ist es, die Aufbau- und Ablauforganisation weiter zu optimieren und weitere Einsparungsmöglichkeiten von Personalressourcen sowie Verwaltungs- und Verfahrenskosten zu erschließen.

Aufgrund des anhaltenden Strukturwandels in der Landwirtschaft und den rückläufigen Versichertenzahlen in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung insgesamt wird eine weitere Reformierung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung erforderlich. Um diesem Strukturwandel in der Landwirtschaft Rechnung zu tragen, wurde am 28. November 2011 von der Bundesregierung der Gesetzentwurf eines inzwischen verabschiedeten Gesetzes zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-NOG; BT-Drs 17/7916) vorgelegt. Demnach soll gem. Artikel 1 § 3 Abs. 1 i.V.m. Artikel 1 § 1 LSV-NOG aus den Sozialversicherungszweigen der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, der landwirtschaftlichen Alterskassen, der landwirtschaftlichen Kranken- und Pflegekassen sowie dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zum 01. Januar 2013 die bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit dem Namen „Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau“ (SVLFG) entstehen.

¹Verkündung am 18.12.2007 im BGBl. I Nr. 66 vom 21.12.2007, S. 2984; geändert durch UVMG vom 30.10.2008 im BGBl. I 2008, Nr. 50, S. 2130.

Ziel der Reform ist es, eine dauerhaft effektive und effiziente Aufgabenerfüllung in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zu ermöglichen, die nicht nur den anhaltenden Strukturwandel in der Landwirtschaft berücksichtigt, sondern auch zu einer Senkung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung bis zum Jahr 2016 führt.

Aufgabe der Gewährsträgerschaft über die Haftpflichtversicherungsanstalt der Gartenbau-Berufsgenossenschaft (HAVA)

Als Haftpflichtversicherungsanstalt der Gartenbau-BG deckt die HAVA einen Bereich ab, der originär dem privatrechtlichen Versicherungszweig zuzuordnen ist. Dennoch besteht für einige Unfallversicherungsträger gemäß § 140 Absatz 1 SGB VII seit mehr als hundert Jahren die Möglichkeit, eine Haftpflichtversicherung betreiben zu dürfen, was auf ein mittlerweile überkommenes sozialpolitisches Verständnis zurückgeht. Dementsprechend sieht der Gesetzgeber seit dem 1. Januar 1997 für die letztlich verbliebenen drei Haftpflichtversicherungsanstalten nur noch die Besitzstandswahrung vor; neue Haftpflichtversicherungsanstalten dürfen nicht mehr gegründet werden. Lediglich die Fortführung der bis dahin noch bestehenden Haftpflichtversicherungsanstalten ist den Berufsgenossenschaften erlaubt.

Eine solche in ihrem Besitzstand gesicherte Haftpflichtversicherungsanstalt ist auch die HAVA, die vorrangig auf den Berufsstand der Gartenbauer abgestimmte Versicherungsprodukte anbietet. Hierbei zeichnet

sie sich mangels des in der Privatwirtschaft im Fokus stehenden Gewinnstrebens durch eine günstige Beitragsstruktur aus und profitiert dabei natürlich auch von der Anbindung an die Berufsgenossenschaft.

Als sich nunmehr abzeichnete, dass mit dem Gesetz zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-NOG) alle Träger der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung in einem Bundesträger vereinigt werden sollten, entschied sich die Gartenbau-BG dafür, die Trägerschaft über die HAVA aufzugeben, um diese nach dem Vorbild der Gemeinnützigen Haftpflicht-Versicherungsanstalt Darmstadt (GHV DARMSTADT) einer nur für die Trägerschaft bestimmten Stiftung zu übertragen. Vorrangiges Ziel ist dabei, auch weiterhin die berufsständische Eigenschaft der HAVA und damit den gesetzlich in § 140 ff. SGB VII verankerten Besitzstand zu wahren. Nicht bedacht hatte man dabei allerdings, dass die HAVA als nichtrechtsfähige Anstalt öffentlichen Rechts lediglich ein Sondervermögen ohne eigene Rechtspersönlichkeit darstellt. Weiterhin schreibt § 141 Satz 1 SGB VII vor, dass Trägerin der Haftpflichtversicherungsanstalt die Berufsgenossenschaft ist. Eine Ablösung der HAVA von der Gartenbau-BG nach derzeitiger Rechtslage hätte daher gleichsam das Ende der HAVA bedeutet, was satzungsgemäß zur Liquidation hätte führen müssen. Entsprechend konnte das Bundesversicherungsamt als zuständige Rechtsaufsicht den Ablösungsbeschluss bislang nicht genehmigen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat die rechtlichen Bedenken des

Bundesversicherungsamtes dann aber im Rahmen des LSV-NOG zum Anlass genommen, § 141 SGB VII zu überarbeiten. Der Gartenbau-BG soll damit gesetzlich die Möglichkeit eröffnet werden, die HAVA in die Selbstständigkeit zu entlassen, was dann auch seitens des Bundesversicherungsamts genehmigungsfähig sein dürfte.

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6.1 Gerichtsverfahren / Statistik

Zu Beginn des Jahres 2011 war das Bundesversicherungsamt an 293 Rechtsstreiten beteiligt.

Im Laufe des Jahres kamen insgesamt 77 neue Gerichtsverfahren – 72 Klage- und fünf vorläufige Rechtsschutzverfahren – hinzu. Fast ausschließlich wurden Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes beklagt. An vier neuen Gerichtsverfahren ist das Bundesversicherungsamt im Wege der Beiladung beteiligt worden.

Im Laufe des Jahres konnten insgesamt 137 Verfahren erledigt werden, sodass sich die Anzahl der Rechtsstreite am Jahresende auf 233 beläuft. Die gerichtlichen Entscheidungen im Jahre 2011 fielen ganz überwiegend zugunsten des Bundesversicherungsamtes aus. In insgesamt 27 Rechtsstreiten folgten die Gerichte der Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes. 25 Verfahren wurden durch rechtskräftige gerichtliche Entscheidungen endgültig abgeschlossen. In 112 Fällen erfolgte die Erledigung ohne eine gerichtliche Entscheidung (Klagerücknahmen, Erledigungserklärungen).

68 der hinzugekommenen Rechtsstreite betreffen aufsichtsrechtliche Fragestellungen. Allein die Schließung der CITY BKK durch das Bundesversicherungsamt zum 30. Juni 2011 führte zu insgesamt 45 Klagen von Beschäftigten der früheren Betriebskrankenkasse gegen den Schließungsbescheid. Die CITY BKK selbst hat gegen ihre Schlie-

ßung nicht geklagt. Erste Entscheidungen des Sozialgerichts Hamburg und des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg bestätigen die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes, dass die Klagen keine Aussicht auf Erfolg haben. Hierfür fehlt es an der Möglichkeit einer Rechtsverletzung der Beschäftigten direkt durch den Schließungsbescheid. Die arbeitsrechtlichen Folgen der Schließung für die Beschäftigten sind daher nicht vor den Sozialgerichten mit dem Bundesversicherungsamt, sondern vor den Arbeitsgerichten mit der CITY BKK als Abwicklungskörperschaft zu klären (u.a. Sozialgericht Hamburg, Urteil vom 24. Oktober 2011, Az.: S 9 KR 957/11). Im Aufgabenbereich der Verwaltung des Gesundheitsfonds und der damit einhergehenden Durchführung des Risikostrukturausgleichs kam es zu sieben neuen Rechtsstreiten. In fünf Verfahren, in denen verschiedene Betriebskrankenkassen die Berechnung der Zuweisungen für das Krankengeld unter den Bedingungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gerichtlich angegriffen hatten, wurden die Klagen hingegen zurückgenommen. Für das Jahr 2012 sind erste gerichtliche Entscheidungen in der Hauptsache zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu erwarten, sie betreffen u.a. die Umsetzung der sog. Konvergenzklausel (§ 272 SGB V).

Im Jahr 2011 war das Bundesversicherungsamt zudem an insgesamt vier Verfahren beteiligt, die letztinstanzlich vom Bundessozialgericht entschieden wurden. Zwei Entscheidungen betrafen die Zulassung von

Disease-Management-Programmen (DMP) bei chronischen Krankheiten (§§ 137f, 137g SGB V). Betroffen war ein DMP für Brustkrebs zweier Ortskrankenkassen, bei dem die Frage des Zulassungszeitpunktes streitig war. Das Bundessozialgericht bestätigte die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes, die Programme erst ab dem Zeitpunkt zuzulassen, zu dem ein beanstandeter Verstoß gegen die Vorgaben der Risikostrukturausgleichsverordnung aus den mit kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausgesellschaften geschlossenen Durchführungsverträgen beseitigt worden war (Bundessozialgericht, Urteile vom 21. Juni 2011, Az. B 1 KR 18/10 R und B 1 KR 21/10 R).

Gegenstand eines weiteren Revisionsrechtsstreits war die Genehmigung eines Selbstbehaltwahltarifs in der Satzung einer Betriebskrankenkasse i.S.d. § 53 Abs. 1 SGB V. Das Bundessozialgericht bestätigte die Verweigerung der entsprechenden Satzungsgenehmigung durch das Bundesversicherungsamt und benannte erstmals konkretere Anforderungen an Selbstbehaltwahltarife, die bislang nicht Gegenstand höchstrichterlicher Rechtsprechung gewesen sind: U.a. ist es den Krankenkassen künftig verwehrt, den Selbstbehalt eines Mitglieds auch auf seine mitversicherten Angehörigen i.S.d. § 10 SGB V zu erstrecken; bei der Ausgestaltung des Tarifs können die Krankenkassen grundsätzlich ausgehend vom beitragspflichtigen Einkommen des Mitglieds unterschiedliche Selbstbehaltstufen und Prämienzahlungen vorsehen, haben hierbei jedoch auch den Gleichbehandlungsgrundsatz i.S.d. Art. 3 GG zu berücksichtigen; ferner präzisierte das Gericht die Anforderungen an die von

der Krankenkasse nachzuweisende Wirtschaftlichkeit des Tarifs i.S.d. § 53 Abs. 9 SGB V (Bundessozialgericht, Urteil vom 8. November 2011, Az. B 1 A 1/11 R).

Darüber hinaus war das Bundessozialgericht auch mit einer Beanstandung des Bundesversicherungsamtes im Bereich der vertragsärztlichen Gesamtvergütung befasst: Die Ersatzkassen sind zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zum Abschluss von sog. Gesamtverträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die auch eine Vereinbarung über die vertragsärztliche Vergütung enthalten müssen (§§ 83, 85 SGB V). Das Bundesversicherungsamt kann gegenüber den Ersatzkassen Vergütungsvereinbarungen beanstanden, wenn diese gegen den Grundsatz der Beitragsstabilität verstoßen (§ 71 Abs. 4 SGB V). In dem vom Bundessozialgericht entschiedenen Fall war streitig, ob dieses Beanstandungsrecht auch dann besteht, wenn sich die Vertragsparteien nicht einigen konnten und die Vergütung durch ein in diesen Fällen zuständiges Landesschiedsamt (§ 89 Abs. 1 SGB V) festgesetzt wird. Landesschiedsämter unterstehen der Aufsicht der zuständigen Landesministerien (§ 89 Abs. 5 SGB V). Das Bundessozialgericht stellte jedoch klar, dass das Beanstandungsrecht der Aufsichtsbehörden – für diese Fälle in § 89 Abs. 5 Satz 5 SGB V geregelt – auch für das Bundesversicherungsamt gilt (Bundessozialgericht, Urteil vom 17. August 2011, Az. B 6 KA 32/10 R).

6.2 Selbstverwaltung

Rundschreiben zur Vorstandsvergütung, Missbilligung des Rechnungsprüfungsausschusses des Deutschen Bundestages

Der Bundesrechnungshof hatte in den Jahren 2005 bis 2008 die Vergütungen der Krankenkassenvorstände einschließlich Nebenleistungen geprüft und über die Ergebnisse der Prüfung dem Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages in seinen Bemerkungen 2009 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung berichtet.

Gegenstand der Prüfung war u.a. die Zahlung von Abfindungen an ehemalige Krankenkassenvorstände, die nach einer zum 1. Januar 2008 durchgeführten Fusion ihre Vorstandsämter verloren hatten und von jeder Arbeitsleistung unter Fortzahlung der Bezüge bis zum Ende der ursprünglichen Vertragslaufzeit freigestellt waren. Der Bundesrechnungshof hat festgestellt, dass diese Zahlungen weder mit der zuständigen Rechtsaufsichtsbehörde abgestimmt noch dieser bekannt waren.

Der Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages hat am 28. Januar 2011 die Prüfbemerkungen des Bundesrechnungshofs zustimmend zur Kenntnis genommen und die Abfindungszahlungen an die ehemaligen Vorstände missbilligt. Das Verfahren und die Höhe der gezahlten Beträge seien geeignet, in der Öffentlichkeit eine negative Signalwirkung hervorzurufen.

Das Bundesversicherungsamt hat auf die Beschlüsse des Rechnungsprüfungsausschusses des Deutschen Bundestages unverzüglich reagiert und die Vorsitzenden der

Verwaltungsräte der seiner Aufsicht unterliegenden gesetzlichen Krankenkassen mit Rundschreiben vom 22. März 2011 über die vom Bundesrechnungshof ausgesprochene Missbilligung unterrichtet.

Als Konsequenz der vom Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages getroffenen Feststellungen haben die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger im Rahmen ihrer vom 11. bis 12. Mai 2011 in Schwerin durchgeführten Arbeitstagung beschlossen, das Arbeitspapier der Aufsichtsbehörden um eine Vorlagepflicht für Entwürfe von Vorstandsverträgen zu ergänzen.

Mit diesem Arbeitspapier hatten die Aufsichtsbehörden im Jahr 2005 gemeinsame Maßstäbe für die aufsichtsrechtliche Bewertung der Wirtschaftlichkeit einer Vorstandsvergütung sowie anderer vertraglicher Vereinbarungen beschlossen.

Das Arbeitspapier in der Fassung des 1. Nachtrages von Mai 2011 wurde mit Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 4. Juli 2011 versandt.

Aufsichtsrechtliche Begleitung der Sozialwahlen der 11. Wahlperiode

Im Rahmen der alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen werden die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane der Versicherungsträger neu gewählt. Zuständig für die Durchführung des Wahlverfahrens ist der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen. Das Bundesversicherungsamt wurde im Wahlverfahren in enger Abstimmung mit dem Wahlbeauftragten unterstützend und beratend tätig, z.B. bei

erforderlichen Satzungsänderungen, Anfragen der Kassen nach den Wählbarkeitsvoraussetzungen, nach Einhaltung von Fristen im Wahlverfahren und Auslegung einzelner Bestimmungen des SGB IV.

Bei Vereinigungen von Versicherungsträgern, bei denen der Vereinigungszeitpunkt nahe am Wahltag lag, war insbesondere darauf zu achten, dass durch die damit einhergehende Berufung von Verwaltungsratsmitgliedern durch das Bundesversicherungsamt nicht die parallel durchzuführenden allgemeinen Wahlen unterlaufen wurden. In diesem Zusammenhang war auch in Abstimmung mit dem Bundeswahlbeauftragten zu klären, zu welchem Zeitpunkt das laufende Wahlverfahren bei den sich vereinigenden Versicherungsträgern abgebrochen werden darf. In der Regel wird das Wahlverfahren erst nach erfolgter Genehmigung der Vereinigungsbeschlüsse durch das Bundesversicherungsamt beendet. Das Wahlverfahren ist durch den nach der Vereinigung neu entstandenen Versicherungsträger erneut zu beginnen; dann aber mit verkürzten Fristen, die der Bundeswahlbeauftragte auf Antrag des betreffenden Versicherungsträgers in einem gesonderten Wahlkalender bekannt gibt.

6.3 Personal- und Dienstrecht

Rechtliche Stellung der Mitarbeiter bei Kassenschließungen

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgG) hat seit 2009 die Möglichkeit einer Schließung oder Insolvenz an praktischer Relevanz gewonnen. Insgesamt wur-

den 2011 zwei Kassen geschlossen.

Nach geltender Rechtslage enden die Arbeitsverhältnisse der Beschäftigten mit dem Zeitpunkt der Schließung der Krankenkasse, ohne dass es hierzu einer Kündigung bedürfte oder soziale Schutzvorschriften Geltung beanspruchen würden. Denn mit der Schließung ist die ursprüngliche Krankenkasse untergegangen.

Zur Abmilderung der sozialen Folgen für die Beschäftigten, die sich aus dem Verlust des Arbeitsplatzes bei Schließung der Krankenkassen ergeben, wurde seitens des Gesetzgebers im § 164 Abs. 3 SGB V ein Unterbringungsverfahren installiert, wonach den Beschäftigten der geschlossenen Krankenkasse eine Stellung anzubieten ist (für Betriebskrankenkassen und Ersatzkassen nach § 155 Abs. 4 S. 9 SGB V und § 171 S. 1 SGB V eingeschränkt nur für die ordentlich unkündbaren Beschäftigten, Gesetzesbegründung zum GKV-OrgWG, BT-Drs. 16/9559, S. 19). Zudem enthält § 164 Abs. 4 S. 1 SGB V die Regelung, dass Vertragsverhältnisse der Beschäftigten, die nicht nach § 163 Abs. 3 SGB V untergebracht werden, mit dem Tage der Auflösung oder Schließung enden.

Sowohl vor dem Schließungszeitpunkt als auch in der Abwicklungsphase ergaben sich eine Vielzahl grundsätzlicher Fragestellungen nicht nur in Bezug auf die gesetzlichen Vorgaben sondern auch hinsichtlich der tatsächlichen Umsetzung, die zu klären waren. Bezüglich der Beendigung der Beschäftigungsverhältnisse ist eine große Anzahl an arbeitsgerichtlichen Verfahren anhängig. In den bislang durchgeführten erstinstanz-

lichen Gerichtsverfahren wird von einem Teil der Arbeitsgerichte in den angestregten Prozessen die gesetzliche Regelung des § 164 Abs. 4 S. 1 SGB V in Frage gestellt. Bei den beiden bislang erfolgten Kassenschließungen gab es verschiedene Versuche, Abfindungs- bzw. Ausgleichszahlungen für die Beschäftigten zu ermöglichen. Dies ist jedoch unter den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht möglich. So wurde im Fall der CITY BKK ein von der Einigungsstelle erstellter Sozialplan mangels Rechtsgrundlage vom Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg wieder aufgehoben (Beschluss vom 27. September 2011, Az.: PB 15 S 1026/11).

Abwicklungsvorstand gemäß § 155 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Nach § 155 Abs. 1 Satz 1 SGB V wickelt der vor der Schließung gewählte und amtierende Vorstand einer BKK die Geschäfte der geschlossenen BKK ab. Er wird auch automatisch „Abwicklungsvorstand“ der geschlossenen Kasse. Selbst ein mögliches Ende der ursprünglichen Amtszeit nach § 35 a Abs. 3 Satz 2 SGB IV vor Abwicklung der Geschäfte berührt die Zuständigkeit als Abwicklungsvorstand nicht.

Der Dienstvertrag besteht in der Regel ebenfalls weiter, wenn keine anderweitigen Regelungen für den Fall der Schließung vereinbart worden sind.

Mit dem Wirksamwerden der Schließung einer Krankenkasse enden jedoch auch die Befugnisse und Zuständigkeiten des Verwaltungsrates, so dass der Verwaltungsrat die Vertretung der geschlossenen Kasse ge-

genüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern nicht mehr wahrnehmen kann. Diese Funktion muss daher ab dem Schließungszeitpunkt gem. § 37 SGB IV die Aufsichtsbehörde (im vorliegenden Fall: das Bundesversicherungsamt) übernehmen. Dem Bundesversicherungsamt steht das Recht zu, im Falle eines späteren Ausscheidens des Abwicklungsvorstandes unter Anhörung des Spitzenverbandes und des Landesverbandes einen neuen Abwicklungsvorstand zu bestimmen und dementsprechend einen neuen Dienstvertrag abzuschließen.

Im Falle der City BKK hat das Bundesversicherungsamt in der Rolle des untergegangenen Verwaltungsrates nach der Schließung einen neuen Vorstandsvertrag abgeschlossen.

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt eine Vertragsanpassung vorgenommen, einen Stellvertreter des Vorstandes benannt und über andere grundsätzliche Angelegenheiten im Verhältnis zum Abwicklungsvorstand beschlossen.

Begleitung der Umsetzung der Fusionen der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Im Zusammenhang mit der vom Gesetzgeber geforderten Verringerung der Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften gemäß § 222 Abs. 1 Satz 1 SGB VII auf nur noch neun Träger hatte dieser hinsichtlich der fusionsbedingten Ziele weiter bestimmt, dass die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) auf eine Verminderung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten gemäß § 222 Abs. 4 Satz 1 SGB VII hinwirken soll. Nach Abs. 4 Satz 2 dieser

Vorschrift hat die DGUV dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales jedes Jahr über die Entwicklung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie über die umgesetzten und geplanten Maßnahmen zur Optimierung dieser Kosten zu berichten.

Auch wenn der Gesetzgeber die zunächst beabsichtigte Konkretisierung der Einsparziele in Höhe von 20 % der Verwaltungs- und Verfahrenskosten nicht in den Gesetzestext aufgenommen hatte, ließ er sich bei der Entwicklung des Gesetzes von der Erwartung leiten, dass ein entsprechendes Einsparpotential besteht (s. hierzu BT-Drs. 16/9154 S. 24). Im Hinblick auf die Entstehungsgeschichte sowie die Gesetzesbegründung erwartet das Bundesversicherungsamt eine mittel- bis langfristige Verringerung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten in Höhe von 10 %.

Da den neu fusionierten Trägern aufgrund der Vereinigung in aller Regel zunächst nicht unerhebliche Aufwendungen entstehen - insbesondere bei der Vereinheitlichung von Verfahrensabläufen, Organisations- und IT-Strukturen - sind nach den bisherigen Erfahrungen kurzfristige Synergieeffekte regelmäßig nicht erzielbar. Um den Forderungen des Gesetzgebers gleichwohl Geltung zu verschaffen, hat das Bundesversicherungsamt die zunächst nur zusammengeführten Stellenpläne lediglich befristet genehmigt. Gleichzeitig forderte das Bundesversicherungsamt von den Trägern regelmäßig zur Optimierung der Verfahrensabläufe die Durchführung einer Organisationsuntersuchung sowie zur Feststellung des Personalbedarfs die Durchfüh-

rung von Personalbedarfsermittlungen. In diesem Zusammenhang ist allgemein darauf hinzuweisen, dass die Sozialversicherungsträger nach § 69 Abs. 6 SGB IV Planstellen und Stellen nur ausbringen dürfen, soweit sie unter Anwendung angemessener und anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung begründet sind, wobei die Erforderlichkeit der ausgebrachten Stellen bei gegebenen Anlass, im Übrigen regelmäßig, zu überprüfen ist.

Das Bundesversicherungsamt wird die vielfach schwierige und zum Teil langwierige Umsetzung der Fusionen weiterhin beobachten und zu gegebener Zeit bei den Trägern prüfen, ob und in welchem Umfang sie die erwarteten Fusionsrenditen erzielt haben.

6.4 Allgemeines Aufsichtsrecht

Aufsichtsrechtliche Beratung einer Krankenkasse wegen unterlassener Mitteilung über die Vergabe eines Auftrags an das Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Union

Ein Schwerpunkt der aufsichtsrechtlichen Tätigkeit im Vergaberecht war die Einhaltung des Vergaberechts bei Verträgen der Krankenkassen mit Dritten über die Erbringung von Leistungen an Versicherte.

Nachdem durch Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 11. Juni 2009 (Oymanns – Rs C 300/07) die bisherige Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigt wurde, nach der gesetzliche Krankenkassen als Auftraggeber im Sinne von § 98 GWB einzustufen und daher an das Vergaberecht gebunden sind, besteht nunmehr

weitgehender Konsens über die Anwendung des Vergaberechts auf Verträge der Krankenkassen über die Beschaffung von Sach- oder Dienstleistungen. Das Bundesversicherungsamt legt bei seiner Aufsichtspraxis insbesondere Wert auf die Einhaltung der vergaberechtlichen Grundsätze der Transparenz, der Diskriminierungsfreiheit und der Wirtschaftlichkeit.

Gleichwohl hat das Bundesversicherungsamt bei einigen Verträgen von Krankenkassen noch deutliche Defizite bei der Anwendung des Vergaberechts festgestellt.

In einem Fall hatte eine Krankenkasse einen umfangreichen Vertrag über die Implementierung eines speziellen Versorgungskonzepts weder ausgeschrieben noch bekannt gemacht. Das Bundesversicherungsamt hatte die fehlende Ausschreibung akzeptiert, weil hinsichtlich dieses Vertrages nach den insoweit nicht beanstandeten Ausführungen der Krankenkasse aus besonderen Gründen nur ein Unternehmen als Vertragspartner in Betracht kam. Allerdings hatte die Krankenkasse den Vertragsschluss nicht dem Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Union mitgeteilt, so dass eine Bekanntmachung im Supplement zum Amtsblatt der Europäischen Union unterblieben ist. Ein zulässiges Absehen von einer Ausschreibung entbindet jedoch nicht von der Mitteilungspflicht an das Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Union. Die Mitteilungspflicht ist Ausfluss des vergaberechtlichen Transparenzgebotes, weshalb mit ihrer Missachtung eine Verletzung eines elementaren Prinzips des Vergaberechts einhergeht.

Nachdem die Krankenkasse im Wege des partnerschaftlichen Dialogs zunächst nicht dazu bewegt werden konnte, über den Vertragsabschluss eine Mitteilung an das Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Union zu machen, forderte das Bundesversicherungsamt sie hierzu im Wege einer aufsichtsrechtlichen Beratung auf. Dieser Aufforderung leistete die Krankenkasse Folge, so dass die vergaberechtlich gebotene Bekanntmachung im Supplement des Amtsblatts der Europäischen Union schließlich erfolgte.

Gemeinsame Leitlinien der Aufsichtsbehörden für die Prüfung der Repräsentations- und Bewirtschaftungsrichtlinien durch die Sozialversicherungsträger

In jüngster Zeit wurden zunehmend Fälle bekannt, in denen Sozialversicherungsträger Haushaltsmittel für aufwändige Betriebsfeiern, teilweise mit Unterhaltungsprogramm, verwendet haben.

Eine Krankenkasse darf ihre Mittel nur zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben sowie für Verwaltungskosten verwenden (§ 30 Abs. 1 SGB IV).

Die Bewirtung der Mitarbeiter im Rahmen von Personalversammlungen oder Betriebsfeiern auf Kosten eines Sozialversicherungsträgers verstößt gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gemäß § 69 Abs. 2 SGB IV und stellt daher eine unzulässige Mittelverwendung auf Kosten der Versichertengemeinschaft dar. Das BSG hat zu dieser Thematik in seinem Urteil vom 29. Februar 1984 (Az.: 8 RK

27/82) ausdrücklich festgestellt, dass gesetzliche Krankenkassen keine finanziellen Mittel zur Förderung von Gemeinschaftsveranstaltungen ihrer Bediensteten aufwenden dürfen.

Zur einheitlichen Beurteilung haben die Aufsichtsbehörden Bewertungsmaßstäbe für die Prüfung der Repräsentations- und Bewirtungsleistungen entwickelt (gemeinsame Leitlinien vom 15.10.2002 in der aktuellen Fassung vom 15.10.2009). Dabei schaffen die Leitlinien kein „neues Recht“. Soweit die Anlässe und der Kostenrahmen in diesen Leitlinien konkret festgelegt sind, stellen sie die Grenze dessen dar, was aufsichtsrechtlich toleriert wird. Interne Veranstaltungen sind grundsätzlich nicht aus Repräsentations- und Bewirtungsmitteln zu bestreiten.

Krankenkassen, die Personalversammlungen und Betriebsfeiern für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit aufwändiger und kostenintensiver Bewirtung und Unterhaltung durchführen, werden aufsichtsrechtlich beraten. Dies kann auch eine Ingressnahme des Vorstandes zur Folge haben.

6.5 Vermögenswirtschaft

Grundsätze für Beteiligungsgesellschaften

Das Bundesversicherungsamt hatte mit Rundschreiben vom 8. April 2005 zum Gesetz zur Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens im Sozialrecht über die gesetzlichen Vorgaben, die bei Beteiligungen an gemeinnützigen Einrichtungen nach § 83 Abs. 1 Nr. 7 SGB IV zu beachten sind, informiert. Ferner wurden Empfehlungen über die Gestaltung des (der) Gesellschafts-

vertrages (Satzung) ausgesprochen. Im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Tätigkeit wurde festgestellt, dass das Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes sowie die zwischenzeitlich erfolgten Gesetzesänderungen bei den Sozialversicherungsträgern, ihren Verbänden und Beteiligungsgesellschaften teilweise nicht beachtet wurden.

Vor diesem Hintergrund hatte das Bundesversicherungsamt im Juni 2010 den Spitzenverbänden der Sozialversicherungsträger sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Gesundheit einen Entwurf eines Rundschreibens über die Grundsätze bei Beteiligungen von Sozialversicherungsträgern an gemeinnützigen Einrichtungen zur Diskussion zugeleitet.

Nach Abschluss der Gespräche wurden die Grundsätze für die Beteiligung von Sozialversicherungsträgern an gemeinnützigen Einrichtungen im Juni 2011 versandt und auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes unter der Rubrik „Vermögen und Finanzen - § 85 SGB IV“ veröffentlicht. Die Grundsätze werden stets aktualisiert und angepasst, die Adressaten entsprechend informiert.

Im Vordergrund der Diskussion mit den Verbänden der Sozialversicherungsträger stand die Frage, welche Aufgaben der Sozialversicherungsträger Beteiligungsgesellschaften übernehmen dürfen und in welchem Maße Tochtergesellschaften im Rahmen einer Holding aufgebaut werden dürfen. Hinsichtlich der Aufgabenwahrnehmung gilt, dass die Beteiligungsgesellschaft alle Aufgaben übernehmen kann, die gemäß

der gesetzlichen Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 30 SGB IV erfolgen und nicht zwingend einem Träger der öffentlichen Gewalt zugeordnet werden müssen, wie z. B. der Erlass von Verwaltungsakten. Auch der Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages hatte anlässlich seiner Sitzung am 27. Mai 2011 für die Träger der Deutschen Rentenversicherung betont, dass Beteiligungen außerhalb der gesetzlichen Aufgabenstellung nicht zulässig sind.

Ferner kann die Beteiligungsgesellschaft als „Tochter“ des Sozialversicherungsträgers auch „Enkelgesellschaften“ gründen, soll aber ein der Organisationsstruktur angemessenes Beteiligungscontrolling durchführen. Unübersichtliche Konzernstrukturen sind zu vermeiden. Dazu gehört auch das grundsätzliche Verbot von Minderheitsbeteiligungen, da der Sozialversicherungsträger angemessenen Einfluss auf die Gesellschaft haben muss, um die sozialrechtlichen Anforderungen an die Gesellschaft überhaupt erfüllen zu können (vgl. § 25 Sozialversicherungshaushaltsverordnung – SVHV). Ergänzend hatte das Bundesversicherungsamt den Beschluss der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder zur Mindestbeteiligung der Sozialversicherungsträger in Höhe von 50% veröffentlicht.

Des Weiteren thematisiert das Rundschreiben die Rechtsbegriffe Arbeitsgemeinschaft nach § 94 Absatz 1a SGB X und Beteiligungsgesellschaft nach § 85 Absatz 1 Satz 2 SGB IV einschließlich der umfassenden aufsichtsrechtlichen Informations- und Prüfrechte. Das Rundschreiben enthält darüber hinaus Ausführungen zu Anzeigeverfahren, Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit

und Sparsamkeit, Darlehensvergaben für gemeinnützige Zwecke, Darlehensaufnahmen, Aufstellung und Prüfung des Jahresabschlusses / Lageberichts, erweiterten Informationsrechten der Gesellschafter, Sicherstellung der Interessen des Sozialversicherungsträgers, buchhalterischen Ausgestaltung einer kapitalmäßigen Beteiligung, Anpassung der Gesellschaftsverträge / Satzungen an gesetzliche Änderungen, Formulierungsvorschlägen für den Gesellschaftsvertrag, sowie dem Vergaberecht.

Genehmigungen und Anzeigen von Vermögensanlagen

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

Mit der Überarbeitung der Grundsätze des Bundesversicherungsamtes zu § 85 SGB IV („Grundsätze 85“) wurde den Sozialversicherungsträgern im Mai 2011 ein aktualisierter Leitfaden zur Verfügung gestellt, der das Genehmigungs- und Anzeigeverfahren im Einzelnen regelt. Die Grundsätze sind im Internet-Angebot des Bundesversicherungsamtes unter der Rubrik „Vermögen und Finanzen - § 85 SGB IV“ aufzurufen.

Im Jahre 2011 wurde ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 538,5 Millionen € genehmigt bzw. angezeigt:

Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger			
Anlagegegenstand	Anlagevolumen in Millionen €		
	2009	2010	2011
Genehmigungen:			
Darlehen	12,1	1,6	44,7
Grunderwerbe	8,3	0,7	47,0
Baumaßnahmen	28,83	4,8	390,9
Anzeigen:			
Zuschüsse	28,59	8,5	18,0
Baumaßnahmen	-	2,5	37,9
Summe	77,7	18,1	538,5

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2011 insgesamt 176 Vorgänge bearbeitet (2010: 184 Vorgänge; 2009: 279 Vorgänge):

Genehmigungen von Darlehen	94
Genehmigungen von Grunderwerben	1
Genehmigungen von Baumaßnahmen	14
Anzeigen von Zuschüssen	62
Anzeigen von Baumaßnahmen	5

Im Jahr 2011 hat das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 49 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von 696,8 Millionen € geführt (2010: 38 laufende Projekte mit 340,8 Millionen € Volumen; 2009: 42 laufende Projekte mit 369,7 Millionen € Volumen). Bei fünf Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 49,6 Millionen € hat das Bundesversicherungsamt die Abschlussberichte geprüft (2010:

8 Projekte mit 36,4 Millionen € Volumen; 2009: 6 Projekte mit 22,1 Millionen € Volumen).

Vereinfachtes Anzeigeverfahren für Baumaßnahmen der Beteiligungsgesellschaften

Nach § 85 Abs. 5 SGB IV sind Maßnahmen einer Einrichtung, an der ein Sozialversicherungsträger beteiligt ist und die nach § 85 Abs. 1 bis 4 SGB IV genehmigungs- oder anzeigepflichtig wären, der Aufsichtsbehörde durch den Sozialversicherungsträger rechtzeitig anzuzeigen. Die Aufsichtsbehörde kann auf eine Anzeige verzichten.

Zur Beurteilung dieser Maßnahmen hatte der beteiligte Sozialversicherungsträger dem Bundesversicherungsamt bisher detaillierte Unterlagen nach den „Grundsätzen 85“ (Checkliste „Antragsunterlagen“) zur Verfügung zu stellen. Als Beitrag zur Verwaltungsvereinfachung verzichtet das Bundesversicherungsamt in den Fällen des § 85 Abs. 5 SGB IV nunmehr auf dieses umfassende Verfahren. Für das Anzeigeverfahren ist ein Vordruck zu verwenden, der dem Bundesversicherungsamt eine Plausibilitätsprüfung des Vorhabens ermöglicht. Der Vordruck steht auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes unter der Rubrik „Vermögen und Finanzen“ – „§ 85 SGB IV“ als ausfüllbares Formular zur Verfügung. Dieses kann dem Bundesversicherungsamt per E-Mail an das dafür eingerichtete Postfach baureferat@bva.de übersandt werden. Der ausgefüllte Vordruck ist dem Bundesversicherungsamt so rechtzeitig vor Beginn der geplanten Baumaßnahme zuzuleiten, dass dem Bundesversicherungs-

amt noch ausreichend Zeit für die Prüfung und gegebenenfalls Beratung bleibt.

Diese Neuregelung findet ihre analoge Anwendung auf Arbeitsgemeinschaften nach § 94 Abs. 2 Satz 1 SGB X.

7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS

7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS

7.1 Allgemeines / Verfahren

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit dem 1. Januar 2009 neu geregelt. So werden die Beitragseinnahmen aus dem bundesweit einheitlichen allgemeinen Beitragssatz nicht mehr von den Krankenkassen, sondern vom Bundesversicherungsamt als Sondervermögen, dem Gesundheitsfonds, verwaltet. Die Krankenkassen sind zwar weiterhin zuständig für den Einzug der Beiträge, leiten die eingezogenen Krankenversicherungsbeiträge jedoch arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Zur Finanzierung ihrer Ausgaben erhalten sie Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Aufgabe des Gesundheitsfonds ist die Verwaltung von Beiträgen für die gesetzliche Krankenversicherung. Neben den von den Krankenkassen eingezogenen, paritätisch finanzierten Beiträgen aus dem einheitlichen Beitragssatz umfasst dies weitergeleitete Beiträge, wie z.B. Beiträge von Selbstzahlern, Rehabilitanten und aus Versorgungsbezügen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner und die Minijob-Zentrale Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Weitere Direktzahler sind die Träger der Arbeitslosenversicherung und die Künstlersozialkasse. Schließlich leistet auch der Bund die Bundeszuschüsse nach §§ 221 und 221a SGB V an den Gesundheitsfonds.

Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Finanzierung ihrer Ausgaben. Dabei ist zwischen

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

zu unterscheiden.

Um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen, wird ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, an dem alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen teilnehmen.

Grundgedanke des Risikostrukturausgleiches ist es, die Ungleichverteilung der Morbiditätsrisiken und der Familienlasten zwischen den Krankenkassen aufzuheben. Bei Einführung des RSA 1994 waren allein Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus als Morbiditätsrisiken zu berücksichtigen. Seit dem Jahr 2009 wird der bisherige Risikostrukturausgleich um Morbiditätszuschläge für 80 Krankheiten ergänzt. Die

Morbidität der Versicherten wird dabei auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen erfasst.

Jede Krankenkasse erhält für jeden Versicherten eine Grundpauschale, die durch ein System alters-, geschlechts- und risikoadjustierter Zu- und Abschläge an den konkreten Beitragsbedarf angepasst wird.

Der Unterstützung des Verfahrens dient der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt. Der Schätzerkreis hat u.a. die Aufgabe, bis zum 15. Oktober eines Jahres die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen des Folgejahres zu schätzen. Auf der Basis der amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung bewertet er die Entwicklung der Einnahmen, der Ausgaben sowie der Zahl der Versicherten und Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung des laufenden Jahres und trifft auf dieser Grundlage eine Prognose über die Entwicklung im jeweiligen Folgejahr. Die Ergebnisse des Schätzerkreises bilden die Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist die zentrale Kenngröße für die Durchführung des Sozialausgleiches nach § 242b SGB V, der dann greift, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei einem Mitglied zwei vom Hundert des individuellen beitragspflichtigen Einkommens übersteigt. Die der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages zu Grunde liegende Schätzung der Ein-

nahmen und Ausgaben ist auch Grundlage für die Festlegung der Kenngrößen für den Risikostrukturausgleich, insbesondere der Grundpauschale. Für das Jahr 2011 wurde auf der Grundlage der Ergebnisse des Schätzerkreises vom 29./30. September 2010 der durchschnittliche Zusatzbeitrag auf 0 Euro festgelegt; dadurch entfiel im Jahr 2011 die Notwendigkeit eines Sozialausgleichs.

7.2 Risikostrukturausgleich

Monatliches Abschlagsverfahren 2011

Grundlagen

Das Bundesversicherungsamt berechnet die Höhe der Zuweisungen und führt den Zahlungsverkehr durch (§ 39 Abs. 1 RSAV). Das Verfahren wird als monatliches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich durchgeführt.

Die Berechnung der individuellen Zuweisungen erfolgt gemäß § 266 Abs. 6 SGB V auf der Grundlage bundesweit einheitlicher Werte (z.B. der Grundpauschale, der Höhe der einzelnen alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge, der standardisierten Verwaltungskosten je Versicherten, der standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen, etc). Diese sind jährlich bekannt zu geben. Die Berechnungswerte für 2011 hat das Bundesversicherungsamt mit der „Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2011“ am 5. Januar 2011 veröffentlicht. Die Grundpauschale je Versicherten wurde für 2011 mit monatlich rund 203 Euro ermittelt.

Die Bekanntgabe für das Jahr 2011 konnte erst im Januar 2011 erfolgen, da das GKV-Finanzierungsgesetz, das Neuregelungen zur Berechnung enthielt, erst zum 1. Januar 2011 in Kraft trat. Um den Krankenkassen jedoch die Haushaltsplanung zu erleichtern, hatte das Bundesversicherungsamt bereits Mitte November 2010 die voraussichtlichen Eckwerte für die Berechnung der Zuweisungen 2011 in Form einer Mitteilung bekannt gegeben und den Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband die für jede Krankenkasse ermittelten kassenindividuellen Werte, die ab Januar 2011 als Grundlage für die Berechnung der monatlichen Zuweisungen dienen würden, in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.

Monatliche Zuweisungen

Die Grundlagenbescheide im Zuweisungsverfahren enthalten für jede Krankenkasse die individuellen Einzel- und Gesamtsummen der

- alters- und geschlechtsadjustierten Zu- und Abschläge für die 40 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG),
- der risikoadjustierten Zuschläge für sechs Erwerbsminderungsgruppen (EMG),
- der risikoadjustierten Zuschläge für die 128 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG),
- der Zuschläge für Kostenerstatterfälle, der Krankengeldzuschläge sowie der Zuschläge für Auslandsversicherte

detailliert aufgeschlüsselt.

Die Grundlagenbescheide mit den kassenindividuellen Kenngrößen werden durch monatliche Zuweisungsbescheide über die der Krankenkasse zustehenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ergänzt. Die monatlichen Zuweisungsbescheide basieren auf den jeweils für diesen Zeitraum gültigen Grundlagenbescheiden und den aktuellsten Versichertenzahlen der Mitgliederstatistiken. Die Auszahlungen aus dem Gesundheitsfonds beginnen jeweils zum 16. des entsprechenden Monats und werden spätestens bis zum 15. des Folgemonats vollständig erfüllt.

Strukturanpassungen

Im Rahmen der Strukturanpassungen am 31. März 2011 und am 30. September 2011 waren die kassenindividuellen Kenngrößen der Grundlagenbescheide an aktuellere Versichertenstrukturen anzupassen. Die neuen Grundlagenbescheide dienen nicht nur als Grundlage für die Zuweisungsbescheide zukünftiger Monate, sondern auch für die abgelaufenen Monate des jeweiligen Jahres. So erhielt jede Krankenkassen in 2011 neben den zwölf monatlichen Zuweisungsbescheiden zusätzlich im Rahmen der Strukturanpassungen zwei Korrekturbescheide über die Zuweisungen 2011 aus dem Gesundheitsfonds sowie einen Korrekturbescheid über die Zuweisungen 2010 im Abschlagsverfahren.

Die folgende Tabelle zeigt die Zuweisungen 2011 einschließlich erster und zweiter Strukturanpassung auf. Die Zuweisungen 2011 wurden nochmals im Rahmen der dritten Strukturanpassung im März 2012 angepasst und werden endgültig im Rahmen des Jahresausgleichs bis Ende 2012 berechnet.

Kassenart	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2011 in Mrd. € (einschließlich 1. und 2. Strukturanpassung)						
	für Pflichtleistungen	Konvergenz §272	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 40 RSAV	Gesamt
AOK	65,2 Mrd. €	0 Mrd. €	3,4 Mrd. €	0,297 Mrd. €	0,444 Mrd. €	0 Mrd. €	69,3 Mrd. €
BKK	25,3 Mrd. €	0 Mrd. €	1,5 Mrd. €	0,144 Mrd. €	0,128 Mrd. €	0 Mrd. €	27,1 Mrd. €
VdEK	60,3 Mrd. €	0 Mrd. €	3,4 Mrd. €	0,314 Mrd. €	0,319 Mrd. €	0 Mrd. €	64,3 Mrd. €
IKK	11,1 Mrd. €	0 Mrd. €	0,7 Mrd. €	0,066 Mrd. €	0,053 Mrd. €	0 Mrd. €	11,9 Mrd. €
KBS	5,9 Mrd. €	0 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,021 Mrd. €	0,044 Mrd. €	0 Mrd. €	6,3 Mrd. €
GKV	167,8 Mrd. €	0 Mrd. €	9,3 Mrd. €	0,842 Mrd. €	0,989 Mrd. €	0 Mrd. €	178,9 Mrd. €

Jahresausgleich 2010

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2010 der Krankenkassen wurden im November 2011 die Zuweisungen im Jahresausgleich 2010 endgültig festgestellt und der Ausgleichsbetrag für Zuweisungen 2010 unter Anrechnung der im monatlichen Verfahren ausgezahlten Abschlagszahlungen festgesetzt. Insgesamt wurden den Krankenkassen 170,3 Mrd. Euro zugewiesen. Die Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten kann der folgenden Übersicht entnommen werden.

dem Gesundheitsfonds sicherzustellen, dass die Belastungen auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem Bundesland tätigen Krankenkassen – im Ausgleichsjahr 2010 – den Betrag von 200 Millionen Euro pro Jahr nicht übersteigen (sog. Konvergenzklausel nach § 272 SGB V). Im Jahresausgleich 2010 wurde dieser Schwellenwert in keinem Bundesland überschritten, so dass die Konvergenzklausel damit zukünftig keine Anwendung mehr findet.

Kassenart	Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2010						
	für Pflichtleistungen	Konvergenz §272	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen - Pandemie	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 41 RSAV	Gesamt
AOK	62,3 Mrd. €	0,0 Mrd. €	3,4 Mrd. €	0,194 Mrd. €	0,036 Mrd. €	-0,348 Mrd. €	66,0 Mrd. €
BKK	26,9 Mrd. €	0,0 Mrd. €	1,7 Mrd. €	0,105 Mrd. €	0,138 Mrd. €	-0,183 Mrd. €	28,6 Mrd. €
VdEK	55,4 Mrd. €	0,0 Mrd. €	3,2 Mrd. €	0,198 Mrd. €	0,306 Mrd. €	-0,359 Mrd. €	58,8 Mrd. €
IKK	10,3 Mrd. €	0,0 Mrd. €	0,7 Mrd. €	0,043 Mrd. €	0,507 Mrd. €	-0,075 Mrd. €	11,0 Mrd. €
KBS	5,6 Mrd. €	0,0 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,014 Mrd. €	0,042 Mrd. €	-0,027 Mrd. €	5,9 Mrd. €
GKV	160,5 Mrd. €	0,0 Mrd. €	9,2 Mrd. €	0,554 Mrd. €	0,973 Mrd. €	-0,992 Mrd. €	170,3 Mrd. €

Da den zugesagten Zuweisungen für 2010 tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von 171,3 Mrd. Euro gegenüberstanden, kam es zu einer mitgliederbezogenen Anpassung in Höhe von rund 1 Mrd. Euro.

Das Bundesversicherungsamt hatte weiter bei der Ermittlung der Zuweisungen aus

Korrektur der Zuweisungen 2009 und Korrektur Altverfahren

Im Übrigen wurden im Jahresausgleich 2010 nicht nur die Zuweisungen für das Ausgleichsjahr 2010 endgültig ermittelt, sondern auf Grundlage von neuen Datenmeldungen der Krankenkassen (Versicherungszeiten) zum einen die Korrektur der

Zuweisungen 2009 berechnet und beschrieben, zum anderen auch Korrekturen für die vorangegangenen Jahresausgleiche des Altverfahrens im Risikostrukturausgleich (Jahre 2003 bis 2008) und Risikopool (Jahre 2002 bis 2008) durchgeführt. Die finanziellen Gesamtwirkungen der Korrekturen stellen sich wie folgt dar:

schrieben. Die drei Stufen setzen sich aus Auffälligkeitsprüfungen, Einzelfallprüfungen sowie der Erhebung eines Korrekturbetrages zusammen.

Die Auffälligkeitsprüfungen des Bundesversicherungsamtes im Jahr 2011 bezogen sich auf die sog. Korrekturmeldung der Di-

Korrekturen für Vorjahre im Jahresausgleich 2010			
Kassenart	RSA bis 2008*	RP bis 2008	Korrektur Zuweisungen JA 2009
AOK	-33,7 Mio. €	4,3 Mio. €	0,1 Mio. €
BKK	-13,8 Mio. €	-2,1 Mio. €	3,7 Mio. €
VdEK	19,2 Mio. €	-1,7 Mio. €	-1,9 Mio. €
IKK	6,4 Mio. €	-0,5 Mio. €	4,7 Mio. €
KBS	33,9 Mio. €	-0,1 Mio. €	-3,2 Mio. €

*einschließlich Beträge nach § 15 a RSAV (11,956 Mio. €)

Die Korrekturen der Altverfahren wurden durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 mit Wirkung vom 1.1.2012 beendet, so dass zukünftig mit dem aktuellen Jahresausgleich nur die Korrektur der Versicherungszeiten für das vorangegangene Ausgleichsjahr durchzuführen ist.

Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Grundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind umfängliche Datenmeldungen der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt, die die im Rahmen der Abrechnungen erfassten ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen umfassen. Mit Einführung des § 273 SGB V im Jahr 2009 erhielt das Bundesversicherungsamt die Aufgabe, die Zulässigkeit dieser Morbiditätsdaten zu überprüfen. Das dreistufige Verfahren, das die Verwendung manipulierter Daten im RSA verhindern soll, ist für die Diagnosedaten aus der ambulanten Versorgung verpflichtend vorge-

agnosedaten aus dem Jahr 2008 und damit auf jene Daten, die im Jahresausgleich 2009 finanzwirksam wurden. Erstmals standen nicht nur die Diagnosedaten aus der ambulanten Versorgung, sondern auch die aus der stationären Versorgung im Fokus der Prüfung.

Im Bereich der ambulanten Diagnosen stellte das Bundesversicherungsamt bei insgesamt 24 Krankenkassen statistisch auffällige Steigerungsraten im Vergleich zur Vormeldung fest. Die Anstiege ließen sich jedoch zum größten Teil auf die flächendeckende Nachlieferung von Abrechnungsdiagnosen einer großen Kassenärztlichen Vereinigung zurückzuführen und lagen somit außerhalb der Verantwortung der betroffenen Krankenkassen.

Die Überprüfung der stationären Diagnosen ergab statistische Auffälligkeiten bei insgesamt acht Krankenkassen. Bei den sich anschließenden Einzelfallprüfungen hat das Bundesversicherungsamt bei drei Krankenkassen festgestellt, dass Diagnosen

nachträglich erfasst und damit unzulässig im RSA gemeldet worden waren. Bei den betroffenen Krankenkassen wurden die Zuweisungen entsprechend gekürzt. Das Korrekturvolumen belief sich insgesamt auf rund 4,3 Mill. €.

Im Jahr 2012 wird das Bundesversicherungsamt die regulären Auffälligkeitsprüfungen der Datenmeldungen aus dem Jahr 2009 aufnehmen. Dabei sollen erstmals die Daten aus zwei unterschiedlichen Meldejahren (Erst- und Korrekturmeldung 2009) in einem gemeinsamen Prüfturnus geprüft werden.

Weiterentwicklung

Die Berechnung der kasseneinheitlichen Werte ist in den Festlegungen gem. § 31 Abs. 4 RSAV angelegt. Das sind insbesondere

- die Festlegung der im RSA zu berücksichtigen Krankheiten,
- die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen,
- das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und
- das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge.

Bei diesen Fragen wird das Bundesversicherungsamt vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beraten. Dem Beirat gehören Prof. Dr. Saskia Drösler, Prof. Dr. Joerg Hasford, Dr. Bärbel-Maria Kurth, Prof. Dr. Marion Schaefer, Prof. Dr. Jürgen Wasem (Vor-

sitzender) und Prof. Dr. Eberhard Wille an.

Dem wissenschaftlichen Beirat obliegt die jährliche Überprüfung der Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten. Das Ergebnis dieser Überprüfung stellt eine Empfehlung dar, auf dessen Grundlage das Bundesversicherungsamt die entsprechenden Festlegungen nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes zu treffen hat.

Grundsätzlich führt das Bundesversicherungsamt zu Beginn eines Jahres das Anhörungsverfahren zur Krankheitsauswahl für das Folgejahr durch. Da das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 12. November 2010 den Wissenschaftliche Beirat beauftragt hatte, bis Ende März 2011 auf Basis der Ergebnisse des RSA-Jahresausgleichs 2009 die Wirkungen des Morbi-RSA zu überprüfen sowie die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA empirisch abzuschätzen, wurde für das Ausgleichsjahr 2012 die Verpflichtung zur Überprüfung der Krankheiten ausgesetzt. Daher wurden in 2011 lediglich im Rahmen der Festlegungen zum Klassifikationssystem die technischen ICD-Zuordnungen für die Krankheitsauswahl aktualisiert und bekannt gegeben.

Nach den Grundsätzen des § 29 RSAV werden mit dem vom Bundesversicherungsamt festzulegenden Versichertenklassifikationsmodell Risikozuschläge auf der Grundlage von Diagnosen und verordneten Arzneimitteln bzw. deren Arzneimittelwirkstoffen ermittelt. Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinen Sitzungen am 17. Juni und am 28. Juli 2011 – unter Berücksichtigung der im Früh-

jahr 2011 im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells eingegangenen Anregungen - einen Vorschlag für die Anpassung des vom Bundesversicherungsamt ausgewählten Modells beraten und beschlossen.

Der auf Grundlage der Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirats erarbeitete Entwurf zur Anpassung des Klassifikationsmodells für 2012 wurde am 5. August 2011 durch das Bundesversicherungsamt veröffentlicht und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes am 30. September 2011 als Festlegung für das Ausgleichsjahr 2012 bekannt gegeben.

Im Übrigen wurde bereits am 22.12.2011 das Anhörungsverfahren für die Krankheitsauswahl 2013 eingeleitet.

Weitergehende Informationen zum Risikostrukturausgleich werden im Internet unter www.bva.de > Risikostrukturausgleich zur Verfügung gestellt.

7.3 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds zahlt den Krankenkassen monatlich die ihnen zustehenden Zuweisungen aus. Dabei ist der Ausgleichsmonat vom Auszahlungsmonat zu unterscheiden. Beim Ausgleichsmonat handelt es sich um den Kalendermonat, für den die monatliche Zuweisung berechnet ist. Der Auszahlungsmonat umfasst regelmäßig den Abrechnungszeitraum vom 16. des Ausgleichsmonats bis zum 15. des darauf folgenden Monats (= monatsübergreifende Zahlungsperiode).

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

täglicher Auszahlungsbetrag der Krankenkasse X

= tägliche Einnahmen der Gesundheitsfonds

* monatlicher Zuweisungsbetrag der Krankenkasse X

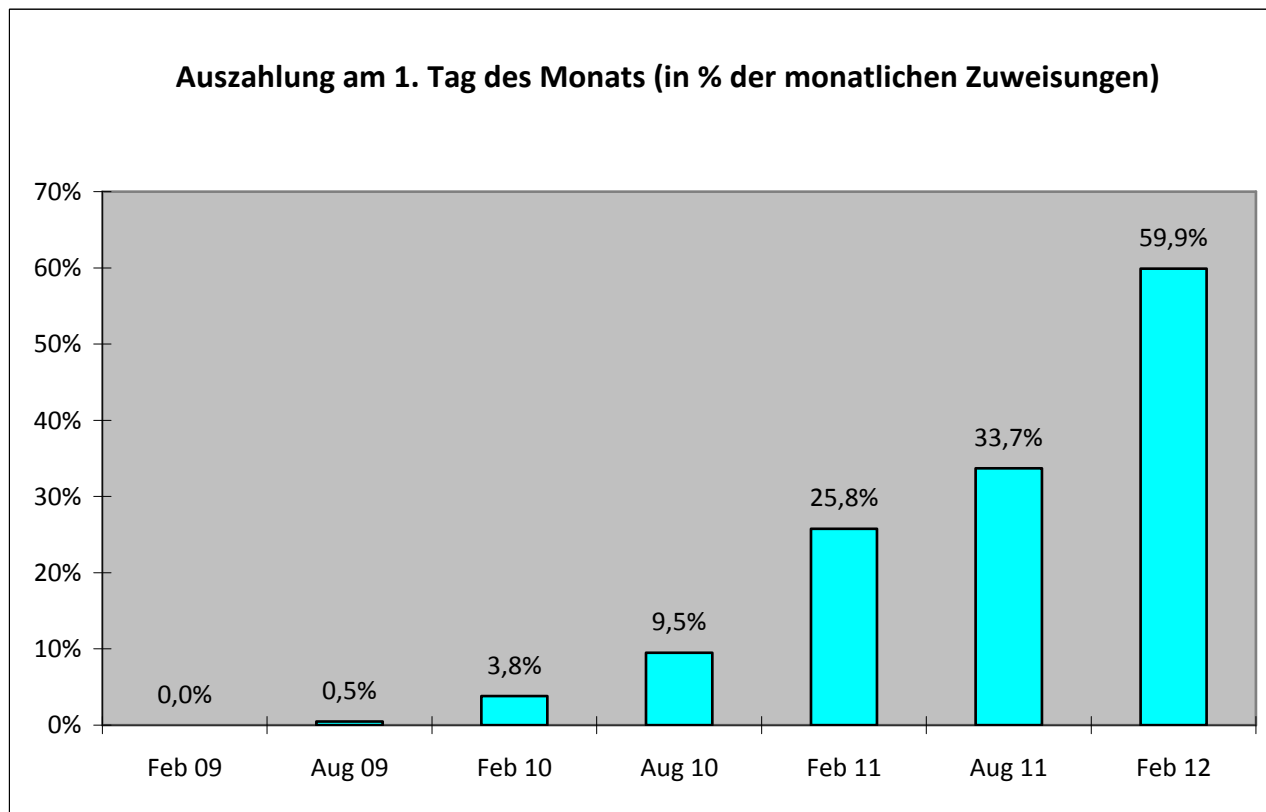
./. Summe der monatlichen Zuweisungsbeträge aller Krankenkassen

Die konkrete Höhe der täglichen Zuweisungen hängt von der Höhe der täglichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und somit von den Fälligkeitsterminen der verschiedenen Beitragsarten und des Bundeszuschusses ab. Die arbeitstäglich höchste Zuweisung erfolgte im Jahr 2011 am 16. Dezember 2011 mit rd. 8,927 Mrd. €.

Der monatliche Zuweisungsanspruch der Krankenkassen wird spätestens bis zum 15. des Folgemonats erfüllt. Infolge der positiven Wirtschaftsentwicklung 2011 erhielten die Krankenkassen ihre Zuweisungen im Verlauf eines Auszahlungsmonats deutlich früher. Aus der nachfolgenden Abbildung wird deutlich, dass die Krankenkassen mittlerweile (Stand: Februar 2012) fast 60 % ihrer monatlichen Zuweisungen am 1. Tag des Auszahlungsmonats erhalten, im Februar 2011 lag dieser Wert erst bei knapp 26 %.

Auf diese Weise profitieren die Krankenkassen unmittelbar von der hohen Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

werden die Zuweisungen für das abgelaufene Kalenderjahr neu ermittelt und der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds



Neben den monatlichen Zuweisungen hat der Gesundheitsfonds im Jahr 2011 drei Strukturanpassungen sowie die Jahresausgleiche 2009 (teilweise) und 2010 abgewickelt. Im Rahmen der Strukturanpassungen werden die vorläufigen monatlichen Zuweisungen unter Berücksichtigung aktueller Datenmeldungen neu berechnet. Übersteigen die Neuberechneten monatlichen Zuweisungen die bisher festgesetzten Beträge, leistet der Gesundheitsfonds den überschüssenden Betrag an die Krankenkasse. Umgekehrt ist der Unterschiedsbetrag von der Krankenkasse an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Gleiches gilt für den Jahresausgleich: Nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Verfahren teilnehmenden Krankenkassen

abgeführt bzw. vom Gesundheitsfonds an die Krankenkasse geleistet. Im Unterschied zu den monatlichen Zuweisungen, die der Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen leistet, gibt es in den Strukturanpassungen und den Jahresausgleichen sowohl Zahler als auch Empfänger kassen.

Strukturanpassung und Jahresausgleich: Übersicht			
	3. Strukturanpassung 2010	1.Strukturanpassung 2011	2.Strukturanpassung 2011
Fälligkeit	29.04.2011	29.04.2011	31.10.2011
Verpflichtung_GF (+)	314.775.165,50	77.277.014,65	385.696.207,54
Empfängerkassen (Anzahl)	81	87	75
Forderung_GF (-)	-315.549.648,10	-77.277.014,47	-385.696.207,72
Zahlerkassen (Anzahl)	66	59	70
Saldo	-774.482,60	0,18	-0,18
	Jahresausgleich 2009	Jahresausgleich 2010	
Fälligkeit	01/11-12/11 ⁽¹⁾	30.11.2011	
Verpflichtung_GF (+)		577.300.323,54	
Empfängerkassen (Anzahl)		93	
Forderung_GF (-)	-642.436.289,21	-567.443.423,06	
Zahlerkassen (Anzahl)	167	54	
Saldo	-642.436.289,21	9.856.900,48	
⁽¹⁾ Ausgleichsverpflichtung aus § 272 SGB V (Rückzahlung zuviel erhaltener Zuweisungen aufgrund der sog. "Konvergenzklausel")			

Der Übersicht lassen sich die Zahlungsströme zwischen Gesundheitsfonds und Krankenkassen im Rahmen der im Jahr 2011 abgewickelten Strukturanpassungen und der Jahresausgleiche 2009 (nur „Konvergenzklausel“) und 2010 entnehmen. Für den Jahresausgleich 2009 galt für die Rückzahlungsverpflichtung der Krankenkassen für zuviel erhaltene Zuweisungen aufgrund der sogenannten „Konvergenzklausel“ in Höhe von 642.426.289,21 € eine besondere Fälligkeitsregelung: Diese wurden in zwölf gleichen Teilbeträgen jeweils zum ersten Bankarbeitstag eines Monats im Jahr 2011 fällig. Insoweit erstreckte sich die Abwicklung des Jahresausgleichs 2009 bis zum Dezember 2011.

Krankenkassen mit einer angespannten Liquiditätslage können ihre Rückzahlungsverpflichtung aus einer Strukturanpassung oder dem Jahresausgleich über sechs Monate strecken. Für den rückständigen Betrag haben die Krankenkassen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 % je Monat des rückständigen Betrags zu zahlen. Im Jahr 2011 haben nur wenige Krankenkassen diese Möglichkeit in Anspruch genommen.

Im Jahr 2011 standen den Einnahmen des Gesundheitsfonds von rd. 184,3 Mrd. € Ausgaben von rd. 179,0 Mrd. € gegenüber. Dies führte zu einem Überschuss der Einnahmen von rd. 5,3 Mrd. € (s. Tabelle).

Vorraussichtliches Rechnungsergebnis 2011 des Gesundheitsfonds (lt. KV 45 4. Quartal 2011)	
Beitragseinnahmen	169.106.918.110
Sonstige Einnahmen (z.B. Bundeszuschuss, Zinsen)	15.156.800.197
Einnahmen gesamt	184.263.718.307
Zuweisungen an Krankenkassen	178.946.079.000
Verwaltungskosten	44.781.504
Überschuss der Einnahmen	5.272.857.803

In den Netto-Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds sind neben der Einzugskosten-Vergütung der Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rd. 35,9 Mio. € auch Prüfungskosten von knapp 4 Mio. € enthalten, die „reinen“ (originären) Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds belaufen sich auf rd. 4,9 Mio. €.

Der Ausgabenüberschuss des Jahres 2009 in Höhe von rd. 2,4 Mrd. € wird lt. Kontenrahmen bei der Ermittlung der Höhe der Liquiditätsreserve nicht berücksichtigt, so dass diese zum 31. Dezember 2011 rd. 9,5 Mrd. € beträgt. Unter Berücksichtigung des Defizits des Jahres 2009 beträgt das Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds zum 31. Dezember 2011 rd. 7,1 Mrd. €.

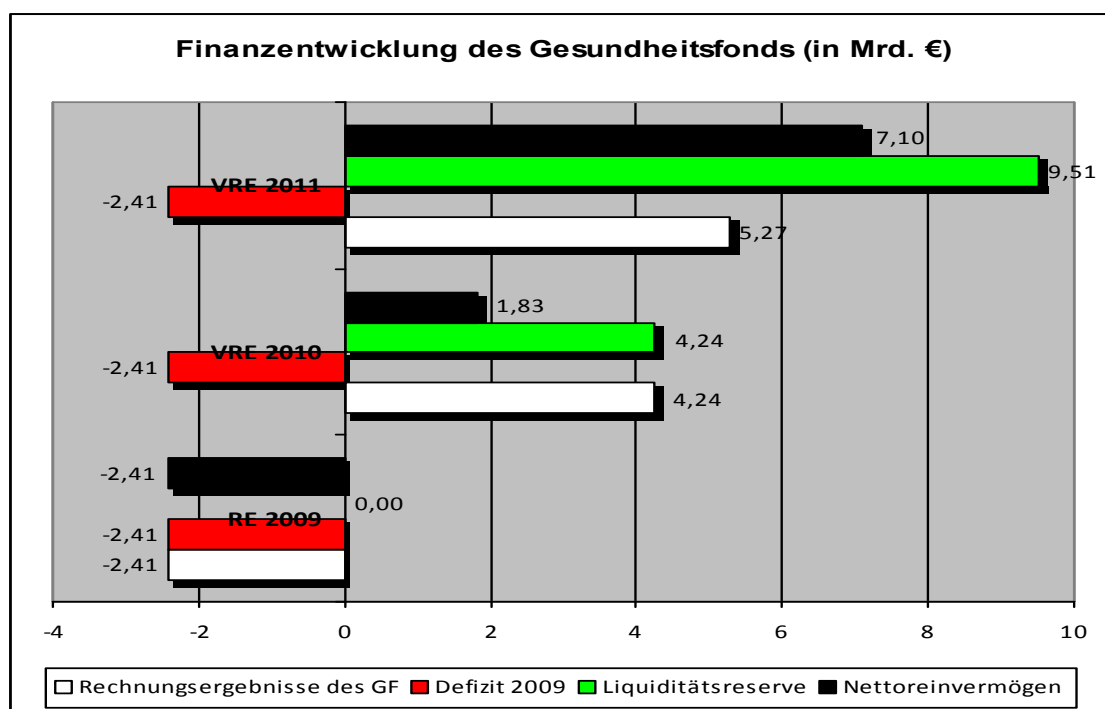
7.4 Entwicklung der Beitragsrückstände, Prüfungen

Prüfung der Beitragszahlung an den Gesundheitsfonds bei Direktzahlern

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds ging auch die Berechtigung zur Prüfung der Beitragszahlung der in § 252 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Direktzahler von den Krankenkassen auf das Bundesversicherungsamt über.

Die in 2010 als „Pilot“ gestarteten Prüfungen der ordnungsgemäßen Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge für die Empfänger von Arbeitslosengeld II haben im Berichtsjahr eine Konsolidierung in mehrfacher Hinsicht erfahren.

So wurden die vom Bundesversicherungsamt vertraglich beauftragten Prüfgruppen unter Nutzung der bei den Krankenkassen und ihren Verbänden bestehenden Kompetenzen auf vier Teams aufgestockt. Damit konnten sowohl die Anzahl der geprüften



Institutionen erhöht als auch der Prüfgegenstand um die Beitragzahlungen für die Empfänger von Arbeitslosengeld nach dem SGB III erweitert werden.

Die bereits im Vorjahr gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der bei den Prüfungen festgestellten Hauptfehlerquellen, der unrichtigen Berücksichtigung beitragspflichtiger Einnahmen sowie der fehlerhaften Beitragserstattung bei rückwirkender Leistungsaufhebung haben sich auch im Berichtsjahr bestätigt.

Darüber hinaus erfolgte im Jahr 2011 erstmals eine Prüfung der Künstlersozialkasse (KSK) gemäß § 251 Abs. 5 Satz 2 SGB V durch das Bundesversicherungsamt. Neben der einzelfallbezogenen Überprüfung der Versichertenfälle wurden auch die systemischen Voraussetzungen zur Beitragsberechnung, -erhebung und -zahlung untersucht.

Ausblick:

Mit Inkrafttreten von Artikel 4 Nr. 3 des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes erstreckt sich die Prüfberechtigung ab 1. Januar 2012 auch auf die Beiträge zur Pflegeversicherung, erhobene Beitragsnachforderungen und daraus resultierende Säumniszuschläge werden an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung weitergeleitet.

Einzugsstellenprüfung nach § 28q Abs. 1a SGB IV

Das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds überwacht die Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Seit dem 1. Januar 2011 wird die Innendienstprüfung

des Bundesversicherungsamtes u.a. ergänzt durch die sogenannte Einzugsstellenprüfung.

Gemäß § 28q Abs. 1a SGB IV prüfen die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit für das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds bei den Krankenkassen in ihrer Funktion als Einzugsstellen die Geltendmachung der Beitragsansprüche, den Einzug, die Verwaltung, die Weiterleitung und die Abrechnung des KV-Anteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag.

Die hierzu erforderliche Vergütungsvereinbarung nach § 28q Abs. 1a Satz 5 SGB IV ist einvernehmlich zwischen den Beteiligten geschlossen worden.

Die entsprechenden Vor-Ort-Prüfungen wurden im Jahr 2011 erfolgreich und flächendeckend bei über 400 Prüfstellen durchgeführt. Durch diese kontinuierliche Überwachung wird gewährleistet, dass der Sozialversicherung keine vermeidbaren Beitragsverluste entstehen.

Entwicklung der Beitragsrückstände

Das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds bildet seit dem Jahr 2010 die Entwicklung der Beitragsrückstände in der Sozialversicherung für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (GSV-Beitrag) gegenüber den beteiligten Stellen und dem Bundesrechnungshof nach einheitlich abgestimmten Kriterien ab. Seit dem 1. Januar 2011 werden zusätzlich die sogenannten Sonstigen Krankenversicherungsbeiträge (bspw. freiwillig Versicherte, Studenten) ausgewiesen.

Beitragsrückstände sind einheitlich definiert als die Summe aus den laufenden Rückständen (monatlicher Fehlbetrag) und Listenrückständen (im wesentlichen Bestandswerte).

Festzustellen ist, dass sich diese Beitragsrückstände in der Sozialversicherung im Betrachtungszeitraum unauffällig entwickelt haben, d.h., insbesondere im Bereich des GSV-Beitrags ist kein erheblicher Anstieg seit Januar 2010 feststellbar. Besonders bemerkenswert ist, dass 2011 in diesem Bereich über 99,6 vom Hundert aller Beitragsforderungen realisiert werden konnten.

8. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

8. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

8.1 Prüfstatistiken

Der Prüfdienst Krankenversicherung (PDK) hat im Jahr 2011 insgesamt 236 Prüfungen und damit 15 mehr als 2010 durchgeführt.

Die aus aktuellem Anlass durchgeführten Sonderprüfungen betrafen die Prüfgebiete Finanzen, Allgemeine Verwaltung und Leistungen der Krankenversicherung. Diese Prüfungen waren aufgrund der besonderen Bedeutung im Vergleich zu „regulären“ Prüfungen mit erheblichem Zeitaufwand zu bewältigen.

Durch die Ergänzung des § 274 Absatz 1 Satz 1 SGB V sind seit 2011 nunmehr auch die Arbeitsgemeinschaften der gesetzlichen Krankenkassen turnusmäßig zu prüfen.

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2011	Durchgeführte Prüfverfahren 2010
Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI	127	113
Turnusprüfungen bei Krankenkassen, davon:	95	90
Allgemeine Verwaltung	7	9
Finanzen / Kassen-sicherheit	24	23
Mitgliedschaft/ Beiträge	29*	20
Leistungen Krankenversicherung	23	28
Leistungen Pflegeversicherung	12	10
Nachprüfungen	6	9
Turnusprüfungen bei Arbeitsgemeinschaften, davon:	3	-
Allgemeine Verwaltung	1	-
Finanzen	1	-
Personal	1	-
Prüfung von Eigenbetrieben	5	6
Prüfung bei Dienstleistern	1	-
Prüfungen EDV/Informationstechnik	8	3
Prüfungen DRG	6	1
Prüfungen Spitzenverbände	1	2
Prüfungen AAG	2	2
Prüfungen nach § 88 SGB IV i.V.m. § 274 SGB V	5	3
Prüfungen Landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger	5	3
RSA-Prüfungen	92	99
Prüfungen Versicherungszeiten/DMP	91	98
Nachprüfungen nach § 15a Abs. 3 Satz 9 RSAV	1	1
Sonderprüfungen	12	6
Sonderprüfungen IT (Satzarten Morbi RSA)	5	-
Sonderprüfungen	7	6
Insgesamt	236	221

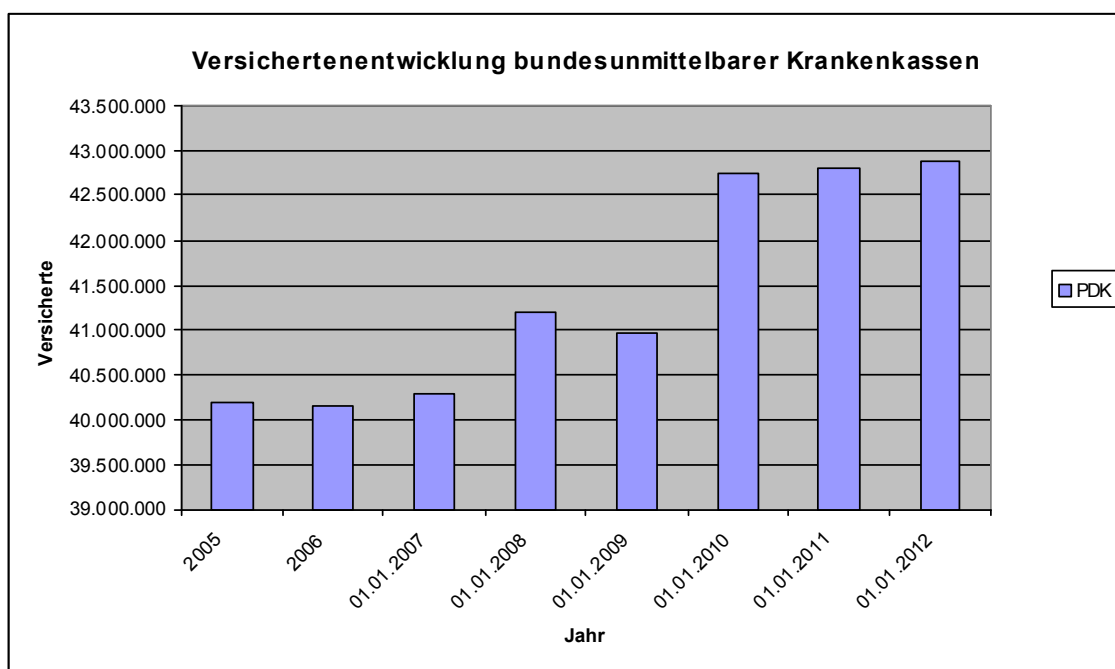
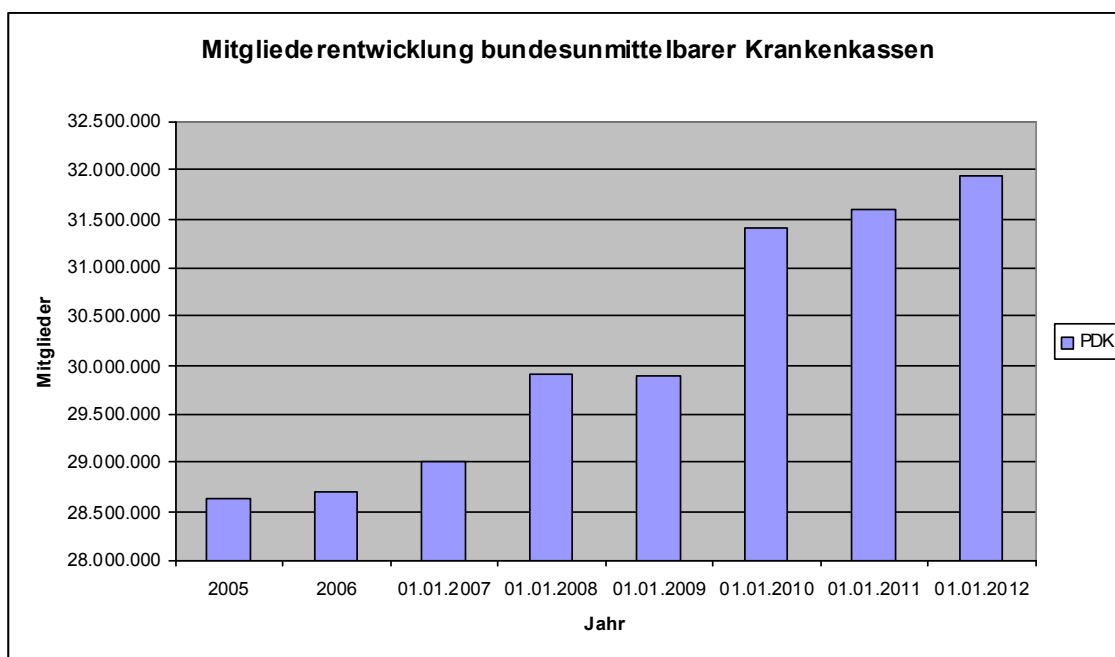
* davon zwei prüfgruppenübergreifend

Die fusionsbedingte Abnahme der Anzahl der Krankenversicherungsträger führt weiterhin nicht zu einer Reduzierung des Arbeitsumfanges, sondern dieser steigt nicht zuletzt auch aufgrund der dadurch bedingten Zunahme der Versichertenzahlen in den jeweiligen Prüfobjekten noch an.

So ist die Gesamtzahl der Versicherten in den vom PDK zu prüfenden Prüfobjekten wie in den Vorjahren weiter gestiegen (vgl. nachstehende Abbildungen).

8.2 Prüfungen des Risikostrukturausgleichs (RSA)

Die Prüfung der von den Krankenkassen im Risikostrukturausgleich und im Risikopool gemeldeten Daten und die Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten richten sich nach § 15a RSAV. Die Prüfungen der Bereiche Risikopool und Versicherungszeiten/DMP sind jährlich im Wechsel durchzuführen. Für das Jahr 2011 standen Prüfungen im Bereich Versiche-



rungszeiten und DMP an.

§ 15a RSAV sieht dabei vor, dass jeweils eines der letzten beiden Ausgleichsjahre zu prüfen ist. Die Prüfdienste des Bundes und der Länder verständigten sich bei der Wahl zwischen den Jahren 2007 und 2008 auf die Prüfung des Ausgleichsjahres 2007. In 2011 fanden daher bei sämtlichen bundesunmittelbaren Trägern Prüfungen von Datenmeldungen Versicherungszeiten / DMP des Berichtsjahres 2007 statt. Besondere Auffälligkeiten ergaben sich nicht.

8.3 MASDAT

Abstimmung der Datenanforderungen für Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 Abs. 6 SGB XI mit den Prüfdiensten der Länder

Im Jahr 2009 hat eine Projektgruppe der Abteilung K (Maschinelle Datenanalyse, MASDAT) standardisierte Datenanforderungen für die Prüfungen des PDK definiert. Diese werden seither vor Beginn einer Prüfung mit der zu prüfenden Kranken-/Pflegekasse unter Einbeziehung der Rechenzentren und Softwareentwickler abgestimmt und - sofern möglich - umgesetzt. Um die Akzeptanz dieser Anforderungen seitens der Kassen zu erhöhen und dem Argument zu begegnen, sie stellten eine einseitige Belastung der (vom PDK zu prüfenden) bundesunmittelbaren Träger dar, haben sich die Prüfdienste des Bundes und der Länder auf Initiative des PDK darauf festgelegt, zukünftig eine gemeinsame Strategie bei den Datenanforderungen zu verfolgen. Im April 2011 trat der hierfür zuständige Arbeitskreis zusammen und harmonisierte die Datenan-

forderungen im Hinblick auf die Interessen der Prüfdienste der Länder. Seither besteht ein gemeinsamer Katalog von Satzarten für die Prüfungen. Er wurde Mitte des Jahres 2011 allen bundes- und landesunmittelbaren Trägern übermittelt.

Darüber hinaus stellt der PDK die Datendefinitionen auch dem Prüfreferat der Aufsicht zur Verfügung. Eine Abstimmung mit dem Bundesrechnungshof ist ebenfalls geplant, steht jedoch noch aus.

8.4 Aus der Arbeit der Prüfgruppen

Im Jahr 2011 hat der PDK neben den Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 Abs. 6 SGB XI wieder Prüfungen zum Risikostrukturausgleich (RSA) auf den Gebieten Versicherungszeiten und DMP durchgeführt. Darüber hinaus galt es, neue gesetzliche Vorschriften auf ihre Prüfungsrelevanz zu untersuchen und in den Katalog der Prüft Themen zu integrieren. Besondere Bedeutung kam dabei dem Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) sowie dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) zu.

Mit dem GKV-Änderungsgesetz erhielten die Prüfdienste durch eine Ergänzung des § 274 SGB V die Befugnis, auch Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen zu prüfen. Die Frage der Prüfkompetenz hatte in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen, da die Krankenkassen immer häufiger Aufgaben zur gemeinsamen Erledigung an Arbeitsgemeinschaften unterschiedlichster Rechtsformen ausgelagert haben.

Im Vordergrund stehen dabei Arbeitsgemeinschaften, die im Bereich der Datenverarbeitung tätig sind. Die Entwicklung von gemeinsamer Software, der Betrieb von Informationssystemen sowie die Bereitstellung und Optimierung der Informations- und Kommunikationstechnologie sind nur einige Felder, auf denen Arbeitsgemeinschaften tätig sind. Dazu kommen Arbeitsgemeinschaften, die der gemeinsamen Interessenvertretung von Kassen bzw. Kassenarten dienen.

Bis zur Gesetzesänderung war es den Prüfdiensten verwehrt, eine Arbeitsgemeinschaft als Institution zu prüfen. Prüfgegenstand konnte allein deren Aufgabenwahrnehmung für einzelne Kassen sein. Insbesondere die Ausgaben für Verwaltung, Personal sowie die Finanzen der Arbeitsgemeinschaften befanden sich dadurch in einem prüfungsfreien Raum.

Zur Vorbereitung der neuen Prüfungen haben die Prüfdienste des Bundes und der Länder Kriterien entwickelt, die künftig einheitlich Anwendung finden sollen.

Eine erste Prüfung bei einer großen Arbeitsgemeinschaft hat bereits begonnen. Die Erfahrungen daraus sollen auch in die Fortentwicklung der Prüfansätze einfließen.

Für die Verwaltungskosten der Krankenkassen hat der Gesetzgeber mit einer Vorschrift im GKV-FinG eine Deckelung der Ausgaben für die Jahre 2011 und 2012 auf der Höhe der jeweiligen Ausgaben von 2010 eingeführt (§ 4 Abs. 4 Satz 2 SGB V), deren Einhaltung durch die Prüfdienste überwacht werden muss. Auch hier war der Prüffhemenkatalog anzupassen.

Die Prüffeststellungen, die der PDK im Rahmen seiner Turnusprüfungen nach § 274 SGB V im Berichtsjahr getroffen hat, zeigen, dass einige Themen „Dauerbrenner“ sind und Jahr für Jahr Beratungen erforderlich machen. Lediglich die Fehlerhäufigkeit bei bestimmten Prüffhemen entwickelte sich unterschiedlich. Bei den Verwaltungsausgaben fielen einige Krankenkassen durch eine sehr großzügige Handhabung bei Repräsentations- und Bewirtungskosten sowie bei Werbegeschenken auf. Dieses und andere Feststellungen soll nachfolgend exemplarisch dargestellt werden.

IT-Prüfungen - Schwerpunktprüfung Amtliche Statistiken

Auslöser für die Schwerpunktprüfung waren Beratungen zum Thema Finanzcontrolling mit dem GKV-Spitzenverband und den Aufsichtsbehörden und die daraus gewonnene Erkenntnis, dass die Prüfdienste der Zusammenstellung der Daten für die amtlichen Statistiken immer mehr Bedeutung zumessen müssen. Fehlerhafte Statistiken können die Beurteilung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen massiv beeinflussen. Von den Prüfdiensten des Bundes und der Länder wurde die ADV-Arbeitsgemeinschaft der Prüfdienste (ADV-AG) damit beauftragt, das Thema Statistiken als Schwerpunktthema aufzunehmen. Die ADV-AG stellte ein Vorgehensmodell auf und entwickelte Prüfhilfen, um alle Kassenarten gleichartig prüfen zu können. Gegenstand der Prüfung durch die Prüfdienste im Rahmen der ADV-AG waren die aktuellen Anwendungs- und Arbeitshilfen - soweit vorhanden - sowie die Programm- und Freigabedokumentationen der Mitglie-

derstatistik KM 1, der Finanzstatistiken KJ 1 und KV 45 sowie die Statistik über Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen KG 5.

Ziel der Prüfung war die Beurteilung, ob die einzelnen Software- bzw. Erstellungsprozesse und die in den entsprechenden Konzepten vorgegebenen fachlichen Anforderungskriterien mit den bestehenden rechtlichen Vorgaben übereinstimmen (Prüfung auf Rechtskonformität und Plausibilität) und die Dokumentation in ausreichender Weise vorliegt.

Als Ergebnis der Prüfung lässt sich grundsätzlich festhalten, dass Fachkonzepte teilweise nicht vorhanden, unvollständig, nicht aktuell gepflegt oder fehlerhaft waren. Testverfahren und qualitätssichernde Maßnahmen waren zum Teil nicht existent, individuell geprägt, nicht umfänglich genug oder die Testdokumentation war nicht nachvollziehbar.

Bei den Finanzstatistiken existierten für den Erstellungsprozess allenfalls Ablaufpläne, aber keine detaillierten Verfahrensdokumentationen über sachlogische und programmtechnische Lösungen. Bis auf eine Ausnahme wurden keine eigenen Programme zur Unterstützung des Erstellungsprozesses für die Finanzstatistiken eingesetzt. Ein durchgängiger maschineller Erstellungsprozess bestand nicht.

Eine der ältesten Statistiken in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist die KM 1 (Mitgliederstatistik). Festzustellen war, dass einige der Krankenkassen entweder keine Fachkonzepte mehr vorlegen konnten oder die vorgelegten Unterlagen unzurei-

chend bzw. unvollständig waren. Mehrere Schlüsselnummern der KM 1 unterlagen im Erstellungsprozess manuellen Eingriffen und die Regelungen aus der Anleitung zum Erfassungstichtag/Eingangstichtag wurden maschinell nicht umgesetzt. Einige Krankenkassen beachteten den genauen Erhebungstichtag nicht. In den Programmabfragen befanden sich teils noch veraltete Schlüsselnummern und in den internen Dokumentationen waren die Zählregeln fehlerhaft und im Programm nicht richtig umgesetzt. Die Schlüsselnummern zur Ermittlung des Krankenstandes wurden zum Teil fehlerhaft ermittelt und unterlagen so bei den anzutreffenden manuellen Ermittlungen einem erhöhten Fehlerpotential. Die Trennung der Mitglieder nach dem allgemeinen bzw. dem ermäßigtem Beitragsatz bereitete den Krankenkassen Probleme, weil zum einen die Zuordnungstabellen in der Anleitung nicht exakt angewandt wurden bzw. die Ausführungen dazu in der Anleitung interpretierungswürdig waren. Probleme traten auch zu Tage bei den Versicherten mit Wahlтарifen. Zum einen wurden die Zahlen manuell ermittelt und zum anderen traten Mehrfachzählungen von Versicherten wegen fehlender Schnittstellen bei der Ermittlung auf. Hier wäre auch eine Konkretisierung in der Anleitung wünschenswert.

Die Leistungsstatistik KG 5 erstellen die Krankenkassen erst seit einigen Jahren. Von daher war es besonders auffällig, dass sie eher geringe Anstrengungen in die Qualität der Fachkonzepte legten. Ganzheitliche Lösungen im Erstellungsprozess fanden sich nicht, sondern es wurden halbherzig teilautomatisierte Verfahren angewandt, um

die Leistungsstatistik zu bedienen. So traten in der Folge in der Leistungsfall- und Tagesstatistik deutliche Unplausibilitäten zwischen den zu meldenden Fällen und den genehmigten Anträgen sowie in der Antragsstatistik bei den erledigten Fällen aus dem Vorjahr und Unplausibilitäten zwischen neuen und erledigten Anträgen bzw. bei Fällen von Widerspruchs- und Klageverfahren auf. Die operativen Systeme der Krankenkassen sahen oftmals keine Speicherung des Antragsdatums einer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung vor und der Bearbeitungsverlauf konnte sich nicht genau darstellen lassen. Die Folge daraus waren ungenaue Ermittlungswerte. Mangels genauerer Ermittlungswege behelfen sich die Krankenkassen mit vereinfachten Rechenoperationen, welche die Realität nur ungenau wiedergaben.

Als Gesamtergebnis bleibt festzuhalten, dass die Krankenkassen und das zwischenzeitlich unterrichtete BMG die Prüfungen durchweg positiv aufnahmen und die Einbeziehung auch weiterer Statistikbereiche für sinnvoll erachten. Die ADV-AG und das Bundesversicherungsamt werden gemeinsam überlegen, welche weiteren Statistiken einer Prüfung zu unterziehen sind. Anbieten könnten sich die KM 6 (Familienangehörige) oder ausgewählte Pflegestatistiken.

Finanzen und Kassensicherheit - Allgemeine Prüferkenntnisse

Im Zuge des sich aus § 274 Abs. 1 SGB V ergebenden Auftrags zur Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung hat der Prüfdienst Krankenversicherung des Bundesversicherungsamtes im Prüf-

zeitraum 2011 bei einer Vielzahl der seiner Prüfständigkeit unterstehenden bundesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen das Verwaltungshandeln im Bereich des Haushalts-, Kassen- und Rechnungswesens sowie den gesamten Komplex der Vermögenswirtschaft betrachtet.

Wesentliche Grundlagen für alle Prüfungen zu diesem Themengebiet sind die aktuelle Jahresrechnung (KJ 1) und die jeweils letzte Vierteljahresstatistik (KV 45) über die Leistungsausgaben der Kassen. Unter Einsatz entsprechender Erfassungs- und Auswertungstools des PDK, die als Mindeststandards für eine einheitliche Erhebung der Datenbasis definiert wurden, geht es bei den Prüfungen stets darum, Auffälligkeiten zu entdecken und deren Hintergründe aufzuklären. Allerdings hat der im Zusammenhang mit den Erhebungen regelmäßig durchgeführte Vergleich der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds mit den tatsächlichen Leistungsausgaben bei der überwiegenden Anzahl der geprüften Kassen zu dem Ergebnis geführt, dass diese mit den Zuweisungen aus dem Fonds auskommen und die finanzielle Situation bzw. deren Entwicklung seit der Einführung des Gesundheitsfonds insgesamt positiv zu bewerten ist.

Die zunehmend bessere finanzielle Ausstattung der Kassen hat aber bisweilen zur Folge, dass sich die Träger in erheblich stärkerem Maße um die Verwaltung und Anlage ihrer liquiden Mittel kümmern müssen. Dabei geht es einerseits aufgrund gesetzlicher Vorgaben darum, Verluste auszuschließen; andererseits ist aber stets auch ein angemessener Ertrag zu erzielen und eine aus-

reichende Liquidität zu gewährleisten. In vielen Fällen haben die Prüfer beispielsweise anhand von Vergleichsberechnungen aufzeigen können, inwieweit bei einer zielgerichteten Beobachtung des Finanzmarktes Geldanlagen zu einer besseren Verzinsung der liquiden Mittel und damit zu einem - zum Teil auch durchaus erheblichen - finanziellen Nutzen für die Kasse geführt hätten. Kritische Anmerkungen und entsprechende Empfehlungen gab es zudem gegenüber einigen Kassen, die bei der Anlage ihrer Mittel auf eine ausreichende Streuung auf mehrere Institute und verschiedene Anlageformen verzichtet haben und damit ein vermeidbares „Klumpenrisiko“ eingegangen sind. In solchen Fällen ist der Prüfdienst stets darum bemüht, den Kassen Optimierungspotenziale aufzuzeigen und konkrete Handlungsempfehlungen darzulegen.

Verstärkt in den Blickpunkt gerückt ist im Prüfwahl 2011 auch die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, Rückstellungen für die Altersversorgung und etwaige Beihilfeansprüche ihrer Bediensteten zu bilden. Nachdem die seitens des Bundesversicherungsamtes hierzu erlassenen Durchführungsbestimmungen inzwischen in Kraft getreten sind, liegt das Hauptaugenmerk des Prüfdienstes darauf, welche Regelungen die Kassen hinsichtlich der Bildung von Rückstellungen getroffen haben und ob diese in ihrer Höhe durch finanzmathematische Gutachten bestätigt sind. Nicht unerheblich ist in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob und inwieweit die entsprechenden Leistungsverpflichtungen der einzelnen Kassen gegen die Gefahr einer Insolvenz gesichert sind. Zudem wird im Rahmen der Prüfungen darauf geachtet, ob

die Kassen diese Mittel auch tatsächlich so anlegen, dass sie nicht für andere Zwecke verwendet werden können.

Aufdeckung eines Unterschlagungsfalles

Durch die Einführung effizienter Kontrollsysteme und präventiver Maßnahmen konnten Fälle von Manipulationen und Unterschlagungen nach Einschätzung des PDK in den vergangenen Jahren erheblich reduziert werden.

Ungeachtet dessen wurde im Rahmen einer Prüfung ein Unterschlagungsfall aufgedeckt. Dabei stießen die Prüfer bei drei Bankkonten einer fusionierten Kasse auf unplausible Überweisungen. In einem Zeitraum von ca. zweieinhalb Jahren waren auf diese Konten an 43 verschiedene Empfänger (Versicherte) 70 Überweisungen mit einer Gesamtsumme von 202.807,84 € veranlasst worden. Die stichprobenhafte Überprüfung der dazu gehörenden Belege und ein Abgleich mit weiteren Überweisungsdaten ergab den Verdacht, dass die Überweisungen auf die drei Bankkonten durch Manipulation der im DV-System der Kasse hinterlegten Bankverbindungen der Versicherten erfolgt waren. Der vom Bundesversicherungsamt informierte Leiter des Bereichs Finanzen überprüfte den Vorgang und stellte dabei fest, dass eine Mitarbeiterin in einem Zeitraum von über acht Jahren insgesamt 213 unrechtmäßige Überweisungen auf zehn Bankkonten mit einer Gesamtsumme von 459.169,55 € veranlasst hatte.

Die Kasse hat der Mitarbeiterin sofort fristlos gekündigt und die Staatsanwaltschaft eingeschaltet. Auf Grund der Feststellun-

gen des Bundesversicherungsamtes hat die Kasse inzwischen organisatorische Maßnahmen ergriffen, um ihr Sicherheitskonzept zu verbessern.

Vor dem Hintergrund, dass es auch generell im Hinblick auf die Kassensicherheit und die Datenverarbeitung immer noch relativ häufig kritische Zugriffsberechtigungen und Funktionskennungen für Bedienstete der Kassen gibt, wird den Trägern in allen bedenklich erscheinenden Fallgestaltungen stets nachdrücklich empfohlen, fortlaufend Risikoanalysen durchzuführen und Unterschlagungsprophylaxe durch wirksame interne Kontrollsysteme (IKS) zu betreiben.

Allgemeine Verwaltung

Gelegentlich gehen Kassen bei ihren Verwaltungsausgaben sehr großzügig mit den ihnen anvertrauten Versichertenbeiträgen um. Der PDK stellt beispielsweise immer wieder fest, dass Kassen die Wertgrenzen für Werbegeschenke überschreiten. Die Aufsichtsbehörden der Gesetzlichen Krankenversicherung haben diese Grenze laufend angepasst. Für das Jahr 2011 wird ein Wert von 5,11 € je Mitglied als vertretbar angesehen. Die Ausgaben einiger Versicherungsträger lagen jedoch deutlich darüber.

Mitarbeiterfürsorge

Eine vom PDK geprüfte Kasse hat sich insbesondere die – kostspielige – Pflege der Betriebsgemeinschaft zum Anliegen gemacht.

So richtete sie in den letzten Jahren regelmäßig Betriebsfeste und Personalversammlungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit kostenträchtigen Bewirtungen aus.

Der PDK hat die Kasse darauf hingewiesen, dass interne Veranstaltungen wie Betriebs- und Personalversammlungen grundsätzlich nicht aus Repräsentations- und Bewirtungsmitteln bestritten werden dürfen. Sämtliche Sachverhalte wurden zur Prüfung möglicher Regressforderungen an die Aufsicht des Bundesversicherungsamtes weitergeleitet.

Auftragsvergabe

Ungewöhnliche Geschäftsbeziehungen einer Krankenkasse standen u.a. im Mittelpunkt einer anderen Prüfung.

Die Kasse hatte einen Meister der Informationstechnik und Elektrotechnik, der gleichzeitig als Arbeitgebervertreter dem Verwaltungsrat eben dieser Kasse angehörte, mit der Durchführung umfangreicher Sanierungsarbeiten in den Räumlichkeiten der Kasse beauftragt. Diese umfassten neben Arbeiten an der Elektro- und Informationstechnik auch Sanitär-, Maler- und Verputzarbeiten. Bei den ausgeführten Tätigkeiten handelt es sich um solche, die der Zulassungspflicht unterliegen und (im vorliegenden Fall) auch nicht technisch oder fachlich mit dem Leistungsangebot des Betriebsinhaber-Gewerbes zusammenhängen oder es wirtschaftlich ergänzen. Das Betreiben eines solchen stehenden Gewerbes ohne die erforderliche Zulassung stellt eine Ordnungswidrigkeit dar, die mit einer Geldbuße von bis zu 10.000,00 € geahndet werden kann. Die unerlaubte Handwerksausübung stellt zudem Schwarzarbeit i.S.d. Gesetzes zur Bekämpfung der Schwarzarbeit und illegalen Beschäftigung dar. Beide Vertragsparteien haben in einem Ordnungs-

widrigkeitsverfahren mit einem Bußgeld von bis zu 50.000,00 € zu rechnen. Der Aufforderung des PDK, Aufträge der genannten Art nur an qualifizierte und in der Handwerksrolle entsprechend eingetragene Handwerker zu vergeben, will die Kasse künftig nachkommen.

In einem weiteren Fall war die Kasse mit einem freiberuflich Tätigen ein Vertragsverhältnis über die Gewinnung von Neukunden eingegangen, das eine erfolgsunabhängige Vergütung beinhaltete und auf unbestimmte Zeit abgeschlossen worden war. Unter Würdigung dieser und aller weiteren Umstände bei der Beauftragung dieses „Freiberufers“ kam der PDK zu dem Schluss, dass es sich hier um eine abhängige Beschäftigung und damit um eine scheinselbstständige Tätigkeit i.S.d. §§ 7, 7a SGB IV handelte. Der Aufforderung des PDK, umgehend die arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Konsequenzen zu ziehen und das bisherige Vertragsverhältnis rückwirkend ab Beginn der Zusammenarbeit in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis mit allen rechtlichen Folgen umzuwandeln, wollte die Kasse aber nicht folgen, da nach ihrer Meinung keine Scheinselbstständigkeit vorläge. Der Fall wurde daher an die Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes zur weiteren Bearbeitung abgegeben.

Einsatz einer Detektei

Wie man Krankengeld „teuer“ einsparen kann, bewies die gleiche Kasse im Falle einer erkrankten Versicherten. Ein Arbeitgeber hatte die Kasse darauf hingewiesen, dass die von ihm entlassene, zu diesem Zeitpunkt bereits arbeitsunfähige Beschäf-

tigte „auch freiberuflich und während der Krankheit über die Firma [N.N.] weiterhin im Außendienst arbeitet und den Kundenkreis in B. betreut“. Die Kasse nahm dies zum Anlass, bereits drei Wochen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit eine Detektei mit der Observation ihrer Versicherten, zunächst für zwei Tage, zu beauftragen. Für diesen Auftrag stellte die Detektei der Kasse 5.753,29 € in Rechnung. Ein weiterer Auftrag zur Observation an drei aufeinander folgenden Kalendertagen kostete die Kasse weitere 4.966,47 €. Die Arbeitsunfähigkeit endete nach Aktenlage ca. drei Monate später, die Kasse verweigert bis dato die Krankengeldzahlung; das Verfahren ist vor dem Sozialgericht anhängig.

Schon die erste Beauftragung der Detektei war als grob unwirtschaftlich zu qualifizieren – ungeachtet des Umstands, dass die Kasse zunächst einmal die üblichen Maßnahmen wie z.B. die Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit hätte ergreifen können. Zum Zeitpunkt der Auftragserteilung war der Kasse die Höhe des täglichen Krankengeldes bereits bekannt. Es betrug brutto 12,83 €, zzgl. der auf sie entfallenden Beitragsanteile (2,13 € je Tag). Die Kasse versuchte mithin, einen „Krankengeldschaden“ von täglich 14,96 € zu vermeiden. Angesichts der bekannten Vertragspreise der Detektei musste sich die Kasse bereits bei dieser Auftragserteilung im Klaren sein, dass bei zweitägiger Beschattung der Zielperson deutlich mehr als 5.000 € an Kosten auf sie zukommen würden. Die weitere Beauftragung entbehrt unter diesem Aspekt damit ganz und gar jeglicher vernünftigen Überlegung und ist

als grob fahrlässig einzustufen. Insgesamt hat die Kasse „Beschattungskosten“ i.H.v. 10.719,76 € gezahlt, die einer ununterbrochenen Krankengeldzahlung für rd. 717 Tage entsprächen. Aufwand und Ziel stehen hier in einem krassen Missverhältnis. Die Kasse konnte sich der Beurteilung des PDK nicht anschließen, sodass der Vorgang an die Aufsicht abgegeben wurde.

Mietverträge

Dass Krankenkassen vielfach ungünstige Mietverträge abschließen, ist dem Bundesversicherungsamt seit langem bekannt. Auch der Prüfdienst Krankenversicherung stößt immer wieder auf Vertragsverhältnisse, die dem Gebot der Wirtschaftlichkeit des Verwaltungshandelns der Kassen widersprechen (siehe zuletzt auch die Bemerkungen im Tätigkeitsbericht 2008).

Die Feststellungen betreffen:

- überhöhte Mietzinsen
- Abwälzung von Umbau- und Renovierungskosten auf die Mieter
- Abschluss von langfristigen Mietverträgen auch angesichts bevorstehender Fusionen
- Anmietung von Büroflächen, die letztlich nicht oder nur in geringem Umfang genutzt werden.

Der jüngste vom PDK aufgegriffene Fall betraf eine Kasse, die für ihren Hauptverwaltungssitz hochwertige Büroflächen mit einer Größe von insgesamt 4.151,60 qm mit einer Laufzeit von zehn Jahren angemietet

hatte. Vor Ort wurde festgestellt, dass der überwiegende Teil des angemieteten Bürogebäudes leer steht. Von den laut Raumbelegungsplan ausgewiesenen und tatsächlich vorhandenen und eingerichteten 117 Arbeitsplätzen waren nur ca. 40 belegt. Eine nachträglich zusätzlich angemietete Etage mit einer Größe von 633 qm steht im Rohbau und unausgebaut leer, da eine weitere Nutzung nicht vorgesehen ist.

Die monatlichen Gesamtkosten für die Anmietung der Immobilie belaufen sich auf insgesamt 95.713,46 €. Für eine höherwertige Sonderausstattung waren einmalig 50.354,17 € an den Vermieter zu zahlen, für die Einrichtung der neuen Büroräume wurden ca. 47.500 € verausgabt.

Das Gesamtvolumen bei der 10-jährigen Bindungsfrist beträgt hochgerechnet ca. 13 Millionen €. Die Kasse ist inzwischen infolge einer Fusion in einer anderen Kasse aufgegangen.

Der PDK nimmt diese und andere Erkenntnisse zum Anlass, das Thema Mietverträge künftig schwerpunktmäßig und vertieft zu prüfen, um die Kassen auch vorbeugend beraten zu können.

Mitgliedschaft / Beiträge

Versicherungspflicht

Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich oder gar nicht krankenversichert waren, unterliegen seit 2007 der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Bei der Anwendung dieser

Vorschrift herrscht bei vielen Krankenkassen immer noch Unsicherheit. Gelegentlich nehmen Kassen Personen auf, die entweder nicht versicherungspflichtig sind (z.B. hauptberuflich Selbständige) oder ehemals privat versichert waren und damit nicht in den Anwendungsbereich dieser Vorschrift fallen.

Häufiger sind allerdings die Fälle, in denen die neu in den Kreis der versicherungspflichtigen Personen aufgenommenen potentiellen Mitglieder gegenüber der aufnehmenden Kasse keinerlei Angaben zu möglichen Vorversicherungen machen. Nach dem Amtsermittlungsgrundsatz hat die Kasse zwar die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu ermitteln. Die Ermittlungspflicht findet aber dort ihre Grenze, wo eine weitere Aufklärung des Sachverhalts ohne Mitwirkung des Betroffenen unmöglich ist. In diesen Fällen liegt die Beweislast bei der Kasse. Bei fehlender Mitwirkung des potentiellen Versicherten kann keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 unterstellt werden. Tut die Kasse dies dennoch, überschreitet sie die Grenzen der Amtsermittlungspflicht, mit der Folge, dass daraus resultierende Verwaltungsakte rechtswidrig sind. Der Krankenkasse bleibt danach nur die Möglichkeit, den potentiellen Versicherten nachweisbar über seine Mitwirkungspflichten und die bußgeldbewehrten Folgen fehlender Mitwirkung aufzuklären. Der PDK hat die betroffenen Kassen entsprechend beraten.

Beiträge freiwillig Versicherter

Die Beitragseinstufung freiwillig versicherter Mitglieder durch die Kassen gibt immer wieder Anlass für Prüfbemerkungen.

Eine Kasse versäumte es in einigen Fällen, bei freiwillig versicherten Selbständigen eine regelmäßige Überprüfung der Beitragsbemessung auf Basis der jeweils aktuellen Einkommensteuerbescheide vorzunehmen. Der PDK hat dazu grundsätzlich bemerkt, dass bei Selbstzahlern das festgestellte Arbeitseinkommen auf der Basis des Einkommensteuerbescheides solange gilt, bis ein neuer vorgelegt wird. Sofern und solange Nachweise auf Verlangen der Kasse jedoch nicht vorgelegt werden, ist eine Beitragsbemessung in Höhe des Betrags der Beitragsbemessungsgrenze sachgerecht, wenn solche Einkommensnachweise nach objektiver Betrachtung eigentlich vorliegen müssten. Zwar können in der Existenzgründungsphase bis zu drei Jahre vergehen, bis dem selbständig Tätigen ein Einkommensteuerbescheid vorliegt, danach werden die Bescheide jedoch in der Regel jährlich erstellt.

Insoweit ist die Kasse in der Pflicht, die Einkommen regelmäßig (jährlich) zu überprüfen und die entsprechenden Nachweise zu verlangen. Die Kasse sagte zu, die Beratung künftig zu beachten.

Die gleiche Kasse hatte in einigen Fällen bei freiwillig versicherten Selbstzahlern die Beitragseinstufung als einkommensschwache Selbständige (sog. „Härtefälle“) vorgenommen, obwohl die Absenkung der Beitragsbemessung aufgrund aktenkundi-

ger Tatsachen ohne weitere Prüfung auszuschließen gewesen wäre. Unterschreiten die Einnahmen hauptberuflich Selbständiger die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von z.Zt. 1.916,25 €, können diese Personen seit dem 1. April 2007 nach § 240 Abs. 4 Satz 3 SGB V eine Reduzierung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 240 Abs. 4 Satz 3 SGB V unter den vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Voraussetzungen beantragen. Der PDK hat die Kasse ausführlich insbesondere darüber beraten, welche Faktoren bei der Beurteilung, ob es sich um einen Fall des § 240 Abs. 4 Satz 3 SGB V handelt, maßgeblich sind und wann eine Beitragsbemessung auf Grund sozialer Härten ausgeschlossen ist. Die Kasse hat auch hier zugesagt, künftig die Empfehlungen zu beachten.

Beitragseinzug

Der ordnungsgemäße Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags der Arbeitgeber und der Sozialversicherungsbeiträge der sogenannten „Selbstzahler“ stellte einen Schwerpunkt der Prüfungen im Bereich Beiträge dar. Die örtlichen Erhebungen bei den Kassen und deren Dienstleistern dienten der Gewinnung von Erkenntnissen, ob und in welchem Umfang eine zeitnahe zwangsweise Beitreibung fälliger Beitragsforderungen sowohl gegenüber den zahlungspflichtigen Arbeitgebern als auch gegenüber freiwillig versicherten Mitgliedern sowie den versicherungspflichtigen Mitgliedern nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfolgt, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen hierfür vorliegen. Werden Vollstreckungsmaßnahmen nicht zeitnah durchgeführt, könnten Möglichkeiten zur Rea-

lisierung von Beitragsansprüchen bereits durch Vollstreckungsmaßnahmen anderer Gläubiger des Beitragsschuldners erschöpft oder zumindest gefährdet sein. Daher ist es dringend geboten, für eine unverzügliche Einleitung und konsequente Durchführung des Zwangsvollstreckungsverfahrens Sorge zu tragen, insbesondere im Hinblick auf das seit dem 1. Januar 1999 geltende Insolvenzrecht und den hiermit einhergehenden Wegfall von Vorrechten öffentlich-rechtlicher Forderungen im Insolvenzverfahren.

In einer breit angelegten Erhebung, an der sich (fast) alle Krankenversicherungsträger (außer den Ersatzkassen) beteiligten, hat der PDK Informationen über den jeweiligen Geschäftsprozess bei den Kassen im Verfahren der Vollstreckungs- und Insolvenzbearbeitung gesammelt. Darüber hinaus standen die Bearbeitungszeiten der Amtsgerichte und Hauptzollämter nach Erteilung eines Vollstreckungsauftrages durch die Kassen im Fokus des Interesses.

Die Auswertung der dem PDK übermittelten Daten erbrachte u.a. folgende Ergebnisse: Die Bearbeitungsdauer der Vollstreckungsaufträge wies deutliche Unterschiede zwischen den Amtsgerichten und den Hauptzollämtern auf. Dies betrifft sowohl die maximale als auch die durchschnittliche Bearbeitungsdauer. Vier Kassen (von insgesamt 78) meldeten maximale Bearbeitungszeiten von mehr als 50 Wochen bei den Amtsgerichten und zehn Kassen bei der Inanspruchnahme von Hauptzollämtern; Spitzenwerte waren hier 106 und 156 Wochen bei den Hauptzollämtern. Durchschnittliche Bearbeitungszeiten von mehr als 30 Wochen wurden bei einem Amtsge-

richt und bei sechs Hauptzollämtern gemeldet. Weniger als durchschnittlich zehn Wochen benötigten 39 Amtsgerichte, jedoch nur vier Hauptzollämter. Der PDK kann den betroffenen Krankenkassen nur raten, bei der Vollstreckung von Beitragsforderungen solche Hauptzollämter in Anspruch zu nehmen, bei denen die durchschnittlichen Bearbeitungszeiten nicht mehr als sechs Wochen pro Fall überschreiten.

Leistungen der Krankenversicherung

Kostenerstattung

Im Prüfgebiet Leistungen war das Thema „Kostenerstattung im Inland“ erneut auffällig (siehe hierzu auch ausführlich: Tätigkeitsbericht 2010). Die Prüffeststellungen des PDK betrafen wiederum nicht nur einzelne grundsätzlich nicht erstattungsfähige Leistungen, sondern auch Leistungen an Versicherte, die die Kostenerstattung entweder zuvor nicht gewählt oder im Rahmen der von ihnen gewählten Kostenerstattung nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen hatten. Bei einer Kasse konnte der PDK über einen Zeitraum von zwei Jahren über 200 Fälle von Kostenerstattungen bei Versicherten feststellen, die keine Kostenerstattung gewählt hatten.

Präventionsmaßnahmen

Zahlreiche Prüffeststellungen betrafen, wie schon in den Vorjahren (z.B. 2009), das Thema „Prävention und Selbsthilfe“. Einige Kassen erstatteten einzelnen Versicherten die Kosten für die Teilnahme an mehreren Präventionskursen mit gleichen Kursinhalten bzw. gleicher Zielrichtung während eines Kalenderjahres und dies über Jahre hin-

weg. Präventionskurse sollen allerdings nur eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ darstellen, also den Teilnehmer befähigen und motivieren, nach Abschluss der Maßnahme das erworbene Wissen bzw. die erworbenen Fertigkeiten/Übungen selbständig anzuwenden und fortzuführen sowie in den (beruflichen) Alltag zu integrieren. In erster Linie sollen die Kurse auf die Teilnehmer und deren Verhalten ausgerichtet sein und die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen. Die wiederholte Teilnahme an Kursen mit gleichen Inhalten in kurzen Zeitabständen bzw. die kontinuierliche Teilnahme über Jahre hinweg entspricht nicht den Zielsetzungen der Primärprävention und darf mithin nicht von den Krankenkassen finanziert werden.

Fahrtkosten

Eine Besonderheit bei der Prüfung der Fahrtkostenabrechnungen konnte der PDK in einem Einzelfall feststellen: Eine Versicherte hatte im Prüfzeitraum insgesamt 68 Notarzteinsätze in Anspruch genommen. Auf Hinweis des PDK reagierte die Kasse sofort, indem sie mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufnahm, um die Zahl notärztlicher Einsätze möglichst zu reduzieren.

Krankenhausabrechnungen (DRG)

Der PDK konnte auch in 2011 wieder zur Steigerung der Effizienz der Krankenhaus-Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen beitragen. Bei der Abrechnung von diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG = diagnosis related groups) wies der PDK einer Krankenkasse mögliche Einsparun-

gen und Rechnungskürzungen in Höhe von mehr als 1.100.000 € nach.

Vor allem bei der Verlegung von Patienten in ein anderes Krankenhaus deckten die Prüfungen Defizite auf. So ist von dem verlegenden bzw. aufnehmenden Krankenhaus ein Abschlag bei der Abrechnung vorzunehmen, wenn dort die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Krankenkassen haben es nicht beanstandet, wenn die Krankenhausträger die nach § 3 Abs. 1 und 2 der Fallpauschalenverordnung zu erhebenden Abschläge von der Vergütung nicht oder in zu geringem Maße vorgenommen haben.

Darüber hinaus hat der PDK bei den Fallzusammenführungen den von ihm geprüften Kassen erhebliche Einsparpotentiale aufgezeigt. Die Kassen hatten bei Rückverlegungen oder Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus die Falldaten der einzelnen Krankenhausaufenthalte nicht zu einem kostengünstigeren Gesamtfall zusammengefasst. Bei korrekter Berechnung hätten die Krankenhausträger nur eine erheblich niedrigere Vergütung in Rechnung stellen dürfen.

Neben der Fallprüfung standen 2011 auch die Geschäftsprozesse der Krankenhausabrechnungsprüfung der Kassen im Fokus. So ermittelte der PDK als Ursache für die von ihm festgestellten Mängel u.a. die fehlende Einbindung des Leistungsbereiches Krankenhaus in die Revisionspläne der Krankenkassen sowie unzureichende Controllingaktivitäten. Des Weiteren bestätigte die Analyse der Bearbeitungsdauer von Erst- und Widerspruchsgutachten der Medizinischen

Dienste der Krankenversicherung nach wie vor zu hohe Laufzeiten; in Einzelfällen beliefen sich diese auf bis zu 1.000 Tage.

Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung bietet nach wie vor ein breites Feld für Prüfanmerkungen des PDK. Nachdem in den vergangenen Jahren vor allem die Abgrenzungsproblematik zwischen der Krankenkasse und der Pflegekasse bei der Zuordnung von Pflegehilfsmitteln im Vordergrund stand, dürfte dieses Thema durch eine gesetzliche Neuregelung für die Zukunft entschärft worden sein. Die korrekte Durchführung der Rentenversicherung für Pflegepersonen bleibt weiterhin ein Thema, mit dem sich der PDK beschäftigt. Die nachfolgenden Beispiele für aktuelle Prüffeststellungen beziehen sich nicht auf Einzelfälle, sondern sind Gegenstand bei Prüfungen mehrerer Pflegekassen gewesen.

Erhöhter Beitragssatz

Nach § 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI erhöht sich der Beitragssatz in der Pflegeversicherung für kinderlose Mitglieder ab dem 23. Lebensjahr um 0,25 Beitragssatzpunkte. Der Beitragszuschlag ist nicht zu zahlen, wenn die Elterneigenschaft des Mitglieds nachgewiesen ist.

Bei mehreren Kassen ergaben gezielte Überprüfungen etliche Fälle, in denen Beiträge zur Pflegeversicherung ohne Berücksichtigung des Beitragszuschlags erhoben worden waren und eine Überprüfung der Elterneigenschaft nicht nachgewiesen werden konnte. Der PDK hat den Kassen empfohlen, die Erhebung des Beitragszuschla-

ges zur Pflegeversicherung bei fehlender Elterneigenschaft auf geeignete Weise sicherzustellen.

Begutachtung durch den MDK

Beim Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI) haben die Pflegekassen und der MDK den Antrag des Versicherten zu prüfen und – wenn die Voraussetzungen vorliegen – eine Pflegestufe festzulegen. Große Probleme bereitet vielen Pflegekassen die Einhaltung der in der Vorschrift vorgegebenen 5-Wochen-Frist zur Mitteilung der Entscheidung über den Antrag des Versicherten. Eine Auswertung aller seit Anfang 2009 vom PDK durchgeführten Prüfungen ergab, dass eine Vielzahl der Kassen die 5-Wochen-Frist deutlich – maximal um bis zu fünf Monate, im Schnitt um sechs Wochen – überschritten hatte. Ursächlich dafür waren neben zu langer Bearbeitungsdauer bei den Pflegekassen vor allem eine schleppende Bearbeitungsweise bei der Erstellung der Gutachten durch die Medizinischen Dienste.

Der PDK hat allen Kassen geraten, für eine zügige Begutachtung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben Sorge zu tragen.

Realisierung von Schadensersatzansprüchen

Nach Erkenntnissen des PDK verfolgen viele Pflegekassen Schadensersatzansprüche, die ihnen nach § 116 SGB X zustehen, nicht oder nur teilweise. Dabei verzichten sie auf Einnahmen, die teilweise fünfstelligen €-Beträge erreichen.

Ein Schadensersatzanspruch entstand bei einer Pflegekasse beispielsweise auf Grund eines nachgewiesenen ärztlichen Behandlungsfehlers, der beim Pflegebedürftigen zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und damit zur Einstufung in die nächsthöhere Pflegestufe führte. Die Kasse und der Versicherer einigten sich auf eine Kapitalisierung in Höhe von 7.500,00 € als Höherstufungsausgleich für drei Jahre. Bei genauer Berechnung hätte sich die Beitragsdifferenz über drei Jahre auf 20.160,00 € belaufen. Da es tatsächlich zu einem Leistungsbezug von sechs Jahren kam, kann die Abfindung nur als unwirtschaftlich bezeichnet werden.

Das Thema „Sturz im Pflegeheim“ ist ein weiteres Feld, dem sich viele Pflegekassen noch nicht in ausreichendem Maße widmen. Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen nach § 116 SGB X setzt das Vorliegen einer Pflichtverletzung und eines daraus resultierenden Schadens voraus, welches die Kasse darzulegen und zu beweisen hat (Beweislast). Die Durchsetzbarkeit von Regressansprüchen infolge von Sturzergebnissen in Pflegeheimen scheiterte in der Vergangenheit u.a. regelmäßig daran, dass der BGH eine generelle Beweislastumkehr in seinen Urteilen ablehnte. Die Position der Kassen hat sich inzwischen durch die BGH-Entscheidung vom 23.03.2010 verbessert, da mit dem höchstrichterlich bestätigten Anspruch auf Herausgabe der Pflegedokumentation die Prüfbarkeit von Pflegefehlern erleichtert worden ist.

8.5 Prüfungen nach § 274 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Dem Bundesversicherungsamt ist im Wege der Aufgabendelegation (§ 274 Abs. 1 Satz 3 SGB V) die turnusmäßige Prüfung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen übertragen. Im Berichtsjahr wurde eine Prüfung durchgeführt, deren Gegenstand u.a. Haushaltspläne, Kassen- und Rechnungsführung, Kassensicherheit sowie Reise- und Repräsentationskosten war.

Das Bundesversicherungsamt hat dabei insbesondere bemängelt, dass vorgeschriebene unterjährige Prüfungen der Kasse und der Buchhaltung nicht durchgeführt worden waren. Dies wurde damit begründet, dass bereits Prüfungen der Jahresrechnungen nach § 31 SVHV stattfänden. Da diese Prüfungen jedoch erst nach Jahresabschluss angesetzt werden, können diese die geforderten unterjährigen Prüfungen nicht ersetzen.

Bei der Prüfung hat das Bundesversicherungsamt darauf hingewiesen, dass Sonderhaushalte, mit welchen die Anstellung junger Akademiker finanziert werden sollen, einen Verstoß gegen wesentliche Haushaltsgrundsätze darstellen, da der Haushaltsplan alle Einnahmen und Ausgaben zu erfassen hat.

Die Verbände verfügen über erhebliche finanzielle Mittel. In einem Einzelfall wurden aus diesen Mitteln genehmigungspflichtige Darlehen an Dritte vergeben. Die Genehmigung der Aufsicht (Bundesministerium für Gesundheit) war hierfür nicht eingeholt worden.

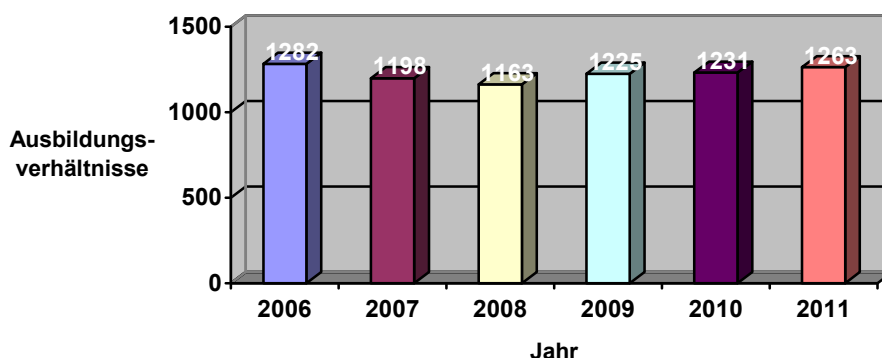
Positiv zu vermerken war, dass bei den Ausgaben für Bewirtung und Repräsentation durchweg nachvollzogen werden konnte, warum diese Ausgaben dem Grunde und der Höhe nach zu Lasten der Verbände gebucht worden waren.

9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ

9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ

9.1 Ausbildungsplatzsituation

Nach dem Einstellungstief im Jahr 2008 hält der positive Trend des Anstiegs der Zahl neu abgeschlossener Ausbildungsverträge bei den Sozialversicherungsträgern an. Obwohl die Träger für 2011 sogar einen Rückgang auf das 2008er Niveau angekündigt hatten, wurden mit 1.263 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen rund 2,6 Prozent mehr als im Vorjahr und damit rund 8,6 Prozent mehr als 2008 geschlossen.



Wie auch schon in den Vorjahren ist der Zuwachs ausschließlich auf die mit angehenden Sozialversicherungsfachangestellten geschlossenen Verträge (1.251, ein Plus von rund 3,4 Prozent) zurückzuführen. Hauptverantwortlich dafür sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die ein Plus von rund 21,5 Prozent (= + 23 Verträge) zu verzeichnen haben. Anteil daran haben aber auch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Plus von 18 Verträgen (= + 2 Prozent) und die Knappschaftliche Sozialversicherung mit plus 2,4 Prozent (= + drei Verträge). Die Träger der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung haben

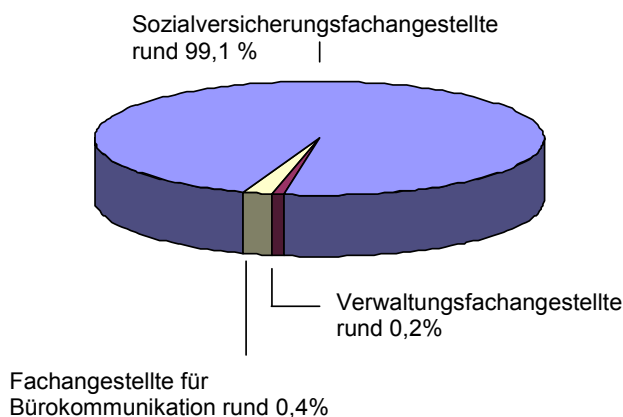
wie im Vorjahr sieben Ausbildungsverträge geschlossen. Nur in der Fachrichtung gesetzliche Rentenversicherung wurden weniger Verträge als im Vorjahr geschlossen (minus rund 3,9 Prozent).

Bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung verteilen sich die Neuverträge mit 531 auf die Ersatzkassen, mit 276 auf die Betriebskrankenkassen und mit 106 auf die Innungskrankenkassen.

Obwohl in den Berufen der Verwaltungsfachangestellten mit zwei und der Fachangestellten für Bürokommunikation mit fünf die gleiche Anzahl Verträge geschlossen wurde wie im Vorjahr, ist deren Anteil gemessen an der Gesamtzahl

neuer Ausbildungsverträge weiter rückläufig. Bei den Sozialversicherungsträgern werden sie nur noch von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung ausgebildet. Das Bundesversicherungsamt bildet in diesen Berufen ebenfalls in gleicher Anzahl wie im Vorjahr weiter aus, nämlich zwei Fachangestellte für Bürokommunikation (- 1) und drei Verwaltungsfachangestellte (+ 1).

Ausbildungsverhältnisse bei Sozialversicherungsträgern 2011 in der Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz¹



Am Stichtag 31.12.2011 betreute das Bundesversicherungsamt insgesamt 3.804 Ausbildungsverhältnisse der Einstellungsjahrgänge 2009 bis 2011 der in der Grafik dargestellten Berufe. Davon 3.724 zu Sozialversicherungsfachangestellten, 38 zu Verwaltungsfachangestellten, 41 zu Fachangestellten für Bürokommunikation und eines zum Fachangestellten für Medien und Informationsdienste. Das ist ein u. a. auch fusionsbedingter Zuwachs von gut 15 Prozent.

Von diesen Auszubildenden verfügten rund 72,5 Prozent über einen Hoch- oder Fachhochschulabschluss, rund 27,3 Prozent über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss. Der Anteil der Auszubildenden mit Hauptschulabschluss ist von vier auf sieben (zwei bei Kranken-, drei bei Unfallversicherungsträgern und zwei bei der landwirtschaftlichen Sozialversicherung) gestiegen.

¹ Nicht erfasst sind die Ausbildungsverhältnisse, die nicht in die alleinige Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes fallen, insbesondere die Ausbildungsverhältnisse zu Kaufleuten im Gesundheitswesen, für die eine mit den Industrie- und Handelskammern geteilte Zuständigkeit besteht.

9.2 Prüfungen

Im Jahr 2011 hat das Bundesversicherungsamt 2.583 Prüflinge und somit fast genauso viele wie im Vorjahr geprüft.

An 14 Zwischenprüfungen nahmen 1.109 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten, 13 zu Fachangestellten für Bürokommunikation und 27 angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 68 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 17 Abschlussprüfungen, bei denen 78 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 1.146 Prüflinge teil, darunter 22 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/r entfielen 1.114 Prüflinge, 24 auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte/r und acht auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte/r für Bürokommunikation. 1.121 Prüflinge bestanden die Prüfung (97,8 %). Unter den 1.114 Prüflingen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellte/r waren 27, die nach § 45 Absatz 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Von diesen kamen zwei von der Deutschen Rentenversicherung Bund und alle anderen von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin / zum Krankenkassenfachwirt nahmen 129 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen teil. 11 davon kamen von landesunmittelbaren Kassen und wurden vom Bundesversicherungsamt in Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die noch keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Fünf Prüfungsausschüsse waren im Einsatz, 114 Prüflinge bestanden

die Prüfung. Bei der Organisation wurde das Bundesversicherungsamt - wie auch im Jahr zuvor - von der „Geschäftsstelle für das Prüfungswesen bei BKK/IKK“ unterstützt.

Einmalig haben in diesem Jahr 53 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Rheinland-Pfalz und der Allgemeinen Ortskrankenkasse Nord-Ost für die Bundesländer Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern an der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin / zum Krankenkassenfachwirt teilgenommen. Zwei Prüfungsausschüsse wurden eigens für diese Prüflinge für ein Jahr berufen. Nur einer der Prüflinge hat die Prüfung nicht bestanden. Bei der Organisation wurde das Bundesversicherungsamt vom AOK-Bundesverband unterstützt.

Im Dezember 2011 wurde der schriftliche Teil der Fortbildungsprüfung zur Sozialversicherungsfachwirtin / zum Sozialversicherungsfachwirt für 48 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durchgeführt. Das Prüfungsverfahren kann jedoch erst im Jahr 2012 abgeschlossen werden.

Zudem hat das Bundesversicherungsamt 8 Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 106 Ausbilderinnen und Ausbilder - und damit etwas weniger als im Vorjahr - teilnahmen. 19 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 18 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften, 8 bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und 61 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Alle Prüfungsteilnehmer und -teilnehmerinnen bestanden die Prüfung.

Um die zum 1. Oktober 2010 für die Abschlussprüfungen zur/zum Sozialversicherungsfachangestellten neu berufenen Prüfer in die Lage zu versetzen, die Prüfung möglichst gut abzunehmen, sie zu motivieren und nicht zuletzt um ihnen die Zuversicht zu vermitteln, diese Aufgabe bewältigen zu können, hat das Bundesversicherungsamt im Frühjahr Prüferschulungen durchgeführt. In sechs zweitägigen Veranstaltungen wurden 90 neue Prüfer der Fachrichtungen allgemeine Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung und gesetzliche Unfallversicherung geschult. Die Schulungen zielten speziell darauf ab, die Prüfer zu befähigen, die mündliche Prüfung methodisch zweckgerecht und psychologisch geschickt durchzuführen sowie die erbrachten Leistungen korrekt und nachvollziehbar zu bewerten. In der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung wurden diese Schulungen erstmals mit einem kürzeren Part zur Bewertung schriftlicher Prüfungsleistungen kombiniert. Viele positive Rückmeldungen aus dem Kreis der Teilnehmer und nicht zuletzt eine ausgesprochen geringe Widerspruchsquote zeugen vom Erfolg dieser Veranstaltungen.

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

9.3 Überwachung und Beratung

Im Jahr 2011 hat das Bundesversicherungsamt als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz in 207 Veranstaltungen rund

2700 angehende Sozialversicherungsfachangestellte, Kaufleute im Gesundheitswesen, Verwaltungsfachangestellte, Fachinformatiker sowie Fachangestellte für Bürokommunikation beraten. Hierzu besuchte das Bundesversicherungsamt die Auszubildenden in Lehrgängen oder Geschäftsstellen bzw. Bezirksverwaltungen. Die meisten Beratungen wurden bei den Sozialversicherungsfachangestellten durchgeführt, davon rund 72 Prozent der Fachrichtung allgemeine Krankenversicherung. Der Ausbildungsberuf der Kauffrau / des Kaufmanns im Gesundheitswesen (KIG) kann sich offenbar weiter etablieren. Mittlerweile bilden alle Ersatzkrankenkassen in diesem Beruf aus. Das Bundesversicherungsamt hat hier allerdings neben den Industrie- und Handelskammern nur eingeschränkte Zuständigkeiten.

Die Ausbildung bei den Sozialversicherungsträgern zeigt weiterhin ein differenziertes Bild. In den Fachrichtungen Renten- und gesetzliche Unfallversicherung sowie der knappschaftlichen Sozialversicherung gab es keine nennenswerten Veränderungen. Die Ausbildung in diesen Fachrichtungen verläuft ruhig und kontinuierlich.

Anders sieht es wie in den Vorjahren bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Viele Kassen befinden sich noch immer in schwierigen Prozessen der Umstrukturierung und Neuausrichtung. Einige haben diese bereits abgeschlossen, andere beginnen erst damit. Die Stichworte sind bekannt: Rationalisierung, Nutzung von Synergieeffekten, Einsparungsdruck, Zentralisierung der Aufgaben, Fusionen und drohende Schließungen.

Die Auswirkungen dieser Veränderungsprozesse und insbesondere schwieriger wirtschaftlicher Situationen sind im Ausbildungsbereich deutlich spürbar, denn es wird dann auch an der Ausbildung gespart. Ausbilder und Ausbilderinnen werden oft mit ausbildungsfremden Arbeiten betraut und haben damit weniger Zeit für die Ausbildung; die Übernahmekancen verschlechtern sich, da eher Arbeitsplätze abgebaut werden. Die Überlastung von Ausbildern wirkt sich besonders fatal im Problemfall aus, wenn leistungsschwache Auszubildende eigentlich mehr Unterstützung bräuchten. Bei manchen Kassen werden Auszubildende vorzeitig zu Lasten der Ausbildung als (kostengünstige) Sachbearbeiter/innen eingesetzt. Das Bundesversicherungsamt hat bei seinen Ausbildungsberatungen in zahlreichen Gesprächen diese und vielfältige andere Probleme erörtert und konnte unterstützen, helfen und oft zwischen Ausbildern und Auszubildenden problemlösend vermitteln.

2011 mussten zwei Kassen und damit zwei Ausbildungsbetriebe schließen. Anerkennenswerterweise hatten die Verantwortlichen, nicht zuletzt auch auf Initiative des Bundesversicherungsamtes hin, vorgesorgt und sich rechtzeitig um die Vermittlung der Auszubildenden an andere Träger bemüht. Nach bisherigen Informationen konnten diese dort ihre Ausbildung ohne größere Schwierigkeiten fortsetzen. Gleichwohl fordert es angesichts unterschiedlicher Ausbildungskonzepte und -schwerpunkte von den Auszubildenden und auch den Ausbildern der „neuen“ Träger große Anstrengungen, die „Neuen“ mit oft unterschiedlichem Leistungs- und Ausbildungsstand zu integrieren.

Nachhaltige Auswirkungen auf die Ausbildung haben die fortschreitenden Veränderungen der Organisationsstrukturen einiger großer Krankenkassen. An die Stelle der früheren Geschäftsstellen mit umfassenden Zuständigkeiten und vielfältigen Arbeitsabläufen tritt eine zunehmende Unterteilung in Servicezentren mit dem Schwerpunkt Kundenberatung und hiervon teilweise auch räumlich getrennten „Back Office“- Bereichen; hier findet - teilweise zusammengefasst in Kompetenz- oder Fachzentren - die eigentliche Sachbearbeitung statt. Infolgedessen ist die Vermittlung aller fachpraktischen Inhalte - also das Üben und Trainieren der im Lehrgang erworbenen Kenntnisse - am Ausbildungsort selbst zunehmend nicht mehr vollständig möglich. Auch wenn die Ausbildung durch zusätzliche Hospitationen in maximal zwei von fünf oder sechs weiteren Fachgebieten „angereichert“ wird, bedeutet dies im Umkehrschluss, dass dann zwei bis drei wichtige Fachgebiete in der Arbeitspraxis möglicherweise nicht oder nur unzureichend vermittelt werden.

Als Zuständige Stelle sieht das Bundesversicherungsamt diese Entwicklungen mit Sorge. Es ist Aufgabe des Bundesversicherungsamtes, in Gesprächen mit Ausbildern, Fachlehrern und Geschäftsstellenleitern darauf zu drängen, dass die Vorgaben von Ausbildungsverordnung und -rahmenplan umgesetzt werden. Andererseits können jedoch die Veränderungen der organisatorischen und strukturellen Gegebenheiten in der Trägerlandschaft auch nicht ignoriert werden. Es ist bekannt, dass die Entsendung in Fachzentren oder zu Hospitationen in Geschäftsstellen hohe Kosten für Reise, Kost und Logis verursacht und Be-

lastungen für die Auszubildenden mit sich bringt. Unter bestimmten Bedingungen und mit einigen Maßgaben hat das Bundesversicherungsamt es deshalb akzeptiert, dass einige Träger aufgrund der Besonderheiten ihrer Organisationsstrukturen bisher noch vorgesehene Hospitationen reduzieren und von bisherigen Zielen wie der Erlangung von Fallbearbeitungsroutinen abgehen. In intensiven Gesprächen mit diesen Trägern konnte erreicht werden, dass deren Auszubildende mehr Einsätze und Hospitationen in Regional- und Kompetenz- bzw. Fachzentren durchführen als ursprünglich vorgesehen waren. Auch sollen die Auszubildenden, deren praktische Ausbildung überwiegend in den Servicezentren erfolgt, an der weiteren Bearbeitung von Vorgängen im „Back-Office“-Bereich mitwirken oder diese zumindest weiterverfolgen. Dies hält das Bundesversicherungsamt für unerlässlich, wenn die Praxisausbildung in zentralen Themenbereichen überwiegend im Rahmen von Kundenberatungsgesprächen erfolgt, da die Ausbildungsinhalte „Verwaltungshandeln und -verfahren“ durch ein gewisses Maß an praktischen Erfahrungen auch im Bereich der Sachbearbeitung und -entscheidung zu vermitteln sind. Gleichwohl heißt die Konsequenz für den Ausbildungsalltag dieser und vieler anderer Träger: Zwar werden alle Inhalte in der Theorie, in der Praxis aber nur zum Teil vermittelt.

Nach dem Eindruck des Bundesversicherungsamtes sind allerdings engagierte Bemühungen der Träger festzustellen und anzuerkennen, trotz der Einschränkungen auf andere Weise eine möglichst vollständige und planmäßige Praxisvermittlung sicherzustellen. Ob dies gelingt, wird zu beob-

achten sein. Die Ausbildungsberater werden diese Prozesse im Rahmen ihrer Möglichkeiten begleiten und bei Bedarf unterstützen.

Korrespondierend zu dieser Entwicklung zeigt sich bei einigen großen bundesweiten Krankenkassen auch eine Veränderung der beruflichen Anforderungen. Denn die Veränderung der Arbeitsstrukturen von der Allround-Geschäftsstelle „alter“ Art zu den Servicezentren einerseits und den Fach- oder Kompetenzzentren andererseits erfordert andere Typen von Mitarbeitern. In den Fach- bzw. Kompetenzzentren ist nicht mehr der „Allrounder“, der Generalist, gefragt, der alle Themenbereiche kennt, sondern der Spezialist, der einen Themenbereich perfekt beherrscht. Daher gibt es auch seit Jahren bei einigen Trägern die Tendenz, für diese Bereiche die Ausbildung von Sozialversicherungsfachangestellten mehr und mehr durch die Ausbildung von Kaufleuten im Gesundheitswesen (KIGs) zu ersetzen.

Die praktische Ausbildung der so spezialisierten KIGs wird häufig sehr stark an den Anforderungen dieses späteren Arbeitsgebiets ausgerichtet. Sie ist weniger aufwändig und kostengünstiger als die der Sozialversicherungsfachangestellten, weil weniger Inhalte vermittelt werden und bei einem Einsatz in oft nur einem Fach- oder Kompetenzzentrum weniger Fahrt- und Unterbringungskosten anfallen. Hinzu kommt aus Sicht der Träger der Vorteil, dass die KIGs sehr viel früher kostensparend in der Sachbearbeitung eingesetzt werden können. Im Vergleich zu den Sozialversicherungsfachangestellten lässt die Ausbildungsordnung der KIGs den Trägern nämlich mehr

Spielraum, zu entscheiden, mit welcher Intensität und Qualität der KIG bedarfsgerecht ausgebildet wird. Dabei wird die Überwachung durch die zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Industrie- und Handelskammern geteilte Zuständigkeit erschwert.

9.4 Begabtenförderung

2011 war das Jubiläumsjahr des Förderprogramms „Begabtenförderung berufliche Bildung“ der Bundesregierung. Seit nunmehr 20 Jahren werden jährlich bis zu 1 Prozent der Absolventen eines Ausbildungsjahres der dualen Ausbildung oder eines bundesgesetzlich geregelten Gesundheitsberufes dabei unterstützt, durch berufsbegleitende Weiterbildungsmaßnahmen zu Spitzenkräften in ihren Berufen zu werden und neue Berufsperspektiven zu entdecken. Junge begabte Fachkräfte sollen auf diesem Wege befähigt werden, die Innovationskraft des Landes zu stärken. Anlässlich der Jubiläumsveranstaltung wurde seitens der Bundesregierung die Bedeutung der Nachwuchsförderung für das Wohl unserer Gesellschaft hervorgehoben. Um dem Rechnung zu tragen, wurde die Gesamtfördersumme je Stipendiat von bisher 5.100 Euro auf 6.000 Euro (maximal 2.000 Euro pro Jahr) erhöht.

Von den Absolventen der Kammerberufe wurde das Förderprogramm schon immer sehr gut angenommen, wohingegen der öffentliche Dienst bis in die nahe Vergangenheit eher unterrepräsentiert war. Erst seit wenigen Jahren ist bei diesen Berufen eine Trendwende zu beobachten. Bei den bundesunmittelbaren Sozialversicherungs-

trägern sind es im Wesentlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenkassen, die sich zunehmend um eine Förderung bewerben. Wurde in den Vorjahren hauptsächlich die Förderung von allgemeinbildenden und Sprachkursen beantragt, sind es jetzt vermehrt nebenberufliche Studiengänge der Gesundheitsökonomie, die mit einem Bachelor abschließen.

Nachdem 2010 die Anzahl geeigneter Bewerberinnen und Bewerber bundesunmittelbarer Sozialversicherungsträger erstmals die Einprozentgrenze erreichte, wurde diese für 2011 bereits Anfang des Jahres deutlich überschritten. Mit Genehmigung der Stiftung Begabtenförderung durfte das Bundesversicherungsamt zwar ausnahmsweise rund 66,7 Prozent mehr Stipendiaten als vorgesehen aufnehmen. Ein Auswahlverfahren musste jedoch angesichts der großen Bewerberzahl gleichwohl durchgeführt werden. Wesentliches Auswahlkriterium war die bei der Abschlussprüfung erreichte Durchschnittspunktzahl.

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

10. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG

Ergebnisse der Laufbahnprüfungen

In zwei Laufbahnprüfungen wurden insgesamt 62 Verwaltungsinspektorenanwärter/-innen geprüft (49 von der Deutschen Rentenversicherung Bund, 13 von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, darunter vier, die das Bundesversicherungsamt dort ausbilden lässt).

Von 21 Teilnehmer/Teilnehmerinnen der Deutschen Rentenversicherung Bund an der Frühjahrsprüfung bestanden sieben die Prüfung nicht. Die Misserfolgsquote von 33,33 Prozent war damit deutlich höher als bei der vergleichbaren Frühjahrsprüfung im Jahr 2010 mit 20,59 Prozent bzw. gleich mit der Herbstprüfung in Höhe von 33,33 Prozent. Positiver als im Frühjahr gestaltete sich das Ergebnis der Anwärtnerinnen und Bewerber der Deutschen Rentenversicherung Bund bei der Herbstprüfung. Von 28 Prüflingen erreichten sechs (21,43 Prozent) das Ziel des Erwerbs der Laufbahnbefähigung nicht. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hat in der Herbstprüfung von 13 Prüflingen einer die Prüfung nicht bestanden, das entspricht 7,69 Prozent.

22 Prüflinge legten gegen die Prüfungsentscheidung Widerspruch ein. 17 nahmen ihn nach Einsichtnahme in ihre Prüfungsarbeiten zurück. 5 Widersprüche wurden als unzulässig bzw. als unbegründet zurückgewiesen.

Die positive Entwicklung des Jahres 2010 hat sich sowohl bei der Deutschen Rentenversicherung Bund als auch bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See fortgesetzt, indem die überwiegende Anzahl der Verwaltungsinspektorenanwärter/-Verwaltungsinspektorenanwärterinnen mit guten oder befriedigenden Prüfungsergebnissen als Beamtin oder Beamter auf Probe bzw. als Tarifbeschäftigte übernommen worden sind.

Durch die Übernahmepraxis der Rentenversicherungsträger war offensichtlich die Notwendigkeit der Prüflinge, gegen die Verwaltungsentscheidung vermehrt Widerspruch zu erheben, um ein für sie günstigeres Prüfungsergebnis zu erzielen, nicht so stark ausgeprägt.

Die Diplomarbeit - als erster schriftlicher Teil der Laufbahnprüfung 2011/I - wurde im Zeitraum vom 01.03.2010 - 01.07.2010 von 21 Studierenden der Deutschen Rentenversicherung Bund angefertigt. Im Rahmen der Herbstprüfung, also der Laufbahnprüfung 2011/II, fertigten 20 Studierende der DRV-Bund und 12 Studierende der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ihre Diplomarbeit an.

Das Prüfungsamt konnte alle vorgeschlagenen Themen genehmigen und folgte auch den Vorschlägen des Fachbereichs zur Bestimmung des Zweitkorrektors/Zweitkorrektorin.

Mithilfe einer entsprechenden Software wurden - wie im Jahre 2010 - alle Diplomarbeiten auf Plagiate überprüft. Dabei ergaben sich keine Beanstandungen.

Insgesamt hat sich auch weiterhin gezeigt, dass die Themen der Diplomarbeit auf einem wissenschaftlichen Niveau bearbeitet werden, wobei die sich aus § 31 Abs. 1 LAP-gntDSVV ergebenden Anforderungen erfüllt werden.

11. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

11. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

Seit 33 Jahren werden beim Bundesversicherungsamt Anträge auf Zahlung des Mutterschaftsgeldes nach § 13 Absatz 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG) in Höhe von maximal 210 Euro bearbeitet. Zuständig ist das Bundesversicherungsamt für Frauen, die zu Beginn ihrer Schutzfrist in einem Arbeitsverhältnis stehen und nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Ebenso erhalten diese Frauen den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Absatz 2 und 3 MuSchG vom Bundesversicherungsamt, wenn das Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach § 6 Absatz 1 MuSchG mit Zustimmung der jeweiligen Behörde einseitig durch Kündigung des Arbeitgebers beendet wurde oder der Arbeitgeber wegen eines Insolvenzereignisses i.S.v. § 183 Absatz 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch 3. Buch (SGB III) zahlungsunfähig ist.

Im Jahr 2011 gingen rd. 22.100 Anträge ein, rd. 75 % davon konnten bewilligt werden. Rund zwei Drittel aller Frauen, die Mutterschaftsgeld erhalten haben, waren geringfügig beschäftigt. Im Berichtsjahr beliefen sich die Ausgaben für Leistungen nach dem MuSchG auf rd. 3,4 Millionen Euro. Darin enthalten sind rd. 31.000 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung nach § 26 Absatz 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 347 Nr. 8 SGB III - für Frauen, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Ebenso enthalten sind Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Absatz 2 und 3 MuSchG i.H.v. rd. 21.000 Euro.

Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld hängt u. a. davon ab, ob die Anspruchstellerin wegen der Inanspruchnahme der Schutzfristen nach §§ 3 Absatz 2 und 6 Absatz 1 MuSchG einen Arbeitsentgeltausfall hinnehmen musste (§ 200 Absatz 1, 2. Alternative Reichsversicherungsordnung). Das Mutterschaftsgeld bezweckt nämlich, den Ausfall an Arbeitseinkommen zu kompensieren, den das Beschäftigungsverbot während der Schutzfristen verursacht (Lohnersatzfunktion). D. h., der Anspruch auf Arbeitsentgelt gegenüber dem Arbeitgeber muss von den jeweiligen Beschäftigungsverboten betroffen sein. Besteht dagegen zu Beginn und während des Verlaufs der Schutzfristen schon aus einem anderen Grund kein Anspruch auf Arbeitsentgelt, kann die Lohnersatzfunktion des Mutterschaftsgeldes nicht greifen, ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht insoweit dann nicht.

Relevant wird das in der nicht unerheblichen Zahl von Fällen, in denen sich die Antragstellerinnen zu Beginn der Schutzfristen bereits in Elternzeit für ihr zuvor geborenes Kind befinden. Erstreckt sich die Elternzeit der Mutter über den gesamten Zeitraum ihrer Schutzfristen für das weitere Kind und übt sie keine in der Elternzeit zulässige Teilzeitbeschäftigung aus, besteht bereits wegen dieser Elternzeit kein Anspruch auf Arbeitsentgelt, so dass die Beschäftigungsverbote für den Entgeltausfall nicht ursächlich sind. Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht dann nicht. Endet die Elternzeit jedoch während der aktuellen Schutzfristen für das weitere Kind, lebt das bis dahin ru-

hende Arbeitsverhältnis einschließlich des Anspruchs auf Arbeitsentgelt zu diesem Zeitpunkt (zunächst) wieder auf und wird nun von den Beschäftigungsverboten betroffen. D. h. der Anspruch auf Arbeitsentgelt entfällt nun wieder wegen der - wenn auch schon laufenden - Schutzfristen. Ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht dann für die Restlaufzeit der Beschäftigungsverbote.

Immer wieder kommt es vor, dass Mütter ihre über den Zeitraum der „neuen“ Schutzfristen hinaus vereinbarte Elternzeit mit Beginn dieser „neuen“ Schutzfristen beenden wollen, um diese und die damit evtl. verbundenen Mutterschaftsleistungen in Anspruch nehmen zu können. Zwar können Mütter in Elternzeit diese nach dem Bundeselterngeld und Elternzeitgesetz (BEEG) unter bestimmten Voraussetzungen vorzeitig beenden. Eine Beendigung der Elternzeit wegen der Schutzfristen ist jedoch bisher gemäß § 16 Absatz 3, Satz 3 BEEG ausdrücklich ausgeschlossen.

Mit der Frage, ob eine dem § 16 Absatz 3, Satz 3 BEEG entsprechende Regelung gegen den gemeinschaftsrechtlichen Gleichheitssatz verstößt, hatte sich nun der Europäische Gerichtshof (EuGH) zu befassen. Gegenstand des Verfahrens vor dem EuGH war die Klage einer Finnin, die die ursprünglich für ihr erstes Kind vereinbarte Elternzeit ihrem Arbeitgeber gegenüber mit dem Ziel, die Schutzfristen in Anspruch zu nehmen, beenden wollte. Sie vertrat die Ansicht, die Elternzeit diene der Erziehung des Kindes, für das sie in Anspruch genommen werde, also ihres ersten Kindes. Dem könne sie aber wegen der Schutzfristen für

ihr zweites Kind, auf deren Inanspruchnahme sie ein Recht habe, nicht genügen. Denn die Schutzfristen dienen u. a. dazu, sich auf die neue Situation infolge einer (zu erwartenden) Geburt physisch und psychisch einzustellen. Deshalb werde ihr Ehemann an ihrer Stelle die Elternzeit für das erste Kind weiter und sie die Schutzfristen für das zweite Kind in Anspruch nehmen. Andernfalls würden ihr zudem die gesetzlich vorgesehenen Mutterschaftsleistungen für das zweite Kind zu Unrecht entgehen. Dem Wunsch der Klägerin hatte ihr Arbeitgeber unter Berufung auf den geltenden Tarifvertrag und die finnische Rechtsprechung widersprochen. Hiergegen hatte die Finnin geklagt.

Das für die Entscheidung zuständige finnische Gericht legte die Sache dem EuGH zur Vorabentscheidung vor. Dieser gab der Klägerin unter dem Aktenzeichen C-116/06 Recht. Nach Ansicht des EuGH liegt ein Verstoß gegen Unionsrecht nämlich dann vor, soweit nationale Regelungen - wie z.B. auch die in § 16 Absatz 3, Satz 3 BEEG - eine vorzeitige Beendigung der Elternzeit mit dem Ziel, die Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz und die damit verbundenen Rechte in Anspruch nehmen zu können, nicht zulassen.

12. ANHANG

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.10	Anzahl 31.12.11
---------------------	--------------------	--------------------

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ¹

Ersatzkassen	6	6
---------------------	----------	----------

BARMER GEK
 Deutsche Angestellten-Krankenkasse
 KKH-Allianz
 hkk
 HEK - Hanseatische Krankenkasse
 Techniker Krankenkasse

Innungskrankenkassen	3	3
-----------------------------	----------	----------

IKK gesund plus
 BundesInnungskrankenkasse Gesundheit (BIG direkt gesund)
 IKK classic

¹ nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.10	Anzahl 31.12.11
Sonstige Krankenkassen	1	1
Knappschaft		
Landwirtschaftliche Krankenkassen	2	2
Krankenkasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland		
Betriebskrankenkassen	80	76
in Baden-Württemberg	13	11
in Bayern	9	9
in Berlin	1	1
in Brandenburg	-	-
in Bremen	2	2
in Hamburg	7	8
in Hessen	12	11
in Mecklenburg-Vorpommern	1	-
in Niedersachsen	9	9
in Nordrhein-Westfalen	20	19
in Rheinland-Pfalz	5	5
in Sachsen	1	1
in Sachsen-Anhalt	-	-
im Saarland	-	-
in Schleswig-Holstein	-	-
in Thüringen	-	-
Krankenversicherungsträger insgesamt	92	88

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.10	Anzahl 31.12.11
Träger der gesetzlichen Unfallversicherung		
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	13	9
Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie		
Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse		
Berufsgenossenschaft Holz und Metall		
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe		
Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft		
Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution		
Verwaltungs-Berufsgenossenschaft		
Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft		
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege		
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	2	2
Gartenbau-Berufsgenossenschaft		
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Mittel- und Ostdeutschland		
Sonstige Träger der Unfallversicherung	3	3
Eisenbahn-Unfallkasse		
Unfallkasse der Post und Telekom		
Unfallkasse des Bundes		
Unfallversicherungsträger insgesamt	18	15

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.10	Anzahl 31.12.11
Träger der gesetzlichen Rentenversicherung		
Träger der allgemeinen Rentenversicherung	1	1
Deutsche Rentenversicherung Bund		
Träger der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung	1	1
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See		
Rentenversicherungsträger insgesamt	2	2

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.10	Anzahl 31.12.11
Träger der Alterssicherung der Landwirte	2	2
Alterskasse für den Gartenbau Landwirtschaftliche Alterskasse Mittel- und Ostdeutschland		
Alterskassen insgesamt	2	2
Verbände	2	2
Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung Spitzenverband „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.“		
Verbände insgesamt	2	2
Arbeitsgemeinschaften	26	27
Verband der Ersatzkassen e.V. weitere Arbeitsgemeinschaften	1 25	1 26
Weitere Einrichtungen	4	4
Seemannskasse Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft Versorgungsträger Ernst-Abbé-Stiftung Künstlersozialkasse		
Weitere Einrichtungen insgesamt	4	4

VERSICHERUNGSTRÄGER	Anzahl 31.12.10	Anzahl 31.12.11
Zusammenstellung		
Krankenversicherungsträger	93	88
Unfallversicherungsträger	18	15
Rentenversicherungsträger	2	2
Alterskassen	2	2
Verbände	2	2
Weitere Einrichtungen	4	4
Arbeitsgemeinschaften	26	27
Insgesamt	147	140

Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn
Telefon: (0228) 619 - 0 · Fax: (0228) 619 - 1870
E-Mail: poststelle@bva.de · www.bva.de

Stand: August 2012

Präsident
Dr. Maximilian Gäbner
App. 1808
Fax: 1876
Vorzimmer App. 1807

Vizepräsidentin
Sylvia Bohlen-Schöning
App. 1810
Fax: 1847
Vorzimmer App. 1809

Innenrevision
RD'in Dusterdiek
RD'in Dr. Rachel
App. 1468

**Zentrale
Steuerung**
ROAR Seeger
App. 1816

**Referentin der
Amtsleitung**
RR'in Stennei
App. 1902

Pressesprecher
RD Schmidt, T.
App. 1945

**Ansprechperson für
Korruptionsprävention**
RD'in Dr. Rachel
App. 1468

**Beauftragter
für den Datenschutz**
RD Tscham
App. 1678

**Gleichstellungs-
beauftragte**
**ROAR'in
Stiren**
App. 1659, Fax: 1502

Abteilung Z Zentralabteilung APr Adolph * App. 1804 Fax: 1875 Vorzimmer App. 1802	Abteilung I Gemeinsame Angelegenheiten der Sozialversicherung LRD'in Dielenheis App. 1759 Fax: 1872 Vorzimmer App. 1755	Abteilung II Kranken- und Pflegeversicherung LRD Beckschäfer App.1670 Fax: 1866 Vorzimmer App. 1794	Abteilung III Unfallversicherung Alterssicherung der Landwirte LRD'in Ritter-Fischbach App. 1974 Fax: 1871 Vorzimmer App.1727	Abteilung IV Rentenversicherung Sozialversicherungsrecht APr'in Riedel App. 1768 Fax: 1873 Vorzimmer App. 1782	Abteilung V Finanzen und Vermögen der Sozialversicherungsträger LRD Hinken App. 1658 Fax: 1874 Vorzimmer App. 1797	Abteilung VI Berufliche Bildung in der Sozialversicherung Mutterschaftsgeldstelle DMP LRD'in Schreier-Vogl App. 1860 Fax: 1877 Vorzimmer App. 1993	Abteilung VII Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung APr Plohl App. 1607 Fax: 1867 Vorzimmer App. 1564	Abteilung K Prüfamt Krankenversicherung Landwirtschaftliche Sozialversicherung APr Dr. Markus App. 1539 Fax: 1878 Vorzimmer App. 1426
Referat Z 1 Personalmanagement RD Kreischer App. 1760	Referat I 1 Grundsatzfragen der Sozialversicherung Justizariat RD Popoff App. 1350	Referat II 1 Grundsatzfragen der Kranken- und Pflegeversicherung RD'in Rexroth App. 1559	Referat III 1 Grundsatzfragen, Geldanteile der gewerblichen Verwaltungs-Berufsgenossenschaft RD'in Meurer App. 1576	Referat IV 1 Grundsatzfragen der Rentenversicherung Kunststoffsicherstellung, Arbeitsprüfung RD'in Kirsch App. 1586	Referat V 1 Grundsatzfragen der Rentenwirtschaft Rechnungswesen RD Müller, R. App. 1818	Referat VI 1 Grundsatzfragen der beruflichen Bildung Berufsausbildungsstellen Mutterschaftsgeldstelle RD'in Kowalewski-Brüwer App. 1348	Referat VII 1 Finanzaufsicht in der Krankenversicherung ORR Otto App. 1651	Referat K 1 Steuerung der Prüfkapazitäten RD Strothmann App. 1438
Referat Z 2 Organisation, Personalentwicklung, Fortbildung N.N. App.	Referat I 2 Recht der Selbstverwaltung und der Aufsicht RD'in Kost App. 1643 RD'in Ridder App. 1556	Referat II 2 Aufsichtsangelegenheiten der Kranken- und Pflegekassen (Ersatzkassen Krankenkassen und Krankenzusatzkassen) RD Dr. Schmitz App. 1591	Referat III 2 Gewerbliche Berufsgenossenschaften ORR'in Warburg App. 1758	Referat IV 2 Allgemeine Rentenversicherung (ohne Deutsche Rentenversicherung Rechtsprechung) Bibid Winkler App. 1334	Referat V 2 Prüfung von Finanzen und Vermögen der Sozialversicherungsträger ORR'in Dr. Demme App. 1917 ORR'in Dr. Eggers App. 1786	Referat VI 2 Berufliche Bildung in der Sozialversicherung ORR'in Quetscher App. 1769	Referat VII 2 Risikostrukturausgleich RD Dr. Göpfarth App. 1680	Referat K 2 Steuerung der Prüfkapazitäten und -mittelstände TB Hilgendorf App. 1637
Referat Z 3 Haushalt Zentrale Vergabestelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit RD Schmidt, T. App.1945	Referat I 3 Personal- u. Verwaltungsangelegenheiten der Sozialversicherungsträger u. Verbände RD van Doorn App. 1753	Referat II 3 Organisations- und Satzungsangelegenheiten der Kranken- und Pflegekassen N.N. App.	Referat III 3 Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft, Unfallkassen, Landwirtschaftliche Berufs- genossenschaften, Krankenzusatzkassen, Ernst-Abbe-Stiftung LRD Nies App. 1676	Referat IV 3 Rehabilitation und Teilhabe Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Friedenreicht RD Mursch App. 1763	Referat V 3 Vermögenswirtschaft Baugenossenschaften RD Fritzen App. 1821	Referat VI 3 Grundsatzfragen und Zulassung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke - DMP RD Nolte App. 1422	Referat VII 3 Verwaltungsverfahren zur Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds RD Marschewski App. 1629	Referat K 3 Aufsichtliche Überwachung -> Prüfungen in Bremen, Hamburg, Niedersachsen (ohne Süd), Sachsen-Anhalt RD Kalina App. 1639 Fax: 0471 / 1307-12 Fax: 0471 / 1307-45
Referat Z 4 Innerer Dienst Legenschafts- und Fürsorgeangelegenheiten ROAR Sander App. 1646	Referat I 4 Datenverarbeitung u. Datenschutz einsch. Prüfung im Aufsichtsbereich; Datenschutz im BVA RD Tscham App. 1678	Referat II 4 Prüfung der Kranken- und Pflegekassen sowie Krankenzusatzkassen RD'in Greuel App. 1817	Referat III 4 Prüfung der Unfall- und sonstiger Sozialversicherungsträger RD Müller, H. App. 1785	Referat IV 4 Internationales Sozialversicherungsrecht RD'in Krombacher-Bachem App. 1789	Referat V 4 Finanzierung der Renten- und Unfallversicherung RD Romes App. 1634	Referat VI 4 Medizinische Grundsatzfragen Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke - DMP TB Dr. König App. 1314	Referat VII 4 Finanzierung der Pflegeversicherung RD Venturini App. 1466	Referat K 4 -> Prüfungen in Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen (ohne Niederrhein), Nordrhein-Westfalen, Landwirtschaftliche Sozialversicherung RD Rimpl App. 1631 Fax: 0691 / 67931-10 Fax: 0691 / 67931-15
Referat Z 5 Informationstechnik im BVA (IT-Management und Betrieb) N.N. App.	Referat I 5 Prüfung von Personal- u. Verwaltungsangelegenheiten im Aufsichtsbereich Abwicklung von Vermögensfragen der Sozialversicherung im Betriebsgebiet RD'in Odenthal App. 1988	Referat II 5 Vertragsangelegenheiten der Kranken- und Pflegekassen RD'in Domschelt App. 1803	Referat III 5 Prüfung der Rentenversicherungsträger ORR'in Dr. Veilmann App. 1764	Referat IV 5 Prüfung der Rentenversicherungsträger ORR'in Dr. Veilmann App. 1764	Referat V 5 Prüfungsausschuss für den gehobenen, nichttechnischen Dienst in der Sozialversicherung RD Lange App. 1947 (030) 236328-47 (Fax: 030/236328-44)	Referat VI 5 Zahlungsverkehr und Rechnungslegung im Gesundheitsfonds RD Pier App. 1752	Referat K 5 -> Prüfungen in Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen (ohne Niederrhein), Nordrhein-Westfalen (ohne Nord-Ost), Rheinland-Pfalz (Wiesl), Sachsen-Anhalt, Sachsen, Schleswig-Holstein RD Czudai App. 1639 Fax: 0693 / 3949-55	
* Beauftragter für den Haushalt (§ 9 BHO)	Referat I 6 Prüfung von Vergabeverfahren im Geschäftsbereich der Kommission zum Versorgungsunternehmensgesetz und Entschädigungsgesetz RD Schmidt, K. App. 1475	Referat II 6 Aufsichtsangelegenheiten der Kranken- und Pflegekassen (ohne Ersatzkassen und Krankenzusatzkassen) ORR'in Mähler App. 1765					Referat K 6 Aufsichtliche Überwachung -> Prüfungen in Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen (ohne Niederrhein), Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, teilweise Schleswig- Holstein und Niedersachsen RD'in Kamp App. 1639 Fax: 030 / 236328-11 Fax: 030 / 236328-18	
								Referat K 7 Aufsichtliche Überwachung -> Prüfungen in Baden-Württemberg, Bayern (ohne Unterfranken) RD Rapp App. 1641 Fax: 0841 / 96506-12 Fax: 0841 / 96506-30
								Referat K 8 Prüfungen des GKV-Satzungsverbandes und der kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 274 SGB V RD Christmann App. 1464

Legende:	 Aufgaben werden ihren Aufsässen des PDK zugeordnet.
-----------------	--

Personalvertretungen	
Gesamtpersonalrat Vorsitzender ROAR Rehberg App. 1593 / 0667 / 67831-25) Fax: 1823	Jugend- und Auszubildendenvertretung Herr Schlecht App. 1463

Voraussetzungen der schwerbehinderten Menschen	
TB Haas App. 1864	

**Vertrauensperson der
schwerbehinderten Menschen**
TB Haas
App. 1864

Personalvertretungen		
Gesamtpersonalrat Vorsitzender ROAR Rehberg App. 1893 (0661/67831-25) Fax: 1823	Ortlicher Personalrat RD Reis App. 1743	Jugend- und Auszubildendenvertretung Herr Schlecht App. 1463

Legende:
 Aufgaben werden den
Außenstellen des BfK
zugeschrieben

* Beauftragter für den Haushalt (§ 9 BHO)

