



Bundesversicherungsamt

Tätigkeitsbericht 2012



Herausgeber:

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



Vorwort

Zum 01. Januar 2012 wurden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie zur integrierten Versorgung beim Bundesversicherungsamt und den Landesaufsichten anzuzeigen. Nach einem etwas zögerlichen Start im ersten Halbjahr wurden dem Bundesversicherungsamt im Jahre 2012 allein 516 umfangreiche Verträge vorgelegt. In diesem Jahr werden es voraussichtlich circa 1350 Verträge sein. Insgesamt kann somit seit Einführung der Anzeigepflicht bis zum 31. Dezember 2013 von rund 2000 Vertragsanzeigen der Krankenkassen ausgegangen

werden. Trotz einer sehr großzügigen Prüfpraxis wurden umfangreiche Rechtsmängel festgestellt, die zu bereinigen waren. Dies erfolgte zumeist im Dialog mit den Krankenkassen, formelle Beanstandungen waren nur im Ausnahmefall notwendig. Eine Vielzahl von Rechtsmängeln hätten durch einen Blick ins Gesetz vermieden werden können.

Es bleibt jedoch genauso festzustellen, dass die gesetzlichen Regelungen der Selektivverträge überarbeitungsbedürftig sind. Auf der einen Seite fehlen rechtsstaatlich wünschenswerte gesetzliche Verpflichtungen zur Veröffentlichung der Verträge, soweit sie Rechte und Pflichten der Versicherten begründen, andererseits wäre eine Vereinheitlichung des Gesetzes bei den einzelnen Vertragstypen hinsichtlich der zugelassenen Vertragspartner der Krankenkassen, der Verpflichtung zur Ausschreibung, der Evaluation, der Teilnahmevoraussetzungen und -bindungen sowie der Bereinigung der Gesamtvergütung ein Beitrag zur Entbürokratisierung.

In der öffentlichen Diskussion war auf Grund der guten finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenkassen das Thema „Prämienzahlung“ sehr präsent. Hier hat sich das Bundesversicherungsamt nachdrücklich dafür eingesetzt, dass Krankenkassen, die mehr als das zulässige Maß an Rücklagen angehäuft haben, ihre Versicherten an den Überschüssen beteiligen.

Im Sinne der Versicherten ist das Bundesversicherungsamt auch im Jahre 2012 gegen Versuche einzelner Krankenkassen zur Risikoselektion bei der Werbung neuer Mitglieder erfolgreich eingeschritten.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurden dem Bundesversicherungsamt 2012 eine Reihe von weiteren, finanziell bedeutsamen Aufgaben übertragen, die eine Verbesserung der Versorgung der Pflegeversicherten bewirken.

In der gesetzlichen Unfallversicherung schreitet das Zusammenwachsen der bis 2011 fusionierten Träger voran, das vom Bundesversicherungsamt eng begleitet wird. So waren z.B. 2012 etliche neue Gefahrtarife zu genehmigen, die zum Teil erstmals für alle Bereiche der fusionierten Träger einheitlich galten. Auch die Konsolidierung der Verwaltungskosten ist auf den Weg gebracht. Hier sind aber noch weitere Anstrengungen notwendig, um die Fusionen auch wirtschaftlich zum Erfolg zu führen.

In der gesetzlichen Rentenversicherung war es für das Bundesversicherungsamt besonders wichtig in 2012 zu erreichen, dass der entstandene Bearbeitungsrückstand bei medizinischen Rehabilitationsanträgen durch den Rentenversicherungsträger abgebaut wurde. Nunmehr kann wieder zeitnah im Eingangsverfahren über Reha-Anträge entschieden werden.

Ein weiterer Schwerpunkt der Tätigkeit des Bundesversicherungsamtes war die Vorbereitung der Errichtung des neuen Bundeträgers für die landwirtschaftliche Sozialversicherung (SVLFG). Hier gelang es, den neuen Träger gut vorbereitet zum 01. Januar 2013 zu starten. Allerdings sind für das Zusammenwachsen der bisherigen Träger noch erhebliche Anstrengungen notwendig.

Intensive Erörterungen hat es auch bei Neufassung einer Anlagerichtlinie für die Träger der Rentenversicherung gegeben, damit diese die notwendigen und gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagen auf dem Kapitalmarkt sicher anlegen und gleichzeitig die Liquidität jederzeit gewährleistet ist. Zudem soll ein angemessener Ertrag erzielt werden. Diese Anlagerichtlinie dient auch als Vorbild für andere Sozialversicherungsträger, deren Anlagen das Bundesversicherungsamt ebenfalls prüft.

Wie in den Jahren zuvor war auch 2012 das Thema Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit des Handelns der Sozialversicherungsträger im Fokus des Bundesversicherungsamtes. Hier waren insbesondere das Vergaberecht, die Beteiligung von Sozialversicherungsträgern an privatrechtlichen Gesellschaften und unwirtschaftliche Mietverträge Anlass für aufsichtsrechtliches Einschreiten.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Bue', with a checkmark at the end.

Dr. Maximilian Gaßner
Präsident des Bundesversicherungsamtes

1. KRANKENVERSICHERUNG	9
1.1 Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung	11
1.2 Eingabenentwicklung	12
1.3 Aufsicht bei den Krankenkassen	12
1.4 Satzungs- und Organisationsrecht	26
1.5 Aus den Prüfreferaten	27
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
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	62

4.5	Aufsichtsprüfungen bei den Rentenversicherungsträgern	64
4.6	Aufsicht über die Künstlersozialkasse	69
4.7	Internationales Sozialversicherungsrecht	70
5.	LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG	77
6.	GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	85
6.1	Gerichtsverfahren / Statistik	87
6.2	Selbstverwaltung	88
6.3	Personal- und Dienstrecht	91
6.4	Allgemeines Aufsichtsrecht	92
6.5	Vermögenswirtschaft	96
7.	RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS	101
7.1	Allgemeines / Verfahren	103
7.2	Risikostrukturausgleich	104
7.2.1	Grundlagen	104
7.2.2	Monatliches Abschlagsverfahren 2012	105
7.2.3	Jahresausgleich 2011	105
7.2.4	Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich	106
7.2.5	Weiterentwicklung	107
7.3	Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds	108
7.4	Entwicklung der Beitragseinnahmen, Prüfungen	112
8.	PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG	115
8.1	Prüfstatistiken	117

8.2	Maschinelle Datenanalyse (MASDAT)	119
8.3	Aus der Arbeit der Prüfgruppen	119
8.3.1	Allgemeine Verwaltung	119
8.3.2	Mitgliedschaft/ Beiträge	123
8.3.3	Leistungen	126
8.3.4	Pflegeversicherung	128
8.3.5	Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung	131
8.3.6	Kassenärztliche Bundesvereinigungen und GKV-Spitzenverband	132
9.	ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ	135
9.1	Ausbildungsplatzsituation	137
9.2	Prüfungen	138
9.3	Überwachung und Beratung	139
9.4	Begabtenförderung	143
9.5	Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Fortbildungsabschluss Geprüfte/ r Sozialversicherungsfachwirt/ in in der Fachrichtung gesetzliche Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung nach § 53 Berufsbildungsgesetz	144
10.	PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTTECH- NISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG	147
11.	MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE	153
12.	ANHANG	157

1. KRANKENVERSICHERUNG

1. KRANKENVERSICHERUNG

1.1 Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung

Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen

Nachdem bereits im Jahr 2011 die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen überstiegen hatten, setzte sich diese Entwicklung auch im Jahr 2012 fort. Die gute konjunkturelle Situation in Verbindung mit einem beachtlichen Anstieg der Bruttolöhne, einer Ausweitung der Beschäftigung und ein moderater Anstieg der Leistungsausgaben sorgten erneut für sehr günstige ökonomische Rahmenbedingungen für die gesetzlichen Krankenkassen. Bis auf wenige Ausnahmen konnten diese die gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagen aufbauen.

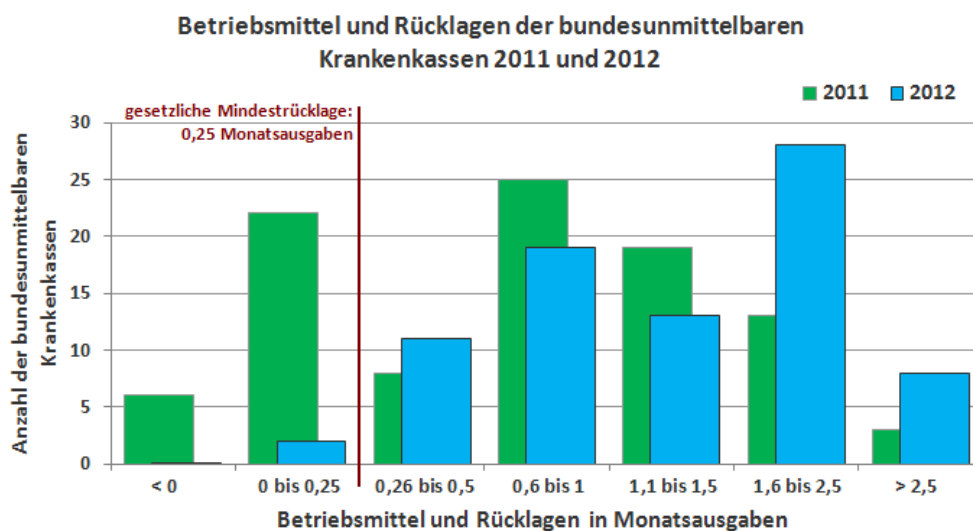
sen, weil die Höhe der Ausgaben die Höhe der Zuweisungen übertraf. Krankenkassen, die nicht über ausreichende Rücklagen verfügten, waren gezwungen, einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern zu erheben. Die nunmehr über zwei Jahre anhaltende günstige Entwicklung ermöglichte es im Laufe des Jahres 2012 sämtlichen bundesunmittelbaren Krankenkassen, auf die weitere Erhebung des Zusatzbeitrags zu verzichten. Zugleich stieg die Zahl der Krankenkassen, deren Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten. Zum Abbau überschüssiger Betriebsmittel hat der Gesetzgeber das Instrument der Prämienzahlung vorgesehen, welches mittlerweile von einer Reihe von Krankenkassen genutzt wird. Waren es in der Vergangenheit noch wenige kleinere Krankenkassen, die Prämien an die Versicherten zahlten, haben nun auch ei-

nige größere Krankenkassen entsprechende Beschlüsse gefasst.

Alternative zur Prämienzahlung?

Einige Krankenkassen haben ihre günstige Vermögenssituation dazu genutzt, zusätzliche

Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V einzuführen und Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V auszubauen. Die Verbesserung von Leistungen oder die Gewährung von Boni sind aller-



Quelle: KV45, 4. Quartal 2011 mit 91 und 2012 mit 81 bundesunmittelbaren Krankenkassen

Prämie statt Zusatzbeitrag

Noch im Jahr 2010 herrschten ungünstigere Rahmenbedingungen für die Krankenkassen,

dings keine Äquivalente zur Auszahlung einer Prämie. Satzungsleistungen dienen nicht dem Abbau überschüssigen Finanzvermögens, sondern müssen in ökonomischer Hinsicht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit genügen. Das vermehrte Angebot solcher Leistungen zeigt, dass die Krankenkassen den ihnen eröffneten wettbewerblichen Spielraum nutzen.

1.2 Eingabenentwicklung

	Gesamtzahl der Eingaben
KV	3.587

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

1.3 Aufsicht bei den Krankenkassen

Prüfung der Selektivverträge nach §§ 73c, 140a ff. SGB V

Seit dem 01. Januar 2012 sind die Krankenkassen gem. § 71 Abs. 4 und 5 SGB V verpflichtet, Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V und integrierte Versorgungsverträge nach §§ 140a ff. SGB V beim Bundesversicherungsamt und den (bis zu 16) Landesaufsichten anzuzeigen. Die Anzeigepflicht betrifft Verträge, die nach dem 01. Januar 2012 in Kraft treten oder angepasst werden.

Das Bundesversicherungsamt prüft die Wirtschaftlichkeit und Rechtmäßigkeit der Verträge im Zusammenwirken mit den Landesaufsichten, die zu den Verträgen Stellung nehmen können. Das Bundesversicherungsamt kann rechtswidrige Verträge innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden. Vorher ist das Benehmen mit den jeweili-

gen Landesaufsichten herzustellen. Einvernehmen über die rechtliche Bewertung zwischen der Bundesaufsicht und den Landesaufsichten muss nicht erzielt werden.

Rechtsfolge der Beanstandung ist die Suspendierung des Vertrages. Die Krankenkassen dürfen die Verträge nicht (mehr) umsetzen. Das Bundesversicherungsamt gibt den Krankenkassen regelmäßig vor einer Beanstandung Gelegenheit, rechtswidrige Vertragspassagen soweit wie möglich anzupassen und beanstandet nur, wenn ein Fehler nicht geheilt werden kann oder aber die Krankenkasse sich weigert, rechtswidrige Vertragspassagen anzupassen. Das Bundesversicherungsamt kann die Verträge auch mit allgemeinen Aufsichtsmitteln nach §§ 88 ff. SGB IV aufgreifen.

In der Aufsichtspraxis hat sich gezeigt, dass die Zweimonatsfrist zur Prüfung der Verträge deutlich zu kurz ist. Rückfragen bei den Krankenkassen zur Vertragsauslegung unterbrechen die Frist nicht, so dass im Falle einer Beanstandung die Frist zur qualifizierten Anhörung der Krankenkassen und der Herstellung des Benehmens mit den Landesaufsichten sehr kurz ist.

Die Krankenkassen kritisieren, dass es dem Bundesversicherungsamt aus Kapazitätsgründen nicht in allen Fällen zeitnah gelingt, beanstandete Verträge auch bei anderen Krankenkassen aufzugreifen, die den Vertrag entweder in rechtswidriger Weise nicht angezeigt oder aber vor der Einführung der Anzeigepflicht abgeschlossen haben. Auch wird teilweise eine unterschiedliche Aufsichtspraxis des Bundesversicherungsamtes und der Landesaufsichten kritisiert.

Das Bundesversicherungsamt stimmt sich u.a. auf regelmäßigen Aufsichtsbehörden-tagungen und Arbeitsgruppensitzungen mit den Landesaufsichten und dem Bundesministerium für Gesundheit in der rechtlichen Bewertung ab. Gleichwohl ist festzustellen, dass Verträge vom Bundesversicherungsamt und einzelnen Landesaufsichten unterschiedlich bewertet werden. Dies führt zu Wettbewerbsverwerfungen zwischen den Krankenkassen, die jedoch die Konsequenz der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland sind, während die sich bundesweit auswirkenden Folgen des Wettbewerbs der Krankenkassen und der meisten Leistungserbringer sowie Effizienzgesichtspunkte für eine bundesweit einheitliche Kassenaufsicht sprechen.

In 2012 sind dem Bundesversicherungsamt insgesamt 516 Verträge angezeigt und 17 Beanstandungen von ihm ausgesprochen worden. Die Zahl der Vertragsanzeigen steigt stetig, so dass in 2013 mit rund 1350 Anzeigen zu rechnen ist.

Gründe für eine Beanstandung von Verträgen sind insbesondere:

- die Einbindung von nicht zugelassenen Vertragspartnern (Privatkliniken, nicht zugelassene Ärzte u.a.),
- Teilnahmebeschränkungen wie Mindestversicherungszeiten, Altersbeschränkungen, regionale Begrenzungen des Versorgungsangebots,
- Fehlen eines integrativen Versorgungsansatzes (schlichte OP-Leistung ohne Einbindung eines weiteren Sektors),

- die Erhebung von „Selbstbehalten“ über die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen hinaus
- und der Verzicht auf Einschreibeverfahren und Mindestbindung bei Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Behandlung.

Mit vielen Verträgen zur integrierten Versorgung, insbesondere im Bereich der Praxisklinken, wird versucht, Regelungsdefizite auf der Ebene von Kollektivverträgen oder des Verordnungsgebers (z.B. §§ 115, 122 SGB V) auszugleichen. Dies gelingt oft nicht, da etwa eine Operationsleistung alleine keine integrierte Versorgung darstellt.

Bezogen auf die Wirtschaftlichkeit der Verträge stellt das Bundesversicherungsamt maßvolle Anforderungen. Bei Vertragsabschluss können und müssen die Krankenkassen nur Prognosezahlen liefern. Dies lässt das Bundesversicherungsamt regelmäßig ausreichen. Probleme bereitet den Krankenkassen aber offenbar insgesamt die Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung nach §§ 140d, 73c Abs. 6 SGB V. Hierauf weist auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (§ 142 SGB V) in seinem aktuellen Gutachten aus dem Juni 2012 hin.

Hausarztzentrierte Versorgung

Auch im Berichtsjahr 2012 war das Bundesversicherungsamt mit der Einsetzung von Schiedspersonen nach § 73b Abs. 4a SGB V beschäftigt. Die eingesetzten Schiedspersonen haben in vielen Regionen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung per Schiedsspruch festgesetzt. Zu den in der

Vergangenheit beanstandeten Verträgen haben die Schiedspersonen Vertragsanpassungen durch Änderungsvereinbarungen festgesetzt oder Ergänzungsschiedssprüche erlassen, da die Vertragspartner es in der Regel nicht geschafft haben, selbstständig und eigenverantwortlich eine Vertragsanpassung zu erarbeiten. Immer mehr Krankenkassen, insbesondere kleinere Betriebskrankenkassen, treten bestehenden Verträgen bei.

Das Bundesversicherungsamt prüft laufend Hausarztverträge im Zusammenwirken mit den jeweils betroffenen Landesaufsichten. Vertragsbeanstandungen mussten nach dem Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom April 2011 zur Sicherstellung der Refinanzierungsvorgaben des § 73b Abs. 5a und Abs. 8 SGB V (Grundsatz der Beitragssatzstabilität) nicht mehr ausgesprochen werden.

Nach wie vor erreichen das Bundesversicherungsamt Anträge auf Bestimmung einer Schiedsperson nach § 73b Abs. 4a SGB V, welche Anlass für die erneute aktuelle Quorumsprüfung sind. Bei dieser Prüfung wird vom Bundesversicherungsamt festgestellt, ob die antragstellende Gemeinschaft (z.B. Hausärzteverband) den notwendigen Organisationsgrad (Vertretung/ Mitgliedschaft mindestens der Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung) erfüllt.

Seit Ende 2012 ist das Bundesversicherungsamt schwerpunktmäßig mit der Sachstandserhebung hinsichtlich der flächendeckenden Umsetzung der Verträge beschäftigt, denn

die Regierungsfractionen hatten im Koalitionsvertrag 2009 vereinbart, nach drei Jahren festzustellen, wie viele Hausarztverträge geschlossen worden sind. Die Datenerhebung hierzu ist zwischenzeitlich erfolgt. Dabei ist zu erkennen, dass eine flächendeckende Versorgung mit Hausarztverträgen noch nicht erreicht ist. Hier bestehen in einzelnen Regionen datenschutzrechtliche Probleme bzw. fehlt es an einer Umsetzung der gesetzlichen Refinanzierungsklausel nach § 73b Abs. 5a SGB V. Die konkreten Auswertungsergebnisse bleiben zunächst abzuwarten und werden in das nächste Berichtsjahr einfließen.

Weitere Entwicklung bei der Behandlung der feuchten altersbedingten Makuladegeneration (AMD)

Eine wirkliche Entspannung bei den Problemen im Zusammenhang mit der Behandlung der AMD ist auch für das Berichtsjahr 2012 nicht zu verzeichnen.

Zwar haben die Beschwerden der Versicherten wegen der Begrenzung der Kostenerstattung auf die in Verträgen vereinbarten pauschalen Vergütungssätze abgenommen. Das Bundesversicherungsamt geht davon aus, dass die bundesunmittelbaren Krankenkassen das Rundschreiben des Bundesversicherungsamts vom 18. August 2010 mittlerweile überwiegend beachten.

Insgesamt ist die Situation aber weiterhin unbefriedigend. Eine Abrechnungsziffer für die Einbringung des Arzneimittels in das Auge mittels intravirealer Injektion existiert noch immer nicht. Es gibt zwar Hinweise, dass es eine Entscheidung des Bewertungs-

ausschusses bis Mitte 2013 geben könnte. Sicher ist dies aber keineswegs. Darüber hinaus bereitet die Entwicklung auf der selektivvertraglichen Ebene Sorge. Wie bereits im Vorjahr berichtet, sind die Krankenkassen verstärkt dazu übergegangen, Verträge mit Leistungserbringern zu schließen, die die Behandlung und Vergütung regeln. Diese Entwicklung hat sich weiter fortgesetzt. Das Bundesversicherungsamt beobachtet dabei kritisch, dass die Krankenkassen zunehmend versuchen, auch für weitere Augenerkrankungen (wie etwa choroidale Neovaskularisation infolge pathologischer Myopie, diabetisches Makulaödem, Makulaödem als Folge eines retinalen Venenverschlusses) den davon betroffenen Versicherten eine Behandlung (auch) mit für diese Erkrankungen (bisher) nicht zugelassenen Arzneimitteln zu eröffnen und den Einsatz solcher Arzneimittel und die Vergütung auf selektivvertraglicher Ebene zu regeln.

Bei Zugrundelegung der vom Bundessozialgericht für den Off-Label-Use aufgestellten Kriterien kommt grundsätzlich eine Kostenübernahme für Arzneimittel, die für bestimmte Erkrankungen nicht zugelassen sind, auf der Grundlage von Verträgen mit Leistungserbringern nur in Betracht, wenn es für diese Erkrankungsbilder kein zugelassenes Arzneimittel gibt oder das zugelassene aus medizinischen Gründen nicht zum Einsatz kommen kann. Deshalb kann das Bundesversicherungsamt Verträge, die dies nicht berücksichtigen, nicht tolerieren. Eine Rechtfertigung solcher Vereinbarungen ergibt sich für das Bundesversicherungsamt auch nicht aus Wirtschaftlichkeitsgründen. Ein im Wesentlichen wirtschaftlich motivierter zulassungsüberschreitender Einsatz

von Arzneimitteln birgt die Gefahr in sich, der Arzneimittel- und Patientensicherheit dienende Strukturen zu umgehen.

Obwohl die Verträge Rechte und Pflichten der Versicherten begründen, gestalten und einschränken, sind sie in der Praxis oft nicht für die Versicherten zugänglich. Das ist rechtstaatlich bedenklich, da die Versicherten ihre Ansprüche nicht nachvollziehen können und willkürliche Kassenentscheidungen ermöglicht werden.

Retaxierung von Betäubungsmittelrezepten

Im Berichtszeitraum sind Fälle von Retaxationen bei Betäubungsmittelrezepten durch einzelne Krankenkassen wegen Verstößen gegen Formvorschriften des Betäubungsmittelrechts aufgrund der Beschwerden von Apothekern sowie einschlägiger Medienberichte bekannt geworden.

Die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs des Apothekers gegenüber der Krankenkasse ergibt sich aus § 129 SGB V in Verbindung mit den hierzu bestehenden ergänzenden vertraglichen Vereinbarungen, insbesondere dem auf Bundesebene geltenden Rahmenvertrag sowie den ergänzenden Arzneilieferungsverträgen auf Landesebene. Sowohl nach dem Rahmenvertrag (§ 3) als auch nach den landesvertraglichen Regelungen kommt ein Vertrag nur durch die Annahme einer ordnungsgemäßen gültigen vertragsärztlichen Verordnung zustande.

In den Verträgen sind auch Vereinbarungen zu Retaxationen, d.h. auch für die Folgen bei Nichteinhaltung entsprechender Vorgaben bei der Abrechnung mit den Kranken-

kassen, getroffen worden, die ausdrücklich auch für Verordnungen von Betäubungsmitteln anwendbar sind. Die derzeit geltenden vertraglichen Regelungen lassen den Vergütungsanspruch bei Annahme einer nicht ordnungsgemäßen Verordnung in Gänze entfallen, Regelungen für eine teilweise Einschränkung des Vergütungsanspruchs wurden dagegen nicht getroffen.

Wann eine vertragsärztliche Verordnung in der Regel ordnungsgemäß ausgestellt ist, wird durch die Arzneilieferungsverträge auf Landesebene – beispielsweise durch den Arzneilieferungsvertrag für Nordrhein-Westfalen (ALV-NRW) – weiter konkretisiert. In § 4 Abs. 2 des ALV-NRW haben die Vertragspartner festgelegt, welche Angaben in der Verordnung hierfür erforderlich sind. Dabei berechtigt nicht jeder Fehler zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abrechnung; ebenso können Formfehler im Einzelfall geheilt werden (§ 4 Abs. 3 S. 1 und S. 2 des ALV-NRW).

Das Betäubungsmittelrecht sieht verbindliche Vorgaben für die Abgabe von Betäubungsmitteln vor und stellt dabei weitaus höhere Anforderungen an eine ordnungsgemäße Abgabe. Hierbei handelt es sich nicht um bloße Formalien, sondern um Vorgaben, die vor allem die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs sicherstellen sollen.

Die Anforderungen an die ordnungsgemäße Verordnung eines Betäubungsmittels sind in § 9 der Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, BtMVV) geregelt.

§ 9 BtMVV beschreibt die zwingenden Bestandteile eines Betäubungsmittelrezeptes. Hierzu gehören u.a.

- die Menge des verschriebenen Arzneimittels (Abs. 1 Nr. 4),
- der Vermerk „gemäß schriftlicher Anweisung“ bei schriftlichen Gebrauchsanweisungen an den Patienten (Abs. 1 Nr. 5),
- sowie neben Name und Adresse des verschreibenden Arztes auch dessen Telefonnummer (Abs. 1 Nr. 7).

Nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BtMVV dürfen Betäubungsmittel, bei deren Verschreibung § 9 BtMVV nicht beachtet wurde, nicht abgegeben werden. Eine Heilung von Formfehlern sieht die BtMVV nicht vor.

Die BtMVV eröffnet jedoch dem Apotheker, der die nicht ordnungsgemäße Verordnung erkennt, Korrekturmöglichkeiten. So sind bei Verschreibungen, die einen erkennbaren Irrtum enthalten, unleserlich sind oder den Vorschriften u.a. des § 9 Abs. 1 BtMVV nicht vollständig entsprechen, Apotheken nach § 12 Abs. 2 BtMVV berechtigt, nach Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt Änderungen vorzunehmen. Änderungen bei Name und Anschrift des Patienten sind ebenfalls möglich, wenn der Überbringer der Verschreibung die Angaben nachweist, glaubhaft versichert oder die Angaben anderweitig ersichtlich sind. Sind Änderungen nach Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt nicht möglich, kann in dringenden Fällen eine Abgabe dennoch erfolgen; der verschreibende Arzt ist unverzüglich zu benachrichtigen. Änderungen, Ergänzungen

und Rücksprachen sind sowohl durch den Abgebenden als auch durch den Verschreibenden auf der Verschreibung zu vermerken.

Durch die Möglichkeit der Apotheker, die Korrekturen vorzunehmen, kann eine Gefährdung der Versorgungssicherheit nicht eintreten. Beschwerden von Versicherten, die nicht adäquat versorgt wurden, lagen dem Bundesversicherungsamt zu keinem Zeitpunkt vor.

Zugunsten der Rechtssicherheit, sowie um zukünftig unverhältnismäßige Retaxationen in Einzelfällen zu vermeiden, hat das Bundesversicherungsamt den Vertragsparteien empfohlen, die bestehenden Regelungen aufgrund der aufgetretenen Streitfälle zu konkretisieren. Das Verfahren zur Retaxation wurde zwischenzeitlich umgestellt, die neue Regelung trat zum 01. März 2012 in Kraft.

Überschreitung des Werbemittelbudgets

Durch die Einführung des Kontos 7004 im Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, auf welchem die Aufwandsentschädigungen für externe Mitgliederwerbung zu buchen sind und welches für das Werbemittelbudget der einzelnen Krankenkassen nicht relevant ist, sind die Werbeausgaben zwar insgesamt zurückgegangen und die Anzahl der Krankenkassen, welche das Werbemittelbudget überschreiten, hat sich verringert. Insgesamt geben die Krankenkassen aber aufgrund des neuen Kontos für externe Werber deutlich mehr Geld für Werbemaßnahmen aus. Im Einzelfall werden hier 20 Euro pro Mitglied im Jahr erreicht.

Das Bundesversicherungsamt hat im Übrigen eine Reihe von Werbemaßnahmen aufsichtsrechtlich aufgegriffen, die sich die Krankenkassen rechtswidriger Weise von Dritten, insbesondere von privaten Versicherungsunternehmen bezahlen lassen, die mit den gesetzlichen Krankenkassen zur Vermittlung von Zusatzversicherungen kooperieren. Es wurden Fälle ermittelt, in denen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung die Kosten für Mailing-Aktionen oder die Porto- und Versandkosten rechtswidrig vollständig übernommen haben, obwohl es sich um Werbeaktionen der Krankenkassen gehandelt hat.

Beendigung von Kooperationen im Bereich der Auslandsreise-Krankenversicherung

Ein Schwerpunkt der Aufsichtstätigkeit lag in der begleitenden Abwicklung von unzulässigen Kooperationen im Bereich der Auslandsreise-Krankenversicherung. Denn einige Krankenkassen hatten allen ihren Versicherten einen ergänzenden privaten Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz über eine Kooperation mit einer privaten Versicherung kostenlos zur Verfügung gestellt. Das geltende Recht lässt dies jedoch nicht zu. Diese Auffassung wird von den Aufsichtsbehörden der Länder und dem Bundesministerium für Gesundheit geteilt. Das Bundesversicherungsamt forderte daher alle seiner Aufsicht unterliegenden Krankenkassen, die eine solche Kooperation eingegangen waren, zur Beendigung bis spätestens 31. Dezember 2012 auf.

Einige Krankenkassen waren gleichwohl nach wie vor der Meinung, dass ihre Kooperationen zulässig seien.

Die vorgebrachten Argumente überzeugten allerdings nicht. Versicherungsträger, die weiterhin an ihren Kooperationen festhielten, wurden aufsichtsrechtlich beraten und anschließend zur Beendigung ihrer Kooperationen verpflichtet. Diverse Verpflichtungsbescheide sind rechtshängig.

Auf die gesetzlichen Leistungsansprüche im Falle einer Auslandsbehandlung wirkt sich der Wegfall dieses ergänzenden privaten Auslandsreise-Krankenversicherungsschutzes nicht aus. Versicherte erhalten von ihrer Krankenkasse nach wie vor für das vertragliche Ausland (EU, EWR, Schweiz, Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei, Tunesien) eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) bzw. die maßgeblichen Anspruchsbescheinigungen. Mit diesen Dokumenten können während eines Auslandsaufenthaltes akutmedizinische Leistungen über das ausländische gesetzliche Krankenversicherungssystem beansprucht werden.

Verschiedene Gründe können dazu führen, dass Versicherte im vertraglichen Ausland dennoch für eine medizinisch notwendige Behandlung Kosten privat verauslagen müssen, die von ihrer Krankenkasse regelmäßig nur zu einem Teil erstattet werden. Eine Kostenerstattung für Behandlungen im vertragslosen Ausland (u.a. USA, Australien) ist gesetzlich ausgeschlossen.

Um dieses (Rest-) Kostenrisiko abzusichern sowie für einen erforderlichen Rücktransport nach Deutschland können Versicherte eine zusätzliche private Auslandsreise-Krankenversicherung abschließen. Viele Krankenkassen vermitteln inzwischen

einen kostengünstigen umfassenden Auslandskrankenversicherungsschutz privater Krankenversicherer.

Risikoselektion bei der Anwerbung von Versicherten

Das Bundesversicherungsamt verfolgt seit längerem die systematische Werbung allein um gesunde und einkommensstarke Versicherte. Eine Reihe von Krankenkassen hat mit ihrem Vertrieb sog. „Zielgruppenvereinbarungen“ mit dem Ziel abgeschlossen, vorrangig einkommensstarke und gesunde Versicherte zu akquirieren. Oft zahlen die Krankenkassen ihrem Vertrieb keine Prämien für das Werben von einkommensschwachen oder kranken Versicherten oder verlangen Prämien zurück, wenn die Neumitglieder höhere Krankheitskosten verursachen als erwartet. Hierdurch verstoßen die Krankenkassen gegen das Diskriminierungsverbot und das in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachtende Solidaritätsprinzip.

Sobald die Krankenkasse im Vertrieb mit einem potentiellen Neumitglied in konkreten Kontakt tritt, ist sie verpflichtet, alle Bevölkerungsgruppen gleich zu behandeln und das Solidaritätsprinzip zu beachten. Zielgruppenvereinbarungen der Krankenkassen mit dem Vertrieb, unabhängig ob intern oder extern, wonach keine oder niedrigere Prämien für bestimmte Personengruppen gezahlt werden, sind daher rechtswidrig. Jede Differenzierung bei der Gewährung von Aufwandsentschädigungen für neue Mitglieder nach Einkommen oder sozialem Stand ist somit unzulässig. Auch die Verpflichtung zur Rückzahlung

von Aufwandsentschädigungen, wenn das Neumitglied innerhalb eines Jahres wieder kündigt (sog. Stornohaftung), ist rechtswidrig. Hierdurch werden ebenfalls bestimmte Personenkreise wie z.B. Saisonarbeiter und unständig Beschäftigte diskriminiert. Das Bundesversicherungsamt prüft daher die Vertriebsvereinbarungen der Krankenkassen, um ein rechtmäßiges Handeln der Versicherungsträger sicherzustellen.

Eine betroffene Krankenkasse hat zwischenzeitlich ihre Regelungen mit dem Vertrieb dergestalt angepasst, dass eine Orientierung am Gesundheitszustand und den Krankheitskosten bei der Vertriebstätigkeit unterbunden wird. Weiterhin besteht die Krankenkasse aber auf einer Orientierung des Vertriebs am Einkommen der Versicherten und weigert sich, Aufwandsentschädigungen an den Vertrieb für erwerbslose Versicherte oder Saisonarbeiter zu zahlen. Die Krankenkasse argumentiert, dass sie aufgrund der Systematik des Risikostrukturausgleichs (RSA) gezwungen sei, sich im Vertrieb auf einkommensstarke Mitglieder zu konzentrieren, weil die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht zur Deckung der Ausgaben für kranke Versicherte ausreichen.

Die Bundesregierung ist dieser Argumentation in ihrer Antwort vom 12. Dezember 2012 auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke entgegengetreten und hat den Vorwurf zurückgewiesen, der Morbi-RSA sei Ursache für die stattfindende Risikoselektion. Ausdrücklich festgehalten hat die Bundesregierung, dass Zielgruppenvereinbarungen mit dem Vertrieb, wonach keine oder niedrigere Prämien für Mitglieder mit

einem niedrigeren Einkommen oder hohen Leistungsausgaben gezahlt werden, unzulässig sind.

Risikoselektion durch Herausdrängen von älteren oder kranken Versicherten

Dem Bundesversicherungsamt ist im Berichtszeitraum bekannt geworden, dass Mitarbeiter einer Krankenkasse in unzulässiger Art und Weise telefonisch Einfluss auf Versicherte (insbesondere behinderte und chronisch kranke Menschen) genommen haben, um diese zur Kündigung ihrer Mitgliedschaft zu bewegen. Dieser Sachverhalt hat auch ein erhebliches Medienecho ausgelöst.

Die dargestellte Verfahrensweise verstößt gegen grundlegende Prinzipien des Sozialgesetzbuches und wird der Verantwortung der gesetzlichen Krankenkassen gerade auch bei der medizinischen Versorgung von behinderten und chronisch kranken Menschen nicht gerecht. Dementsprechend hat das Bundesversicherungsamt unverzüglich aufsichtsrechtliche Maßnahmen zur Klärung und Beendigung des Rechtsverstoßes ergriffen.

Die Ermittlungen haben ergeben, dass es sich nicht um ein großmaßstäbliches Vorgehen der Krankenkasse gehandelt hat. Vielmehr hat nur eine sehr geringe Zahl von Mitarbeitern der Krankenkasse während eines kurzen Zeitraums die beanstandete Telefonaktion durchgeführt.

Die Krankenkasse hat die Angelegenheit aufgeklärt und umfangreiche Maßnahmen zur Abhilfe ergriffen. Insbesondere wurden geeignete Organisationsänderungen eingeleitet, um vergleichbare Vorkommnis-

se zukünftig zu vermeiden. Beispielsweise wurde die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit einem Ombudsmann für Mitarbeiter und Versicherte eingerichtet. Ferner werden umfangreiche Konzepte zur Optimierung des Datenschutzes unter Einbindung des Datenschutzbeauftragten der Krankenkasse entwickelt und umgesetzt. Das Bundesversicherungsamt wird diese Organisationsänderungen begleiten, um ein gesetzeskonformes Verhalten des Versicherungsträgers zukünftig sicherzustellen.

Im Übrigen geht das Bundesversicherungsamt davon aus, dass es sich bei der Angelegenheit um einen Einzelfall im System der Gesetzlichen Krankenversicherung gehandelt hat. Es liegen keinerlei Erkenntnisse aus dem Aufsichtsbereich darüber vor, dass Krankenkassen systematisch die Mitgliedschaftsrechte ihrer Versicherten beeinträchtigen würden.

Datenerhebungen der Krankenkassen mittels Selbstauskunftsbogen oder telefonischer Kontaktaufnahme bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten

Im Berichtsjahr wurden verstärkt Vorwürfe gegenüber Krankenkassen erhoben, diese würden im Falle der Arbeitsunfähigkeit von Versicherten in unzulässiger Weise Daten erheben. Insbesondere die Abfrage von Einzelheiten aus dem persönlichen oder krankheitsbedingten Bereich, deren Notwendigkeit sich nicht offensichtlich erschließt, standen in der Kritik.

Das Bundesversicherungsamt hat die Datenerhebung der Krankenkassen mittels Verwendung von Selbstauskunftsbogen oder

auch telefonischer Kontaktaufnahme mit dem Versicherten stets kritisch betrachtet und in der Vergangenheit sowie auch im Berichtsjahr bei entsprechenden Beschwerden beanstandet, wenn hierfür Anlass bestand.

Um unabhängig von einzelnen Beschwerden Betroffener einen verlässlichen Überblick zu erhalten, welche Fragen von den Krankenkassen unseres Aufsichtsbereichs im Zusammenhang mit der leistungsrechtlichen Prüfung von Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldbezug tatsächlich gestellt werden, hat das Bundesversicherungsamt die unter seiner Aufsicht stehenden Krankenkassen aufgefordert, die verwendeten Fragebogen zu übermitteln. Aufgrund des umfangreichen Materials dauern Auswertung, rechtliche Bewertung sowie Abstimmung mit den zuständigen Stellen noch an. Die Ergebnisse bleiben abzuwarten und werden in den Bericht des nächsten Jahres einfließen.

Datenerhebung im Rahmen der Wahlerklärung nach § 175 SGB V

Das Bundesversicherungsamt hat wiederholt festgestellt, dass einzelne Krankenkassen den Grundsatz der Erforderlichkeit der Datenerhebung bei der Gestaltung ihrer Formulare zur Ausübung des Krankenkassenwahlrechts (Wahlerklärung nach § 175 SGB V) nicht ausreichend beachtet haben.

Den Anlass zur Prüfung gaben Beschwerden potentieller Mitglieder über die Abfrage von Daten, z.B. nach dem Gesundheitszustand oder nach dem Leistungsbezug, die für die Herstellung einer Mitgliedschaft nicht erforderlich sind bzw. waren. Solche

Abfragen erweckten bei den beitrittswilligen Mitgliedern vielfach den Anschein einer Risikoselektion.

Das Bundesversicherungsamt hat diese Fälle frühzeitig aufgegriffen und in Abstimmung mit den für die datenschutzrechtliche Beurteilung zuständigen Stellen darauf hingewiesen, dass zwischen der Begründung der Mitgliedschaft bzw. der Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V) einerseits und der Erbringung von Leistungen (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) andererseits in sachlicher und in zeitlicher Hinsicht zu differenzieren ist; insbesondere dürften Daten zum Leistungsbezug lediglich außerhalb der Wahlerklärung und zeitlich später erfragt werden.

Die Häufung der Fälle sowie fortgesetzte Rechtfertigungsversuche der Träger unter Berufung auf die von weiteren Krankenkassen verwendeten Vordrucke bewogen das Bundesversicherungsamt, an das Bundesministerium für Gesundheit heranzutreten, um eine einheitliche Lösung im wettbewerbsrelevanten Umfeld anzuregen. Im Anschluss an die gemeinsame Erörterung von Bundesministerium für Gesundheit, Bundesversicherungsamt und GKV-Spitzenverband hat das Bundesministerium für Gesundheit den GKV-Spitzenverband so dann um eine entsprechende Klarstellung gebeten.

Am 26. Oktober 2012 veröffentlichte der GKV-Spitzenverband das vom Bundesversicherungsamt auf Basis der gemeinsamen Abstimmung vollinhaltlich unterstützte Rundschreiben zur „Datenerhebung im Rahmen der Wahlerklärung nach § 175

SGB V“. Dieses mahnt alle gesetzlichen Krankenkassen, bei der Gestaltung der Formulare zur Datenerhebung bei Anbahnung der Mitgliedschaft sicherzustellen, dass Angaben, die den Tatbestand der Erforderlichkeit nach § 284 SGB V nicht erfüllen, nicht erhoben werden. Unter beispielhafter Anführung von Fragen zur Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen, zum Krankengeldbezug und zur Wehrdienstbeschädigung wird klargestellt, dass Angaben zur Prüfung der Leistungspflicht sowie die zur Erbringung von Leistungen erforderlichen Angaben (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) nur außerhalb des Formulars zur Wahlerklärung nach § 175 SGB V und zeitlich später ermittelt werden dürfen. Zudem wird der Umfang der nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 3 SGB V zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft und der zur Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge erforderlichen Daten konkretisiert.

Auf dieses Rundschreiben gestützt hat das Bundesversicherungsamt in den noch offenen Fällen auf eine datenschutzkonforme Gestaltung der Vordrucke für die Wahlerklärung abschließend hingewirkt.

Kooperation einer Krankenkasse mit einem Verein von „Abtreibungsgegnern“

Gegenstand von Medienberichten war auch die vom Bundesversicherungsamt aufgegriffene Kooperation einer Krankenkasse mit einem Verein, der sich aktiv gegen Schwangerschaftsabbrüche einsetzt. Der Geschäftsführer des Vereins war gleichzeitig ein Verwaltungsratsmitglied der Krankenkasse. Die über den Verein neu ge-

worbenen Mitglieder haben eine exklusive Versichertenkarte mit dem Aufdruck „Gesetzlich krankenversichert mit Verzicht auf Abtreibung“ erhalten und wurden in einer eigens für diese Neumitglieder geführten „Verwaltungsstelle“ betreut. Der Kooperationspartner wirbt auf seiner Internetseite damit, dass er „eine gesetzliche Krankenversicherungslösung, die menschliches Leben schützt“, anbietet.

Auf Einschreiten des Bundesversicherungsamtes hat die Krankenkasse die Kooperation beendet, die gegen die Pflicht zur weltanschaulichen Neutralität einer Körperschaft des öffentlichen Rechts verstieß. Ferner dürfen gesetzliche Krankenkassen in der Mitgliederbetreuung keine Unterschiede machen und keine exklusiven Beratungsleistungen für bestimmte Mitgliedergruppen anbieten. Schließlich dürfen Krankenkassen ihre Versichertenkarten nicht mit Zusätzen („Gesetzlich krankenversichert mit Verzicht auf Abtreibung“) versehen. Das SGB V regelt abschließend, welche Angaben eine Krankenversichertenkarte enthalten darf und muss.

Die Krankenkasse ist der Aufforderung des Bundesversicherungsamtes gefolgt, die Kooperation zu beenden. Gleichwohl wird das Bundesversicherungsamt, die Einhaltung der Verpflichtung zur weltanschaulichen Neutralität durch die Krankenkasse weiterhin überwachen.

Ausübung des Wahlrechts Versicherungspflichtiger nach Ablauf der zweiwöchigen Meldefrist gem. § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V

Im Tätigkeitsbericht für das Jahr 2011 hatte das Bundesversicherungsamt über seine Auffassung informiert, dass eine Wahlerklärung von Versicherungspflichtigen solange vorrangig zu berücksichtigen ist, bis die meldepflichtige Stelle eine Meldung abgegeben hat, auch wenn die zweiwöchige Vorlagefrist gem. § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V bereits verstrichen ist. Das Bundesversicherungsamt wies darauf hin, dass sich der GKV-Spitzenverband dieser Ansicht angeschlossen und seine „Gemeinsame Verlautbarung zum Kassenwahlrecht“ insoweit ergänzt hat.

Nachdem zwischenzeitlich eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 21. Dezember 2011 (Az. B 12 KR 21/10 R) vorliegt, wonach der Versicherungspflichtige sein Wahlrecht nicht mehr wirksam ausüben kann, wenn die Zweiwochenfrist zum Zeitpunkt der Wahlerklärung bereits verstrichen ist, kann die diesseits vertretene Auffassung nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Der GKV-Spitzenverband sieht das ebenso und hat die Krankenkassen in einem Rundschreiben darüber informiert.

Beitragsbemessung freiwillig Versicherter

- **Berücksichtigung eines Vorauszahlungsbescheides**

Die Beitragsbemessung freiwillig Versicherter führt immer wieder zu Erörterungsbedarf zwischen den Aufsichts- und den Krankenkassen bzw. mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem GKV-Spitzenverband.

Das Bundesversicherungsamt hatte im Berichtsjahr zunächst die Verfahrensweise der Krankenkassen kritisiert, bei Selbständigen für den Nachweis von Einnahmen aus Arbeitseinkommen auf Antrag des Mitglieds einen Vorauszahlungsbescheid zur Einkommensteuer genügen zu lassen, ggf. ergänzt um die dem Vorauszahlungsbescheid zugrundeliegenden, den voraussichtlichen Gewinn aus der selbständigen Tätigkeit ausweisenden Unterlagen.

Die Verfahrensweise stützt sich dabei auf die Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze-Selbstzahler) i.d.F. vom 30. Mai 2011 des GKV-Spitzenverbandes. Darin wird eine solche Nachweismöglichkeit eröffnet, wenn die Beitragsbemessung aus dem Arbeitseinkommen auf der Grundlage des aktuellen Einkommensteuerbescheides eine unverhältnismäßige Belastung darstellt. Eine solche liegt demzufolge vor, wenn das angenommene Arbeits-

einkommen um mehr als ein Viertel unter dem zuletzt mit Einkommensteuerbescheid nachgewiesenem Arbeitseinkommen liegt. Die Beitragsfestsetzung erfolgt im Falle unzumutbarer Härte unter dem Vorbehalt der Vorlage des Einkommensteuerbescheides für den maßgeblichen Zeitraum.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes steht eine solche Verfahrensweise mit der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 02. September 2009 (Az. B 12 KR 21/08 R) nicht in Einklang. Das Gericht hat in seiner Entscheidung ausdrücklich ausgeführt, dass der Nachweis eines niedrigeren Arbeitseinkommens nur durch Vorlage des Einkommensteuerbescheides geführt werden könne.

Das Bundesministerium für Gesundheit und der GKV-Spitzenverband waren diesbezüglich jedoch der Auffassung, die genannte BSG-Entscheidung hindere eine zeitlich begrenzte Möglichkeit der Beitragsreduzierung mit entsprechender Korrekturmöglichkeit durch die Krankenkasse nach Vorlage des Einkommensteuerbescheides nicht. Das Bundessozialgericht habe sich mit dem Regelverfahren der Beitragsfestsetzung freiwillig versicherter Selbständiger befasst; daraus könnten keine Rückschlüsse auf ein Verfahren in einem Sonderfall gezogen werden.

Nach ausführlichem fachlichen Dialog wird es nunmehr vom Bundesversicherungsamt im Interesse einer einheitlichen Verfahrensweise der Krankenkassen toleriert, dass diese entsprechend der Beitragsverfahrensgrundsätze-Selbstzahler verfahren.

- **Beitragsbemessung freiwillig Versicherter in Fällen fehlender Mitwirkung**

Problematisch sind auch Fälle, in denen freiwillig Versicherte, die nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, ihren Mitwirkungspflichten bei der Einkommensermittlung nicht nachkommen und keine Nachweise vorlegen. Teilweise wird von Krankenkassen dann der Beitragsbemessung der Höchstbetrag zugrunde gelegt, d.h. der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze im Sinne des § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V. Diese Beitragsbemessung begründen die Krankenkassen zum Teil damit, dass § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V lediglich einen „Mindestbeitrag“ benenne und ansonsten § 223 Abs. 3 SGB V gelte.

Das Bundesversicherungsamt hält eine Festsetzung des Höchstbetrages in diesen Fällen allerdings für unzulässig. Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes ist die für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige geltende Regelung des § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V, die eine Festsetzung des Höchstbetrages grundsätzlich ermöglicht, nicht auf andere Personenkreise übertragbar. Die Zugrundelegung eines höheren fiktiven Einkommens darf nur aufgrund einer entsprechenden gesetzlichen Regelung erfolgen, die hier fehlt.

Das Bundesversicherungsamt sieht sich in seiner Auffassung durch die Rechtsprechung gestützt (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 15. September 1992, Az. 12 RK 51/91; Urteil des Bundessozialgerichts vom 23. November 1992, Az. 12 RK 29/92; Urteil des Landessozialgerichts Baden-

Württemberg vom 16. August 2011, Az. L 11 KR 3165/10).

Unter den Aufsichtsbehörden wurde diese Fragestellung kontrovers diskutiert. Eine einvernehmliche Auffassung besteht bisher nicht. Vor dem Bundessozialgericht ist die Rechtsfrage anhängig, ob die Beitragsverfahrensgrundsätze-Selbstzahler auch bei versicherungspflichtigen Mitgliedern nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V von den Krankenkassen angewendet werden können, wenn keine oder unvollständige Angaben über die Höhe des Einkommens seitens der Versicherten gemacht werden. Wegen der kontroversen Auffassung unter den Aufsichtsbehörden und weil das Bundesversicherungsamt von der Entscheidung des Bundessozialgerichts Hinweise im Hinblick auf die diskutierte Rechtsfrage erwartet, wird die Verfahrensweise der Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt derzeit aufsichtsrechtlich nicht aufgegriffen. Die Entscheidung des Bundessozialgerichts bleibt abzuwarten.

Hauptberufliche Selbständige – Keine zwingende Annahme von Hauptberuflichkeit bei Beschäftigung eines Arbeitnehmers

Das Berichtsjahr brachte eine neue grundsätzliche Bewertung der Hauptberuflichkeit einer selbständigen Tätigkeit bei Beschäftigung eines Arbeitnehmers.

So geht der GKV-Spitzenverband bisher in den „Grundsätzlichen Hinweisen zum Begriff der hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit“ in der Fassung vom 03. Dezember 2010 generalisierend davon

aus, dass Personen, die mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, aufgrund ihrer Arbeitgeberfunktion hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind.

Aus Sicht des Bundesversicherungsamtes gibt es für eine Beurteilung der „Hauptberuflichkeit“ auf der Grundlage der Anzahl von beschäftigten Arbeitnehmern weder Hinweise im Gesetz noch in der Rechtsprechung. Nach der Gesetzesbegründung zu § 5 Abs. 5 SGB V (BT-Drs. 11/2237, S. 159) und der Rechtsprechung liegt Hauptberuflichkeit einer selbständigen Erwerbstätigkeit dann vor, wenn diese von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten zusammen deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt, wobei dem Kriterium „Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit“ keine eigenständige Bedeutung zukommt, sondern lediglich der Verdeutlichung des Begriffs „hauptberuflich“ dient.

Die Hinweise des GKV-Spitzenverbandes hatten nicht unerhebliche praktische Auswirkungen, da die Krankenkassen sich bei der Beurteilung der Hauptberuflichkeit regelmäßig an ihnen orientierten.

Die Angelegenheit wurde daher zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesversicherungsamt grundlegend erörtert.

Nachdem auch das Bundessozialgericht in einer Entscheidung vom 29. Februar 2012 (Az. B 12 Kr 4/10 R) in Zusammenhang mit Fragen zur Familienversicherung nach

§ 10 SGB V entschieden hat, dass eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit sich nicht daraus herleiten lässt, dass Betroffene mindestens einen Arbeitnehmer beschäftigen, wird der GKV-Spitzenverband künftig seine bisherige Empfehlung zur Beurteilung der Hauptberuflichkeit bei Beschäftigung eines Arbeitnehmers nicht mehr aufrechterhalten.

Vollstreckung von Zusatzbeitragsforderungen einschließlich Nebenforderungen

Eine Vielzahl von Beschwerden richtete sich gegen das Vorgehen einer Körperschaft bei der Vollstreckung von Zusatzbeitragsforderungen für vergangene Zeiträume. Dem Bundesversicherungsamt lagen vor allem Fälle vor, in denen die zur Einleitung der Vollstreckung erforderliche Festsetzung des Beitrages durch Leistungsbescheid in unzulässiger Weise mit einer Mahnung und mit der Erhebung einer Mahngebühr verbunden wurde; letztere ist vom Verspätungszuschlag nach § 242 Abs. 6 SGB V zu unterscheiden. Den schlicht „Mahnung“ genannten oder als „Zahlungserinnerung/ Beitragsbescheid“ bezeichneten Schreiben der betroffenen Körperschaft fehlte zudem die erforderliche Rechtsbehelfsbelehrung. Hinsichtlich der Forderungen selbst stellte sich ferner eine Vielzahl von Einzelfragen, die überwiegend die Ausübung des Sonderkündigungsrechts nach § 175 Abs. 4 Satz 5 ff. SGB V bei Erhebung sowie bei Erhöhung des Zusatzbeitrags betrafen.

Das Bundesversicherungsamt hat die Krankenkasse dazu angehalten, sich klar an einer der in § 66 SGB X vorgegebenen Möglichkeiten der Vollstreckung zu orientieren

und zukünftig rechtmäßig zu verfahren, soweit noch vollstreckt werde. In diesem Zusammenhang wurden die Voraussetzungen für die Einleitung der Vollstreckung (einschließlich Mahnungen) nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB X in Verbindung mit dem Verwaltungs-Vollstreckungsgesetz (VwVG), § 3 Abs. 2 und 3 sowie § 19 Abs. 2 VwVG eingehend erläutert.

In enger Zusammenarbeit mit der Krankenkasse konnten sodann alle Beschwerdefälle gelöst werden. Dabei war den Beschwerdeführenden vormaligen Mitgliedern gegenüber auch deutlich zu machen, dass sich „Festsetzung, Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V“ unbeschadet des für die Vollstreckung weiter erforderlichen Leistungsbescheids bereits aus der Satzung des Trägers ergeben (Pflichtinhalt nach § 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Näher zu erläutern war hier zudem, dass Zahlungspflicht und Fälligkeit des gesetzlichen Verspätungszuschlags, der je Säumnis für sechs Kalendermonate zu zahlen ist und für den die Satzung Näheres bestimmt, keiner Verzug begründenden Mahnung bedürfen (vgl. § 242 Abs. 6 Satz 1 und 2 SGB V).

1.4 Satzungs- und Organisationsrecht

Satzungsmehrleistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V)

Bezug nehmend auf den vorherigen Tätigkeitsbericht zum selben Thema setzt das Bundesversicherungsamt seine Darstellung zu den Satzungsmehrleistungen fort. Die Regelung des § 11 Abs. 6 SGB V ist nunmehr seit über einem Jahr in Kraft. In diesem Jahr konnten Erfahrungen im Um-

gang der Krankenkassen mit dem Gebrauch der Satzungsmehrleistungen gesammelt werden. Dabei ist festzustellen, dass die Krankenkassen regen Gebrauch von dieser Möglichkeit gemacht haben und fast alle Krankenkassenumfassende und unterschiedliche Satzungsmehrleistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V anbieten.

Einige Krankenkassen verstehen indes § 11 Abs. 6 SGB V als rechtlich schrankenlose Ermächtigung zur Mehrleistung und gehen davon aus, dass die Systematik des SGB V hier nicht zum Tragen kommt. Verkannt wird dabei insbesondere der Vorbehalt des Gesetzes, der ein Tätigwerden des Satzungsgebers nur innerhalb der in § 11 Abs. 6 SGB V ausdrücklich und abschließend genannten Leistungsbereiche ermöglicht. Deshalb kann sich der in § 11 Abs. 6 SGB V eingeräumte satzungsgeberische Gestaltungsspielraum nur innerhalb der bestimmten und schon klar umschriebenen Bereiche bewegen und diese näher ausgestalten. Das Verständnis mancher Krankenkassen ist aber, dass der Satzungsgeber mit Einführung des § 11 Abs. 6 SGB V eine völlig eigenständige Entscheidungshoheit über die aufgeführten Bereiche (§§ 23, 24d, 40, 27a, 28 Abs. 2, 33, 32 etc. SGB V) erhalten hätte. Dies führt in der aufsichtsrechtlichen Praxis zu erhöhtem Kommunikationsbedarf mit dem Selbst- bzw. Rechtsverständnis der Krankenkassen und im Ergebnis zu Ablehnung von Satzungsmehrleistungen, insbesondere bei der künstlichen Befruchtung für nichtverheiratete Partner und der Leistung von Brillen und Kontaktlinsen für volljährige Versicherte. Schwierigkeiten bereiten in der aufsichtsrechtlichen Praxis zudem die Abgrenzung von Satzungsmehrleistungen

aus dem Bereich des § 23 SGB V (Vorsorge) im Unterschied zu § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen), auf den § 11 Abs. 6 SGB V gerade nicht Bezug nimmt. Im Jahr 2012 erfolgten daher einige satzungsrechtliche Klarstellungen.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Thematik in 2013 weiterentwickelt, zumal insoweit auch Klagen anhängig sind. Einzelheiten ergeben sich ggf. auch aus dem Evaluationsbericht der Bundesregierung zu den Auswirkungen der erweiterten Satzungsleistungen auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und den Wettbewerb mit privaten Versicherungsanbietern.

Vereinigungsverfahren von Krankenkassen

Mit Wirkung zum 01. Januar 2012 wurden sechs Vereinigungen von Krankenkassen genehmigt, im Laufe des Jahres kam eine weitere Fusion hinzu

Erhöhten Arbeitsaufwand bei verschiedenen Referaten des Bundesversicherungsamtes verursachten auch die beiden 2011 geschlossenen Krankenkassen, die noch abzuwickeln sind. Hier ergaben sich verschiedene grundsätzliche, aber auch praktische Fragestellungen unterschiedlichster Art, z. B. zur Fortgeltung von Leistungsentscheidungen und zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes, die einer Klärung und Lösung zuzuführen waren. Dies wird sich auch in 2013 fortsetzen.

1.5 Aus den Prüfreferaten

Outsourcing von Vollstreckung; Prüfung der Geschäftsprozesse zwischen Krankenkassen und einer Arbeitsgemeinschaft

Das Aufsichtsprüfreferat hat im Jahr 2012 bei gesetzlichen Krankenkassen seine örtlichen Erhebungen zum Thema Outsourcing bei einer Arbeitsgemeinschaft (§ 197b SGB V, § 94 Abs. 1a SGB X) fortgeführt. Gesetzliche 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.

Im Bereich des Beitragseinzugs haben einige Krankenkassen die Durchführung der Aufgabe gem. § 197b SGB V ausgelagert.

Es wurde festgestellt, dass die Arbeitsgemeinschaft grundsätzlich keine hoheitlichen Aufgaben einer gesetzlichen Krankenkasse wahrnimmt.

Lediglich die Bescheiderteilung bei Stundungsbewilligungen durch den Dienstleister erfolgte regelmäßig zu einem Zeitpunkt, an dem die schriftliche Entscheidung der Krankenkasse über den Stundungsantrag noch nicht beim Dienstleister vorlag.

Die Krankenkassen als Mitglieder in der Arbeitsgemeinschaft sind u.a. verantwortlich dafür, dass die Arbeitsgemeinschaft nur Aufgaben wahrnimmt, die keinen hoheitlichen Charakter haben. Das Handeln der Arbeitsgemeinschaft wird dem eigenen gleichgesetzt, so dass sich jeder Fehler der

Arbeitsgemeinschaft zugleich auch auf die Krankenkasse auswirkt und diese somit für die Handlungen verantwortlich zeichnet.

Vollstreckungsgrenzen bei offenen Beitragskonten (Kleinbetragsregelung)

Das Aufsichtsprüfreferat hat festgestellt, dass einige Krankenkassen aus Wirtschaftlichkeitserwägungen bei offenen Beitragskonten Vollstreckungsmaßnahmen erst bei einem aufgelaufenen Rückstandssaldo von mindestens 50 Euro einleiten.

Die Annahme einer allgemeinen Vollstreckungsgrenze bei offenen Beitragskonten lässt sich aus Regelungen des geltenden Rechts nicht ableiten.

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sowie das Bundesministerium für Gesundheit haben sich bei der 81. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger am 14./ 15. November 2012 dahingehend verständigt, dass sowohl die Vereinbarung 2007 der Spitzenverbände nach § 76 Abs. 2 Satz 3 SGB IV als auch § 8 der Beitragserhebungsgrundsätze des GKV Spitzenverbandes vom 17. Februar 2010 ausschließlich für geschlossene Konten gelten. Ein pauschaler Verzicht auf Vollstreckungsmaßnahmen bei offenen Konten ist allein nach Maßgabe der entsprechend anzuwendenden Kleinbetragsregelung nach Ziffer 3.1. der Anlage zur Verwaltungsvorschrift Nr. 2.6 zu § 59 BHO bzw. vergleichbarer landesrechtlicher Regelungen für Beiträge von weniger als 25 Euro zulässig.

1.6 Strukturierte Behandlungsprogramme

Auswirkungen neuer gesetzlicher Entwicklungen

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) zum 01. Januar 2012 sind verschiedene Änderungen für die strukturierten Behandlungsprogramme (sog. DMP) erfolgt.

So werden die bisher auf fünf Jahre befristet zugelassenen Programme, zukünftig unbefristet zugelassen. Langfristig wird die Entfristung zur Entlastung auf Seiten der antragstellenden Krankenkassen und des BVA als Zulassungsbehörde führen.

Die Antragswelle bis zum 31. Dezember 2012 war allerdings sehr groß. Insgesamt gingen 8.026 Anträge auf eine unbefristete Zulassung bzw. auf die Umstellung der befristeten Zulassung in eine unbefristete Zulassung ein.

Von 10.385 laufenden Programmen in 18 Regionen konnten im Jahr 2012 bereits 7.868 DMP entfristet werden.

Indikation	Anträge	Erledigungen (unbefristete Zulassungen)	Befristete Zulassungen
DM Typ 1	1.220	1.213	432
DM Typ 2	1.270	1.267	571
Brustkrebs	1.318	1.285	423
KHK	1.378	1.275	490
Asthma	1.420	1.414	301
COPD	1.420	1.414	300
Insgesamt	8.026	7.868	2.517

Stand: 31. Dezember 2012

Es ist zu erwarten, dass weitere Anträge der Krankenkassen auf eine Entfristung der jeweiligen Zulassung zeitnah – noch vor Ablauf der momentan befristet zugelassenen Programme – gestellt werden.

Darüber hinaus wurde die Regelungskompetenz für die DMP vom Ordnungsgeber, dem Bundesministerium für Gesundheit, auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen. Dieser hat von seiner Kompetenz bisher insoweit Gebrauch gemacht, als er die Indikationen Brustkrebs, Asthma und COPD sowie die Frage der Fristen der Aufbewahrung der Evaluationsdaten durch eigene Richtlinien geregelt hat. Das Bundesversicherungsamt wurde im Rahmen des gesetzlichen Stellungnahmeverfahrens an der Erstellung der Richtlinien beteiligt.

Die neuen Richtlinien haben zur Folge, dass alle laufenden zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramme hinsichtlich der ihnen zugrunde liegenden Verträge mit Leistungserbringern, Dienstleistern und Datenstellen angepasst werden müssen. Das Bundesversicherungsamt als Zulassungsbehörde hat damit die Aufgabe zu überprüfen, ob die Anpassungen an die neuen Regelungen innerhalb der Umsetzungsfristen im Jahr 2013 vorgenommen wurden.

Im Vorfeld sind bereits mit dem GKV-Spitzenverband Abstimmungen u. a. zu Musterregelungen erfolgt, um den Krankenkassen die Umsetzung der Rechtsänderungen zu erleichtern.

Die Richtlinien des G-BA zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 (DM1), Dia-

betes mellitus Typ 2 (DM2) und Koronare Herzkrankheit (KHK) sowie zur Evaluation und zu den Qualitätsberichten stehen noch aus. Hier gelten insoweit die Übergangsvorschriften der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) weiter.

Bis zum Inkrafttreten des GKV-VStG am 01. Januar 2012 hatte das Bundesversicherungsamt gem. § 28g Abs. 2 RSAV durch Vorgabe methodischer Kriterien darauf hinzuwirken, dass die Evaluation unterschiedlicher Programme diagnosebezogen vergleichbar ist. Obwohl die in dieser Vorschrift geregelten Anforderungen an die Evaluation nach der Übergangsvorschrift gem. § 321 Satz 4 SGB V bis zum Inkrafttreten der Evaluationsrichtlinie des G-BA weiter gelten, hat das Bundesversicherungsamt die Überarbeitung der Kriterien auf wenige, notwendige Anpassungen beschränkt, um den Beratungen des G-BA nicht vorzugreifen.

Mit diesen Zielsetzungen wurden die Kriterien für die Berichte zur Indikation Brustkrebs unter Berücksichtigung der Aussagen der bisher vorliegenden Berichte weiterentwickelt. Zeitgleich wurden die Kriterien für die Indikation KHK, für die im März 2013 Daten an das Bundesversicherungsamt zu übermitteln sind, angepasst.

Im Rahmen der Evaluation der DMP wurden im Jahr 2012 Krankenkassen, deren DMP statistisch randständige Werte aufwiesen, bei der Indikation KHK über den Gesundheitszustand der teilnehmenden Versicherten und Prozessparameter – wie z.B. Anteil der Versicherten, bei denen koronartherapeutische Interventionen erfolg-

ten – informiert. Das Bundesversicherungsamt erstellte hierzu u.a. Profildigramme, welche die Daten des DMP der zu informierenden Krankenkasse im Vergleich zu den Daten aller DMP aufzeigen. Zusätzlich durchgeführte intraregionale Auswertungen sowie die Darstellung von Qualitätssicherungs- und Verwaltungskosten liefern wichtige Zusatzinformationen. Durch die gezielte Rückspiegelung der Ergebnisse an die Krankenkassen ist ein kontinuierlicher Ablauf des Qualitätssicherungskreislaufs gesichert. Die Krankenkassen haben darauf basierend die Möglichkeit, Optimierungspotenziale ihres DMP durch den Vergleich mit anderen zu erkennen und die DMP entsprechend zu verbessern.

Bisher erhielten nur Krankenkassen, die im Vergleich zu allen anderen Krankenkassen statistisch randständige Ergebnisse aufwiesen, diese detaillierten Rückmeldungen. Im Jahr 2012 wurden Programme und Prozedere entwickelt, die ab 2013 die Bereitstellung entsprechender Informationen zum Gesundheitszustand der teilnehmenden Versicherten und zu Prozessparametern aller ca. 250 DMP-Berichte einer Indikation ermöglichen werden. Jeder Krankenkasse können so indikationsspezifisch deren Ergebnisse im Vergleich zu den Ergebnissen der Gesamtheit der DMP als auch der anderen DMP in der jeweiligen Region (anonym) zur Verfügung gestellt werden.

Im Jahr 2012 hat das Bundesversicherungsamt die Evaluationsberichte erstmals in Form so genannter csv-Dateien erhalten, so im März 2012 für die Indikationen Asthma und COPD und im September 2012 für die Indikation Brustkrebs. Hierdurch wird dem

Bundesversicherungsamt eine intensivere Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfung ermöglicht, da die Prüfung in Teilen automatisch erfolgen kann. Die Entwicklung der ersten Generation entsprechender Programme und Prüfroutinen wurde in 2012 erfolgreich abgeschlossen und in Folge konnten den Krankenkassen umfassendere Rückmeldungen hinsichtlich der Plausibilität und Vollständigkeit der Daten gegeben werden.

Hinsichtlich der ökonomischen Daten konnte erstmalig eine Vollprüfung anstelle der bis dahin erfolgten Stichprobenprüfung durchgeführt werden. Dies führte dazu, dass fehlerhafte Berichte identifiziert und korrigiert werden konnten. Neulieferungen wurden mitunter notwendig. Insgesamt hat dies zu einer Verbesserung der Datenqualität geführt. Im Jahr 2013 soll dieses Verfahren auf die drei in diesem Jahr berichtspflichtigen Indikationen (KHK, DM1 und DM2) angewendet werden, sodass eine schrittweise Fehlerbereinigung der ökonomischen Evaluationsdaten über alle Kassen erreicht wird.

Im März 2012 fand ein gemeinsamer Kongress des Bundesversicherungsamts in Kooperation mit der Fachzeitschrift Monitor Versorgungsforschung zum Thema „Versorgung 2.0“ in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften in Berlin statt. Das Bundesversicherungsamt beteiligte sich mit Vorträgen zu den Themen „DMP und Integrierte Versorgung – Miteinander oder Nebeneinander in der Gesundheitsversorgung?“ und „Regionale Unterschiede in der Lebensqualität von DMP-Teilnehmern am Beispiel von vier ausgewählten Bundesländern“ sowie Darstellungen zu Evalu-

ationsauswertungen aus Hamburg, Niedersachsen, Thüringen und Baden-Württemberg.

Die Veranstaltung wurde abgerundet durch eine Podiumsdiskussion, an der u.a. auch Vertreter der DMP-Referate des Bundesversicherungsamtes teilnahmen.

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2. PFLEGEVERSICHERUNG

2.1 Finanzen der sozialen Pflegeversicherung

Finanzentwicklung

Die folgenden Tabellen 1 und 2 zeigen die Gesamteinnahmen und die Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung für das Jahr 2012 und die Veränderung gegenüber den jeweiligen Vorjahreswerten:

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung, Jahresergebnis 2012	
EINNAHMEN	Beträge in Mio. €
Beitragseinnahmen	rd. 22.919
Summe der sonstigen Einnahmen	rd. 129
Einnahmen insgesamt	rd. 23.048
AUSGABEN	Beträge in Mio. €
Leistungsausgaben	rd. 21.857
Verwaltungskosten	rd. 749
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	rd. 336
Sonstige Ausgaben	rd. 11
Ausgaben insgesamt	rd. 22.953
Jahresüberschuss	rd. 95

Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung Vergleich 2012 zu 2011	
EINNAHMEN	Veränderungen in v.H.
Beitragseinnahmen	+ 3,57
Summe der sonstigen Einnahmen	+ 14,43
Einnahmen insgesamt	+ 3,63

AUSGABEN	Veränderungen in v.H.
Leistungsausgaben	+ 4,57
Verwaltungskosten	+ 4,72
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	+ 3,94
Sonstige Ausgaben	- 15,81
Ausgaben insgesamt	+ 4,55

Quelle: Statistiken PVM und PS

Die Steigerungsraten der Einnahmen- und der Ausgabenseite sind weiterhin gekennzeichnet von der Pflegeversicherungsreform 2008. Diese wurde ab 01. Juli 2008 in drei Stufen bis zum 01. Januar 2012 umgesetzt und brachte neben einer 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) Anhebungen der Leistungen im Bereich der Geld- und Sachleistungen. Seit dem 01. Januar 2013 gilt gemäß des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes vom 23. Oktober 2012 der neue Beitragssatz von 2,05 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen. Der Kinderlosenzuschlag in Höhe von 0,25 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen ist unverändert geblieben.

Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben, Verwaltungskosten, Kosten des Medizinischen Dienstes und sonstige Ausgaben) der sozialen Pflegeversicherung betrugen rd. 22,953 Mrd. Euro, was einem Anstieg von 4,55 v.H. gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Hiervon entfallen auf die Leistungsausgaben rd. 21,857 Mrd. Euro, was eine Veränderung von + 4,57 v.H. gegenüber dem Vorjahr bedeutet.

Diesen Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von rd. 23,048 Mrd. Euro gegenüber, die um rd. 3,63 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 die Pflegeversicherungsbeiträge der Rentner und die Beiträge der sonstigen versicherungspflichtigen Personen nach § 21 Nr. 1-5 SGB XI), sowie Zins-einnahmen und sonstige Einnahmen.

Die Gesamtbeitragseinnahmen haben sich gegenüber dem Vorjahr um rd. 3,57 v.H. auf rd. 22,919 Mrd. Euro erhöht. Die Beitrags-einnahmen der Pflegekassen stiegen um rd. 4,32 v.H. (rd. 737 Mio. Euro), die des Ausgleichsfonds stiegen um rd. 1,05 v.H. (rd. 53 Mio. Euro).

Im Ergebnis des Jahres 2012 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Überschuss in Höhe von rd. 95 Mio. Euro, während im Jahr 2011 ein Überschuss in Höhe von rd. 287 Mio. Euro 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 Bei-

tragseinnahmen sowie sonstige Einnahmen übersteigen, die Betriebsmittel und gegebenenfalls die Rücklage aufzufüllen. Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand insgesamt rd. 9,349 Mrd. Euro an diese Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 0,779 Mrd. Euro.

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

Das gestiegene Transfervolumen ist überdies auch dem Umstand geschuldet, dass in dem Zeitraum von 1997 bis 2012 die Ausgaben stärker gestiegen sind als die Einnahmen der Pflegeversicherung. Hierdurch wird deutlich, dass dem vom Bundesversicherungsamt verwalteten Ausgleichsfonds eine zunehmende Bedeutung für die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung zukommt.

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
2012	9.349

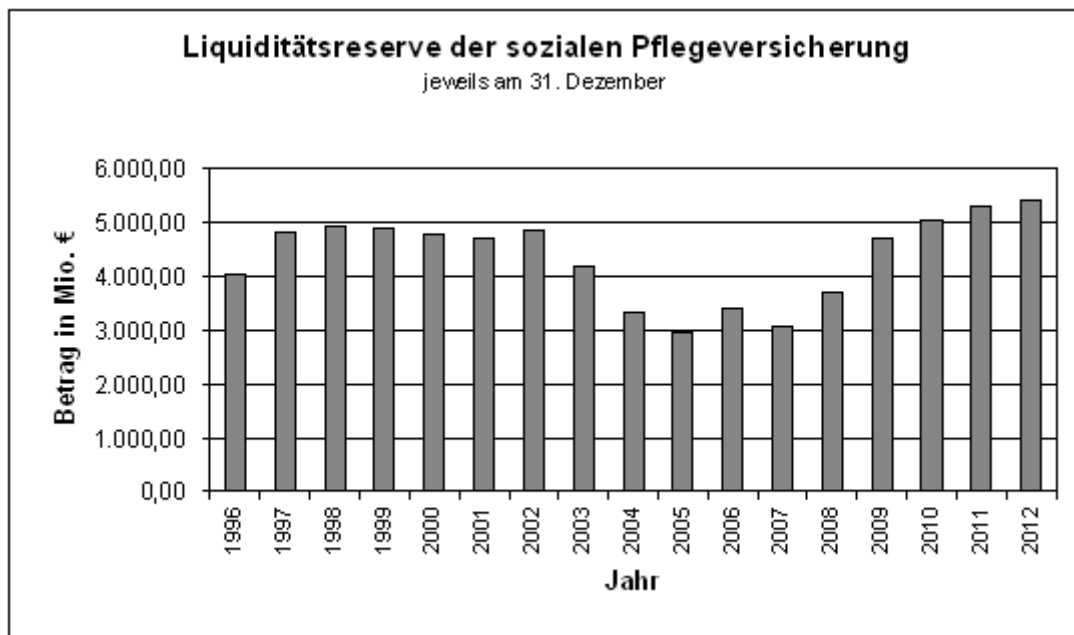
Gegenüber dem Jahr 1997, in dem erstmalig für das ganze Jahr stationäre Pflegeleistungen gezahlt wurden, ist das Transfervolumen um rd. 61,18 % gestiegen. Die Ursachen sind Preissteigerungen in den Bereichen, in denen es keine betragsmäßig fixierten Geld- oder Sachleistungen gibt, Leistungsmehrausgaben durch die wachsende Anzahl pflegebedürftiger Versicherter sowie Leistungsmehrausgaben durch die Ausweitung der Pflegeleistungen nach der Reform vom 01. Juli 2008.

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. 5,305 Mrd. Euro. Innerhalb des Jahres 2012 erhöhte sich die Liquiditätsreserve bis zum Jahresende auf rd. 5,418 Mrd. Euro (siehe Tabelle 4 und Diagramm).

Tabelle 4: Liquiditätsreserve in der sozialen Pflegeversicherung in Mio. Euro	
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
2012	5.418

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 2012 aufgrund der Beitragserhöhung zum 01. Juli 2008 erzielten Mehreinnahmen sowie die Anhebung des Beitragsatzes zum 01. Januar 2013 werden nach der Schätzung der Bundesregierung voraussichtlich bis in das Jahr 2015 die Finanzierbarkeit der Leistungsverbesserungen der gesetzgeberischen Reformmaßnahmen und die durch die demographische Entwicklung bedingten Mehrausgaben sicherstellen.

Fördergelder

Als besondere Aufgabe obliegt dem Ausgleichsfonds die Auszahlung der Fördergelder der sozialen Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI (Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung), nach §§ 45c

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

Die folgenden Tabellen 5 und 6 zeigen die in diesen Bereichen für das Jahr 2012 geleisteten Auszahlungen:

Niedrigschwellige Betreuungsangebote (einschl. Ehrenamt und Selbsthilfe)

Tabelle 5: Niedrigschwellige Betreuungsangebote		
Bundesland ¹⁾	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	724	2.472
Bayern	306	818
Berlin	312	1.078
Brandenburg	102	564
Bremen	0	0
Hamburg	18	313
Hessen	146	1.054
Mecklenburg-Vorpommern	8	50
Niedersachsen	209	1.874
Nordrhein-Westfalen	0	0
Rheinland-Pfalz	113	286
Saarland	35	136
Sachsen	46	171
Sachsen-Anhalt	19	216
Schleswig-Holstein	85	220
Thüringen	77	214
Summe:	2.200	9.466 ²⁾

1) Die Mittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung werden zum Zwecke der gerechten Verteilung auf die einzelnen Bundesländer gem. § 45c Abs. 5 S. 1 SGB XI nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Grundsätzlich beträgt das bundesweit insgesamt für Betreuungsangebote und Modellvorhaben gem. 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 2012 wurde für den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ein Gesamtbetrag in Höhe von rd. 512 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	95
Bayern	14	110
Berlin	0	0
Brandenburg	1	65
Bremen	0	0
Hamburg	0	0
Hessen	16	288
Mecklenburg-Vorpommern	1	7
Niedersachsen	12	122
Nordrhein-Westfalen	154	3.833
Rheinland-Pfalz	1	100
Saarland	1	7
Sachsen	0	0
Sachsen-Anhalt	1	19
Schleswig-Holstein	4	130
Thüringen	4	32
Summe:	215	4.808 ⁴⁾

3) Die Mittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung werden zum Zwecke der gerechten Verteilung auf die einzelnen Bundesländer gem. § 45c Abs. 5 S. 1 SGB XI nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Grundsätzlich beträgt das bundesweit insgesamt für Betreuungsangebote und Modellvorhaben gem. 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 2012 wurde für den Ausgleichsfonds ein Gesamtbetrag in Höhe von rd. 202 Tausend Euro an Rückzahlungen für vergangene Jahre vereinnahmt.

Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Gem. § 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 2012 wurden 10 Anträge des GKV-Spitzenverbandes bearbeitet.

Das Auszahlungsvolumen betrug für das Jahr 2012 insgesamt rd. 492 Tausend EUR (TEUR).

Für den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wurden Rückzahlungen in Höhe von insgesamt rd. 32 TEUR vereinnahmt.

Anschubfinanzierungen Pflegestützpunkte

Gem. § 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 2012 kamen Anschubfinanzierungen in einem Gesamtvolumen von rd. 3.898 TEUR zugunsten von 164 Pflegestützpunkten zur Auszahlung.

Finanzierungsanteil der PKV nach § 114a SGB XI

Das nach § 114a SGB XI i.d.F. von 2011 vorgeschriebene und in 2011 begonnenen Anhörungsverfahren zur Ermittlung des von der privaten Pflege-Pflichtversicherung zu tragenden Finanzierungsanteils für die Kosten der Prüfungen von Pflegeeinrichtungen (vgl. dazu ausführlich Tätigkeitsbericht 2011, S. 40f), konnte in 2012 erfolgreich abgeschlossen werden. Für die Jahre 2008 bis 2011 konnte damit zugunsten des Ausgleichsfonds ein Betrag von 6,7 Mio. Euro vereinnahmt werden.

Neuregelungen durch „Pflege-Neuausrichtung-Gesetz“

Mit dem „Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung“ vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I, S. 2246ff.) hat der Gesetzgeber zahlreiche Leistungsausweitungen und -verbesserungen für die Pflegeversicherung beschlossen, um auf den demographischen Wandel und die damit verbundene Zunahme pflegebedürftiger Menschen zu reagieren.

Darüber hinaus wird erstmals eine kapitalgedeckte, freiwillige Pflege-Zusatzversicherung finanziell gefördert.

Für den Ausgleichsfonds bringt das Gesetz eine Reihe wichtiger Änderungen mit sich:

- Gem. § 45d SGB XI wird in Ergänzung zur bereits bestehenden Förderung nach § 45c SGB XI eine Förderung gewährt für den Auf- u. Ausbau von Selbsthilfegruppen und -organisationen; hierfür steht erstmals ein eigener, ebenfalls vom Ausgleichsfonds verwalteter, Fördertopf

zur Verfügung in Höhe von 0,10 Euro je Versicherten und Jahr.

- Gem. § 45f SGB XI wird dem GKV-Spitzenverband ab 2013 ein Budget von max. 10 Mio. Euro p.a. für die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung neuer Wohnformen zur Verfügung gestellt.
- Gem. § 125 SGB XI steht dem GKV-Spitzenverband für die Jahre 2013 und 2014 weiterhin ein Betrag von 5 Mio. Euro zur Verfügung für Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste.
- Bei der Förderung der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen durch die Pflegekassen gem. § 45e SGB XI bis spätestens zum 31. Dezember 2015 und bis zu einer Gesamthöhe von 30 Mio. Euro hat das Bundesversicherungsamt den Abfluss der Mittel bei den Pflegekassen zu überwachen.
- Im Rahmen der vom Bundesversicherungsamt jährlich durchzuführenden Ermittlung und Bekanntgabe der Verwaltungskosten gem. § 46 Abs. 3 SGB XI ist künftig in den Fällen einer von der Pflegekasse zu vertretenden verspäteten Bescheiderteilung an einen Versicherten entsprechend § 18b SGB XI ein Abzug vorzunehmen.

2.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
PV	244

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

2.3 Aufsicht bei den Pflegekassen

Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung) gem. § 38 SGB XI bei der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)

Bereits im Tätigkeitsbericht 2011 (dort unter Punkt 2.3) hat das Bundesversicherungsamt über seine Auslegung des § 38 SGB XI und die daraufhin erfolgte Modifizierung des Gemeinsamen Rundschreibens des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen vom 01. Juli 2008 in der Fassung vom 13. April 2011 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVG) berichtet. Nach ihr konnte es bei der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) in Einzelfällen zu geringeren Leistungsansprüchen kommen, als es nach der bisherigen Praxis der Pflegekassen der Fall war. Nach Einwänden der Betroffenen und deren Interessenverbände wurde die Bestimmung des § 38 SGB XI durch das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) um einen Satz 5 ergänzt, wonach Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) nunmehr Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage haben, an denen sie sich in häus-

licher Pflege befinden. Seit Inkrafttreten der Gesetzesergänzung zum 30. Oktober 2012 werden nunmehr bei diesen Pflegebedürftigen zusätzlich zur Leistung nach § 43a SGB XI für jeden Tag der häuslichen Pflege 1/30 des Leistungsbetrages nach § 37 SGB XI gezahlt; bei einem vollen Monat häuslicher Pflege wird das gesamte Pflegegeld gezahlt.

Leistungsgewährung der Pflegekassen

Im Rahmen der Aufsichtsprüfungen hat das Bundesversicherungsamt das Augenmerk insbesondere auf die rechtskonforme Verfahrensweise der Pflegekassen bei der Leistungsgewährung in folgenden Prüfbereichen gerichtet:

- Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 3 SGB XI
- Aufwendungen der Pflegekasse für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 SGB XI
- Zusätzliche Betreuungsleistungen gem. § 45b SGB XI
- Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf gem. § 87b SGB XI
- Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

In den überwiegenden Fällen konnte bei den vorgenannten Prüfgebieten ein rechtskonformes Verwaltungshandeln der Pflegekassen festgestellt werden.

Ausblick: Änderungen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz

Das Bundesversicherungsamt hat die Pflegekassen auf die mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung vom 23. Oktober 2012, in Kraft getreten am 30. Oktober 2012, verbundenen umfangreichen Änderungen im Leistungsrecht hingewiesen. Die Überprüfung der Umsetzung der erweiterten rechtlichen Vorgaben wird im Laufe des Jahres 2013 beginnen.

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 177.555 Meldungen erstattet. Die Anzahl der Meldungen ist damit im Vergleich zum Vorjahr nur unerheblich gesunken und bleibt auf hohem Niveau. Weit überwiegend handelte es sich

dabei um Meldungen aufgrund eines Prämi-
enverzuges der Versicherungsnehmer.

Die dem Bundesversicherungsamt erstatte-
ten Meldungen werden zur weiteren Verfol-
gung bzw. Ahndung einer Ordnungswidrig-
keit (§ 121 SGB XI) an die nach Landesrecht
bestimmten Bußgeldstellen weitergeleitet.
Diese entscheiden in eigener Zuständigkeit
über die Verhängung einer Geldbuße.

3. UNFALLVERSICHERUNG

3. UNFALLVERSICHERUNG

3.1 Finanzen der gesetzlichen Unfallversicherung

Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften

Die neu gestaltete jährliche Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften wurde erstmals im Jahr 2009 für das Ausgleichsjahr 2008 durch das Bundesversicherungsamt durchgeführt; 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 2012 wurde die Lastenverteilung zu 75 Prozent (2011: 60 Prozent; 2010: 45 Prozent; 2009: 30 Prozent; 2008: 15 Prozent) und der alte Lastenausgleich noch zu 25 Prozent (2011: 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 Gewerbezweige für die von ihnen verursachten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten - eigene Rentenlasten entsprechend ihrer aktuellen Wirtschaftsstruktur. Alte Lasten (sog. Überaltlast), die hierzu nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis stehen, werden von allen Berufsgenossenschaften gemeinsam getragen.

Für das Ausgleichsjahr 2012 hat das Bundesversicherungsamt im März 2013 die Lastenverteilung berechnet. Insgesamt wurden 592,7 Mio. Euro von sechs ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften auf drei ausgleichsberechtigte Berufsgenossenschaften umverteilt (Ausgleichsjahr 2011: 504,4 Mio. Euro; Ausgleichsjahr 2010: 462,5 Mio. Euro; Ausgleichsjahr 2009: 289,5 Mio. Euro; Ausgleichsjahr 2008: 135 Mio. Euro). Die Ergebnisse sind im Einzelnen in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Lastenverteilung 2012	
Berufsgenossenschaft	Ausgleichsbeträge ^{*)}
Rohstoffe und chemische Industrie	327.513.377,61 €
Holz und Metall	- 20.115.735,44 €
Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	- 104.302.704,91 €
Nahrungsmittel und Gastgewerbe	4.706.766,25 €
Bauwirtschaft	258.702.935,98 €
Handel und Warendistribution	- 115.375.719,80 €
Verwaltung	- 267.600.825,32 €
Transport und Verkehrswirtschaft	- 27.158.085,77 €
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	- 56.289.918,60 €

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

3.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
UV	287

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten

Mindestbeitrag

Immer wieder, so auch im Berichtsjahr, erreichen das Bundesversicherungsamt Petitionen und Eingaben, in denen sich über die Höhe der erhobenen Beiträge in der gesetzlichen Unfallversicherung dann beschwert wird, wenn der im Beitragsverfahren nach Arbeitsentgelt, Gefahrklasse und Beitragsfuß errechnete Beitrag eines Unternehmens unter dem Wert des Mindestbeitrages liegt und die Beitragsforderung deshalb auf die Höhe des Mindestbeitrages angehoben wird. Das Bundesversicherungsamt hatte in diesen Fällen regelmäßig keinen Anlass, die Erhebung eines Mindestbeitrages zu beanstanden, da sie dem geltenden Recht entspricht.

Die gesetzliche Unfallversicherung unterliegt als Teil der Sozialversicherung dem Solidaritätsprinzip. Das bedeutet, dass im Rahmen des Umlageverfahrens die Kosten für Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung durch Beiträge der dazugehörigen Unternehmen gedeckt werden müssen.

Berechnungsgrundlagen für die Beiträge sind nach § 153 SGB VII das Umlagesoll, die Arbeitsentgelte der Versicherten und die Gefahrklassen. Die Beitragsberechnung ist in § 167 Abs. 1 SGB VII geregelt, wonach sich der Beitrag aus den zu berücksichtigenden Arbeitsentgelten, den Gefahrklassen und dem Beitragsfuß ergibt. Die Einzelheiten der Beitragsberechnung bestimmt nach § 167 Abs. 3 SGB VII die Satzung des Unfallversi-

cherungsträgers. Nach § 161 SGB VII kann die Satzung regeln, dass ein einheitlicher Mindestbeitrag erhoben wird. Dabei besitzt die Vertreterversammlung als Satzungsgeber einen weiten Gestaltungsspielraum. So kann in der Satzung beispielsweise nur grundsätzlich die Möglichkeit oder Pflicht zur Erhebung eines Mindestbeitrages festgelegt und die Einzelheiten ohne nähere Vorgaben dem Vorstand, der generell für die Beitragsfestsetzung zuständig ist, überlassen werden.

Von den im Berichtsjahr insgesamt vierzehn unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes stehenden Unfallversicherungsträgern haben sechs von ihrem Recht Gebrauch gemacht, in ihrer Satzung die Erhebung eines Mindestbeitrages zu bestimmen. Bei weiteren drei Unfallversicherungsträgern findet sich in der Satzung eine „Kann-Bestimmung“ zur Erhebung eines Mindestbeitrages, wovon aktuell zwei dieser Träger einen Mindestbeitrag erheben.

Schließlich haben fünf Unfallversicherungsträger von der Möglichkeit des § 161 SGB VII zur Erhebung eines Mindestbeitrages in ihrer Satzung keinen Gebrauch gemacht.

Der Gesetzgeber hat mit der Regelungsermächtigung des § 161 SGB VII eine Voraussetzung geschaffen, die für ein angemessenes Verhältnis zwischen einem vollständigen Leistungsanspruch im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung nach einem Versicherungsfall und der dauerhaften Finanzierung dieser Leistungen durch Beiträge sorgt, um einer möglichen unverhältnismäßigen Belastung der Solidargemeinschaft durch Kleinstbeträge entgegenzuwirken. Eine Erhebung von Mindest-

beitragen ermöglicht den Trägern insofern, aus wirtschaftlichen Gründen einerseits keine Kleinstbeträge durch Bescheid festzusetzen und beizutreiben sowie andererseits nicht auf einen Beitrag, der zumindest anteilig die Verwaltungskosten deckt, zu verzichten.

Bei der Festsetzung der Höhe des Mindestbeitrages wird berücksichtigt, dass von einer bestimmten unteren Grenze an der auf die übliche Weise berechnete Beitrag das Versicherungsrisiko auch nicht annähernd mehr decken würde. Den Unfallversicherungsträgern wird im Hinblick auf die Höhe des Mindestbeitrages ein weitreichender Entscheidungsspielraum eingeräumt.

Die vom Vorstand festgelegte Höhe des Mindestbeitrages muss dabei in einem angemessenen Verhältnis zum Wagnis des Unfallversicherungsträgers stehen, denn bei Eintritt eines Versicherungsfalles müssen selbst bei einer noch so kurzen versicherten Tätigkeit in vollem gesetzlichen Umfang Entschädigungsleistungen erbracht werden. So hat die Berufsgenossenschaft im Falle eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit die Kosten der Heilbehandlung, beginnend mit der ärztlichen Erstversorgung bis zur Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Leistungen zur Pflegebedürftigkeit sowie Geldleistungen nach §§ 27 ff. SGB VII zu tragen.

Deshalb ist der Mindestbeitrag auch dann in vollem Umfang als Beitrag zu veran-

schlagen, wenn die Pflichtversicherung des beschäftigten Arbeitnehmers nur für einen Teil des Beitragsjahres bestanden hat. Denn der Unfallversicherungsträger ist bei Eintritt eines Versicherungsfalles, unabhängig vom Zeitpunkt des Versicherungsbeginns, in vollem gesetzlichen Umfang leistungspflichtig.

Im Zuge der Ausübung des dem Unfallversicherungsträger obliegenden Ermessens hinsichtlich der Festsetzung der Höhe des Mindestbeitrages darf nicht gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit oder gegen das Übermaßverbot verstoßen werden. Dies ist jedoch unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen sowie der insgesamt noch erträglichen absoluten Höhe der von den Unfallversicherungsträgern erhobenen Mindestbeiträge (jährlich zwischen 30 und 100 Euro) nicht vorstellbar, zumal Beiträge in solcher Höhe nicht geeignet sein dürfen, Unternehmen in ihrer wirtschaftlichen Existenz zu bedrohen.

Dem Bundesversicherungsamt ist auch kein Fall bekannt, in dem ein Gericht die Höhe des erhobenen Mindestbeitrages für unrechtmäßig befunden hätte.

Gefahrtarifangelegenheiten

Das Bundesversicherungsamt hatte im Berichtsjahr 2012 eine erhöhte Anzahl an Gefahrtarifen der gewerblichen Berufsgenossenschaften zu genehmigen, wobei der Schwerpunkt der Genehmigungsverfahren auf der Zusammenführung von unterschiedlichen Gefahrtarifen der fusionierten Berufsgenossenschaften zu gemeinsamen Gefahrtarifen lag.

Dabei wurden für zwei Berufsgenossenschaften erstmals seit der Fusion gemeinsame Gefahrtarife für sämtliche Fusionspartner genehmigt, während es in einem Fall nur eine gefahrtarifliche Zusammenführung für den Großteil der Fusionspartner gab und es im Übrigen bei gesonderten Gefahrtarifen blieb.

Insgesamt hat inzwischen die Hälfte der fusionierten Berufsgenossenschaften gemeinsame Gefahrtarife für ihre jeweiligen Fusionspartner. Bei den übrigen bestehen zumeist gemeinsame Gefahrtarife für einen Teil der Fusionspartner. Eine fusionierte Berufsgenossenschaft weist weiterhin getrennte Gefahrtarife für ihre beiden Fusionspartner auf.

Die Zusammenführung der einzelnen Gefahrtarife der fusionierten Berufsgenossenschaften hat neben der Vereinheitlichung der Berechnungspraxis der Gefahrklassen, eine Neustrukturierung und deutliche Reduzierung der Gefahrtarifstellen zur Folge. Bei den strukturellen Veränderungen und der Bildung neuer Gefahrtarifgemeinschaften waren sowohl technologische Gesichtspunkte als auch belastungsmäßige Zusammenhänge zu beachten.

Im Rahmen der Überarbeitung und Reduzierung der Gefahrtarifstellen hat in zwei Fällen die fusionierte Berufsgenossenschaft auf eine kaufmännische/ verwaltende Tarifstelle verzichtet. Grundsätzlich bestehen gegen den Wegfall aller kaufmännischen Tarifstellen keine Bedenken, da es im Ermessen der Selbstverwaltung liegt, für diesen Bereich eine gesonderte Tarifstelle vorzusehen.

Da die Auflösung der kaufmännischen Tarifstelle z.T. für Unternehmen mit einem hohen Büroanteil oder in dem anderen Fall für die freiwillige Versicherung zu einer deutlichen Beitragssteigerung führen kann, haben in beiden Fällen die Berufsgenossenschaften Übergangsregelungen in ihren Satzungen beschlossen, mit denen die steigenden Beiträge der betroffenen Unternehmen abgemildert werden sollen.

In einem weiteren Fall einer fusionierten Berufsgenossenschaft ergab sich ein erhöhter Prüf- und Beratungsbedarf im Zusammenhang mit Gefahrklassen, die abweichend von ihrem errechneten Wert festgesetzt werden sollten. Aufgrund neuer Berechnungsmodalitäten könnte es bei einigen Tarifstellen ehemaliger Zuständigkeitsbereiche zu erheblichen Beitragsanstiegen kommen, denen mit einer Staffelungsregelung, die eine stufenweise Anhebung der Gefahrklassen während der Tarifperiode vorsieht, begegnet werden soll.

Das Bundesversicherungsamt sieht es grundsätzlich aus rechtsstaatlichen Gründen, insbesondere um erhebliche Beitragsbelastungen zu verhindern und zur Wahrung der Versicherungskonformität als zulässig an, Gefahrklassen abweichend vom rechnerischen Wert festzusetzen, wenn dies individuell begründet ist. Dabei sollen vor dem Hintergrund des § 157 Abs. 3 SGB VII wenigstens 50 % der Veränderung zwischen neuer und bisheriger Gefahrklasse berücksichtigt werden. Dieser Maßstab konnte hier jedoch nicht schematisch zur Anwendung kommen, weil die Gefahrklassen aufgrund der unterschiedlichen Berechnungsmodalitäten der bisherigen Zuständigkeitsbereiche nicht vergleichbar sind.

Das Bundesversicherungsamt wurde ferner mit der Frage der Genehmigungsfähigkeit von Regelungen zur Herabsetzung der Gefahrklassen für Unternehmen, die in ihrer Belastungslage von anderen Unternehmen einer Tarifstelle extrem abweichen, befasst. Das Bundesversicherungsamt hat auf seine seit langem vertretene Rechtsauffassung verwiesen, die auch schon mehrfach in den Tätigkeitsberichten des Bundesversicherungsamtes thematisiert wurde, dass es keine Rechtsgrundlage für eine solche Herabsetzungs-/ Erhöhungsregelung der Gefahrklassen gibt.

Herabsetzungs- oder Erhöhungsregelungen können nur ausnahmsweise vor dem Hintergrund fusionsbedingter Sondersituationen (i.S.d. § 118 Abs. 1 Satz 4 SGB VII) für eine Übergangsfrist genehmigt werden, die im vorliegenden Fall jedoch nicht gegeben war. Zur Rechtfertigung einer solchen Ausnahme im Einzelfall – vor allem im Hinblick auf das Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 GG – besteht zudem erhöhter Begründungsbedarf.

Das Bundesversicherungsamt hat zudem Gefahrtarifnachträge im Bereich der Sportunternehmen nach intensiver Prüfung sowie Beratung und Abstimmung zwischen Berufsgenossenschaft und Vertretern der Politik und des Sports genehmigt.

Durch die Nachträge wurde die Staffelung der Gefahrklassen modifiziert, um extreme Beitragssteigerungen abzumildern. Auch wenn der Gefahrtarif ansonsten keiner Veränderung unterlag, bedurfte diese Änderung des Gefahrtarifs eines Beschlusses der Vertreterversammlung sowie der Ge-

nehmigung der Aufsichtsbehörde (§§ 157 Abs. 1, 158 Abs. 1 SGB VII i.V.m. § 33 Abs. 1 SGB IV).

Aufsicht über die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Auch im Berichtsjahr 2012 wurde die dem Bundesversicherungsamt Ende 2009 übertragene Rechtsaufsicht über die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) in konstruktiver und ergebnisorientierter Zusammenarbeit fortgesetzt.

Das Abkommen über die Durchführung der zahnärztlichen Versorgung von Unfallverletzten und Berufserkrankten und die nach dem Zeitpunkt der Übertragung der Rechtsaufsicht im Jahr 2009 geprüften bzw. auf Gesetzeskonformität hin betrachteten Richtlinien (im Einzelnen: Wohnungshilferichtlinien gem. § 41 Abs. 4 SGB VII, Stand 01. Januar 1998; Kraftfahrzeughilferichtlinien gem. § 40 Abs. 5 SGB VII, Stand 01. November 2011; Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege gem. § 32 Abs. 4 SGB VII, Stand: 01. August 2008; Hilfsmittelrichtlinien gem. § 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VII, Stand 01. Juli 2011) sind im Berichtszeitraum unverändert geblieben. Die DGUV hat das Bundesversicherungsamt informiert, dass ein Bestandteil des Vertrages Ärzte/ Unfallversicherungsträger, und zwar das Leistungs- und Gebührenverzeichnis (UV-GOÄ) – u.a. Gebühren-Nr. 141 UV-GOÄ, im Berichtszeitraum angepasst und dabei die Anregung des Bundesversicherungsamtes umgesetzt wurde, dass ein Anspruch auf die Gebühr auch dann besteht, wenn der Arzt die Anzeige eines Verdachtes auf Vorliegen einer Berufskrankheit

an die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen übermittelt und der Unfallversicherungsträger sie von dieser Stelle erhält. Der Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger, Stand 01. Januar 2011, wurde selbst nicht geändert.

Im Sommer 2012 erhielt das Bundesversicherungsamt vereinbarungsgemäß den zweiten Bericht der DGUV zu den Aufsichtsthemen, der den Verlauf der Tätigkeit der DGUV in Bezug auf die unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes stehenden Richtlinien, Verträge und Abkommen widerspiegelte.

Im Januar 2013 fand turnusgemäß das Gespräch zum Gedankenaustausch zwischen dem Bundesversicherungsamt und der DGUV statt, um auch auf diesem Wege die gute und zielführende Kooperation zu unterstützen.

4. RENTENVERSICHERUNG

4. RENTENVERSICHERUNG

4.1 Finanzen der gesetzlichen Rentenversicherung

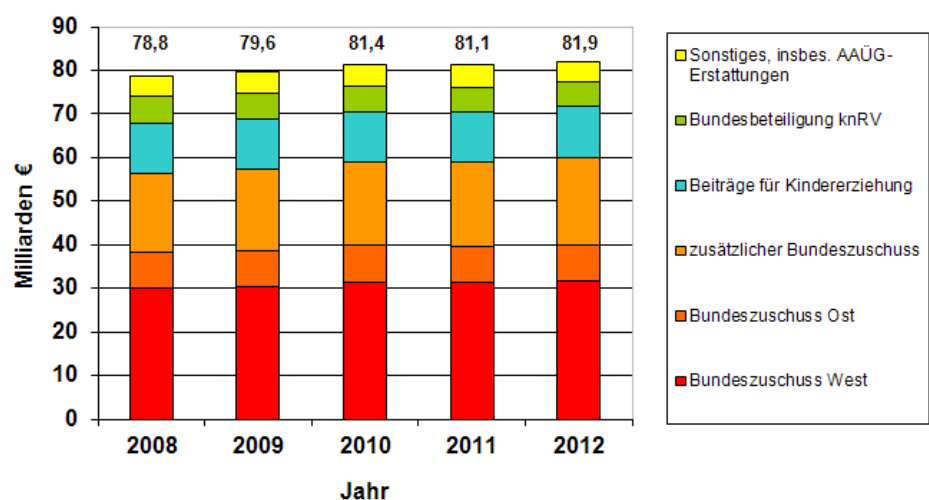
Der Bund trägt mit seinen Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge, Erstattungen) in erheblichem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Im Jahr 2012 beliefen sich die Bundeszahlungen, die durch das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet wurden, auf insgesamt rd. 81,9 Mrd. Euro. Davon betrug die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung rd. 60 Mrd. Euro und die Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten (KEZ) rd. 11,6 Mrd. Euro. Die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) sind grundsätzlich rückläufig; 2012 betrugen sie noch rd. 4,7 Mrd. Euro. Ein Teil der Zahlungen nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2012: 2,5 Mrd. Euro).

Die Bundesbeteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung macht weitere rd. 5,5 Mrd. Euro aus.

Auf die Bundeszahlungen zahlt das Bundesversicherungsamt monatliche Vorschüs-

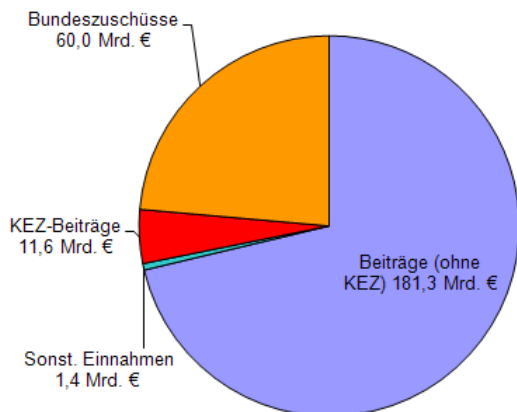
se in Höhe von ca. 6,8 Mrd. Euro aus, die im Folgejahr abgerechnet werden. Die Entwicklung der Abrechnungsbeträge der letzten fünf Jahre ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

Bundesmittel an die gesetzliche Rentenversicherung



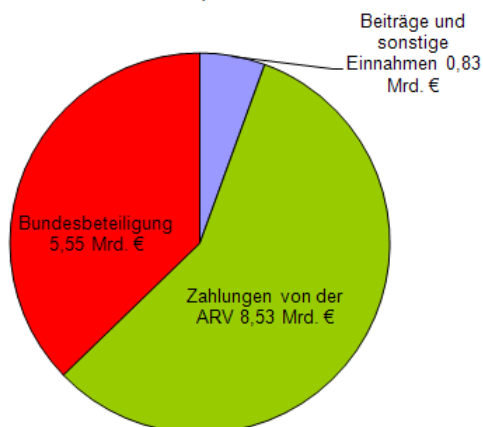
Die allgemeine Rentenversicherung (ARV) verfügte im Jahr 2012 über Einnahmen in Höhe von ca. 254 Mrd. Euro. Die Bundeszuschüsse machen damit 23,6 Prozent der Gesamteinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung aus. Zusammen mit den Beiträgen für Kindererziehungszeiten und sonstigen Erstattungen finanzierte der Bund in 2012 30,1 Prozent der Gesamteinnahmen der allgemeinen Rentenversicherung (vgl. nachfolgende Grafik).

Einnahmen der ARV 2012 Gesamt: 254,3 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 2012 von 5,5 Mrd. Euro standen lediglich rd. 0,8 Mrd. Euro an Beitragseinnahmen gegenüber. Darüber hinaus erhielt die KnRV Zahlungen der ARV in Höhe von rd. 8,5 Mrd. Euro, insbesondere zur Deckung des Anteils der Leistungen an ihre Versicherten, der auf Zeiten der allgemeinen Rentenversicherung entfällt.

Einnahmen der KnRV 2012 Gesamt: 14,9 Mrd. €



4.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
RV	1333

Fallzahlen: Eingaben, Beschwerden, Petitionen und Berichtssachen

4.3 Grundsatzfragen

Aufwandsentschädigung aus einem Ehrenamt als Hinzuverdienst

Schwierigkeiten bereitet immer wieder die Frage, ob und in welcher Höhe Hinzuverdienst auf eine Rente anzurechnen ist. So auch bei der Aufwandsentschädigung für ein Ehrenamt.

Ursprünglich berücksichtigten die Rentenversicherungsträger Aufwandsentschädigungen für kommunale Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte (ehrenamtliche Bürgermeister/ innen oder Ortsvorsteher/ innen) nur in der Höhe als Hinzuverdienst, in der sie einen konkreten Verdienstausschlag ersetzen. Bei allen anderen Ehrenämtern wurde die Aufwandsentschädigung dagegen in der Höhe als Hinzuverdienst berücksichtigt, in der sie Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen darstellte.

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts veranlasste die Rentenversicherungsträger, ihre Auffassung zu ändern. Das Bundessozialgericht hatte in Urteilen zum Bestehen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses mit beitragspflichtigem Arbeitsentgelt bei ehrenamtlichen Bürgermeistern sowie zur vollen Parallelität von Einkommensteuerrecht und Sozialversicherungsrecht beim Hinzuverdienst entschieden, dass der steuerpflichtige Teil der

Aufwandsentschädigung anzurechnendes Arbeitsentgelt darstellt. Dem folgten die Rentenversicherungsträger, bis das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im November 2010 eine Gesetzesinitiative ankündigte, nach der bis zum 30. September 2015 unter anderem Einkünfte kommunaler Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamter weiterhin nur in der Höhe als Hinzuverdienst zu berücksichtigen sind, in der sie einen konkreten Verdienstausschlag ersetzen. Für laufende Fälle ab November 2010 verfuhr die Rentenversicherungsträger nun wieder dementsprechend. Die angekündigte gesetzliche Übergangsregelung trat durch das Vierte Gesetz zur Änderung des Vierten Buchs Sozialgesetzbuch vom 22. Dezember 2011 mit Wirkung vom 21. September 2010 in Kraft (§ 302 Abs. 7 und § 313 Abs. 8 SGB VI).

Sog. „Altfälle“, also solche, die bereits vor Bekanntwerden der Gesetzesinitiative bearbeitet worden waren und in denen die Rentenversicherungsträger die Einkommen aus der ehrenamtlichen Tätigkeit entsprechend der damaligen Rechtsauffassung in Höhe des steuerpflichtigen Teils der Aufwandsentschädigung als Hinzuverdienst auf die Versichertenrente angerechnet hatten, wurden aufgegriffen und neu berechnet. Bei den Bescheidkorrekturen war allerdings die Vierjahresfrist des § 44 Abs. 4 SGB X zu beachten.

Betroffen war auch eine 1941 geborene Petentin, die seit dem 01. Juli 2002 eine Altersrente für Frauen bezog. Aufgrund der Höhe des steuerpflichtigen Teils der Aufwandsentschädigung aus ihrer Tätigkeit als ehrenamtliche Bürgermeisterin wurde diese

Rente bis zum 31. März 2006 nur in Höhe von einem Drittel der Vollrente gewährt. Im Hinblick auf die angekündigte gesetzliche Neuregelung zur Berücksichtigung von Einkünften aus ehrenamtlichen Tätigkeiten von kommunalen Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamten bat sie das Bundesversicherungsamt um Überprüfung ihrer Rentenzahlung in der Zeit vom 01. Juli 2002 bis 31. März 2006.

Die Überprüfung ergab, dass durch die Aufwandsentschädigung ein konkreter Verdienstausschlag nicht ersetzt wurde und folglich keine Anrechnung als Hinzuverdienst auf die Altersrente zu erfolgen hatte. Ausgehend von dem von der Petentin im Dezember 2010 gestellten Überprüfungsantrag konnte sich die Neuberechnung der Altersrente jedoch nur auf den Zeitraum vom 01. Januar 2006 bis 31. März 2006 auswirken.

Dokumentation medizinischer Entscheidungen zum Leistungsvermögen

Bei der Frage, ob eine Rente wegen Erwerbsminderung zu gewähren ist, kommt es entscheidend auf die medizinische Einschätzung des Leistungsvermögens an. Hierbei ist eine besondere Sorgfalt und eine genaue Dokumentation erforderlich. Im Rahmen der Eingabenbearbeitung fiel auf, dass der beratungsärztliche Dienst eines Rentenversicherungsträgers ein früheres medizinisches Votum durch Überschreiben abgeändert hatte. Das Bundesversicherungsamt hat dies beanstandet. Denn bei einer ärztlichen Leistungsfeststellung handelt es sich um ein amtliches Dokument, das nicht einfach überschrieben werden darf, weil andernfalls eine spätere Überprüfung der Entscheidungsfindung nicht mehr möglich wäre.

Der Rentenversicherungsträger räumte dies ein und sicherte zu, dass abändernde medizinische Leistungsbeurteilungen künftig auf einer gesonderten Entscheidungsvorlage erfolgen werden, so dass die ursprünglichen Voten sichtbar bleiben.

Anerkennung von Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten bei gemeinsamer Erklärung

Bei gemeinsamer Erziehung ihrer Kinder können Eltern durch eine gemeinsame Erklärung festlegen, wem die Kindererziehungs- und Kinderberücksichtigungszeiten (KEZ/ BÜZ) für die Rentenberechnung zuzuordnen sind. Diese gemeinsame Erklärung kann allerdings rückwirkend nur für zwei Kalendermonate und ansonsten nur mit Wirkung für künftige Kalendermonate abgegeben werden.

Das Bundesversicherungsamt konnte daher einem Vater, der die Anerkennung von KEZ/ BÜZ für alle seine vier Kinder in seinem Versicherungskonto begehrte, nicht weiterhelfen. Die mittlerweile geschiedenen Eltern hatten eine gemeinsame Erklärung, wonach die KEZ/ BÜZ unter den Eltern aufgeteilt und die KEZ/ BÜZ für die beiden älteren Kinder dem Vater, die für die beiden jüngeren Kinder der Mutter zugeordnet werden sollten, zu spät abgegeben.

Gem. § 56 Abs. 2 Satz 9 SGB VI hatte der Rentenversicherungsträger daher zu prüfen, welcher Elternteil die Kinder überwiegend erzogen hat. Eine überwiegende Erziehung durch den Vater konnte nach objektiven Gesichtspunkten nicht festgestellt werden, sodass die KEZ/ BÜZ in vollem Umfang der Mutter zuzuordnen waren.

Verzögerungen bei der Umsetzung eines Urteils zum Versorgungsausgleich

Der Rentenversicherungsträger muss die Entscheidung eines Zivilgerichts über einen Versorgungsausgleich nach Eintritt der Rechtskraft zeitnah umsetzen. Eine Versicherte beschwerte sich beim Bundesversicherungsamt. In Ihrem Fall waren seit der Entscheidung des Oberlandesgerichtes mehr als acht Monate vergangen, bis der Zuschlag an Entgeltpunkten berücksichtigt und die Rente monatlich um 488,49 Euro erhöht wurde. Das Oberlandesgericht hatte dem Rentenversicherungsträger die Rechtskraft der Entscheidung nicht schriftlich bestätigt. Es vertrat – wie einige weitere Oberlandesgerichte – die Auffassung, seine Entscheidungen seien bereits mit der Verkündung rechtskräftig. Somit konnte der Rentenversicherungsträger die Entscheidung erst nach der mit Verzögerung ergangenen Rechtskraftmitteilung umsetzen und die Rente des Ausgleichspflichtigen nach Beachtung aller Fristen des Schuldnerschutzes um einen Abschlag reduzieren und die Rente der Ausgleichsberechtigten um einen Zuschlag erhöhen.

Da die ausgleichsberechtigte Rentnerin hierdurch unangemessen benachteiligt wurde, hat das Bundesversicherungsamt die Angelegenheit mit dem Rentenversicherungsträger erörtert. Die Dauer der Rechtsmittelfrist ergibt sich aus dem Gesetz und dem Rentenversicherungsträger war bekannt, dass ein Beschluss des Oberlandesgerichtes vorlag. Unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes war es ihm daher zuzumuten, sich innerhalb einer angemessenen Frist über den Eintritt der Rechtskraft

zu informieren. Im Rahmen der Erörterungen konnte das Bundesversicherungsamt schließlich erreichen, dass der Eintritt der Rechtskraft ausgehend von dem Beschluss des Oberlandesgerichtes auf einen früheren Zeitpunkt fingiert und die Rentnerin eine Nachzahlung von 3.419,43 Euro erhielt.

Bearbeitungsrückstand von medizinischen Rehabilitationsanträgen abgebaut

Kontinuierlich steigende Antragszahlen in den letzten Jahren sowie Personalmangel beim medizinischen Fachpersonal führten bei einem Rentenversicherungsträger zu einem immer stärker anwachsenden Antragsstau. Für die Versicherten ergaben sich dadurch unzumutbar lange Wartezeiten bei der Bearbeitung ihrer Rehabilitationsanträge und so häuften sich auch die Beschwerden beim Bundesversicherungsamt.

Aufgrund abgestimmter effektiver personeller und organisatorischer Maßnahmen konnte im Laufe des Jahres 2012 die Wende herbeigeführt werden. Die Durchschnittsbearbeitungszeit von Rehabilitationsanträgen konnte im letzten Quartal 2012 auf durchschnittlich sieben Arbeitstage zurückgeführt und gleichzeitig der Bearbeitungsstau erfolgreich abgebaut werden. Die Zahl der unerledigten Fälle hat sich in diesem Zeitraum trotz leicht gestiegener Antragszahlen nahezu halbiert.

Prüfung der Künstlersozialabgabe

Seit 2007 müssen die Träger der Rentenversicherung bei den Arbeitgebern auch prüfen, ob diese ihre Meldepflichten nach dem KSVG ordnungsgemäß erfüllen und die Künstlersozialabgabe rechtzeitig und

vollständig entrichten (§ 28p Abs. 1a SGB IV und § 35 KSVG). Die Rentenversicherungsträger sind der Meinung, ihnen stehe ein Ermessen hinsichtlich der Auswahl der zu prüfenden Unternehmen zu.

Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes ergibt sich aus dem Wortlaut der § 28p Abs. 1a SGB IV und § 35 KSVG sowie dem Sinn und Zweck der 3. KSVG-Novelle dagegen eindeutig, dass die Träger der Rentenversicherung jeden Arbeitgeber mindestens alle vier Jahre hinsichtlich der Künstlersozialabgabe zu prüfen haben. Eine Auswahl der zu prüfenden Arbeitgeber sieht das Gesetz nicht vor. Durch die Übertragung auf die Träger der Deutschen Rentenversicherung sollte mittelfristig eine nahezu vollständige Erfassung aller abgabepflichtigen Unternehmen, Abgabegerechtigkeit und eine Stabilisierung des Abgabesatzes erreicht werden. Nur durch eine flächendeckende Ersterfassung aller potentiell Abgabepflichtigen innerhalb eines begrenzten Zeitraums kann die bisher bestehende Ungleichbehandlung zwischen denjenigen, die die Künstlersozialabgabe zahlen und jenen, die ihrer Zahlungspflicht nicht nachkommen, beseitigt werden. Die angestrebte Abgabegerechtigkeit erfordert darüber hinaus, dass auch die Unternehmen geprüft werden, die bereits die Künstlersozialabgabe zahlen oder von der KSK als dem Grunde nach abgabepflichtig erfasst sind, aber angeben, keine Entgelte für künstlerische oder publizistische Leistungen gezahlt zu haben. Ansonsten findet eine Ungleichbehandlung derjenigen statt, die die Künstlersozialabgabe in der gesetzlich vorgeschriebenen Höhe zahlen und jenen, die eine zu niedrige Künstlersozialabgabe zahlen bzw. zu Unrecht Nullmeldungen abgeben.

Das Bundesversicherungsamt und die Deutsche Rentenversicherung Bund haben ihre unterschiedlichen Auffassungen zum gesetzlich vorgeschriebenen Umfang der Prüfungen in den Jahren 2011 und 2012 ausführlich diskutiert. Im Anschluss hat die Deutsche Rentenversicherung Bund, soweit sie Grundsatz- und Querschnittsaufgaben für alle Rentenversicherungsträger wahrnimmt, beschlossen, dass die Prüfdienste der Rentenversicherungsträger weiterhin nur einen Teil der Arbeitgeber prüfen werden. Die beiden der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehenden Rentenversicherungsträger haben dem folgend entschieden, lediglich das auf sie entfallende Kontingent an ausgewählten Arbeitgebern hinsichtlich der Künstlersozialabgabe zu prüfen.

Eine solche Verfahrensweise entspricht nicht der gesetzlichen Verpflichtung, alle Arbeitgeber zu prüfen und ist somit rechtswidrig. Das Bundesversicherungsamt hat daher die beiden seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger verpflichtet, im Rahmen aller bei den Arbeitgebern mindestens alle vier Jahre durchzuführenden Arbeitgeberprüfungen nach § 28p Abs. 1 SGB IV zu prüfen, ob die Arbeitgeber ihre Meldepflichten nach dem KSVG ordnungsgemäß erfüllen und die Künstlersozialabgabe rechtzeitig und vollständig entrichten. Beide Träger klagen gegen die Verpflichtungsbescheide vor den zuständigen Landessozialgerichten.

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

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2012 insgesamt elf verbindliche Entscheidungen der Deutschen Rentenversicherung Bund geprüft. Zu zwei verbindlichen Entscheidungen wurden mit dem Grundsatz- und Querschnittsbereich Erörterungen geführt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund beabsichtigt, die Änderungsvorschläge des Bundesversicherungsamtes umzusetzen bzw. hat dies bereits getan.

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt zwei verbindliche Entscheidungen angeregt:

Hochrechnung voraussichtlicher beitragspflichtiger Einnahmen

Bereits im Tätigkeitsbericht 2011 wurde berichtet, dass das Bundesversicherungsamt mit einem Rentenversicherungsträger erörtert hat, ob die den Versicherten im Rahmen der Rentenantragstellung gegebenen Hinweise die Konsequenzen der Hochrechnung nach § 194 SGB VI hinsichtlich von Einmalzahlungen zutreffend darstellen. Inzwischen hat das Bundessozialgericht bestätigt, dass die erteilten Hinweise jedenfalls insoweit unrichtig gewesen sind, als sie den Eindruck erweckt haben, eine im Hochrechnungszeitraum zu erwartende Einmalzahlung werde dann angemessen berücksichtigt, wenn entsprechende Zahlungen bereits in den Vorjahren geflossen sind.

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2012 darauf geachtet, dass die Rentenantragsformulare und die Arbeitsanweisungen entsprechend den Ausführungen des Bundessozialgerichts überarbeitet wurden. Zudem wird in einem Prüfverfahren zum Thema „Altersrenten“ auf die entsprechende praktische Umsetzung ein besonderes Augenmerk gelegt.

Das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung zudem ausgeführt, dass es rechtlich grundsätzlich möglich ist, in dem Widerspruch eines Versicherten gegen die Hochrechnung eine Rücknahme des Rentenantrags, verbunden mit einem Neuantrag ohne Hochrechnung, zu sehen. Die Rentenversicherungsträger haben dementsprechend beschlossen, die Rücknahme des Rentenantrags innerhalb der Widerspruchsfrist zu akzeptieren, damit bei der erstmaligen Rentenberechnung für bis zu drei Monate vor Rentenbeginn die tatsächliche Beitragsbemessungsgrundlage anstelle der fiktiven berücksichtigt werden kann, obwohl die versicherte Person zuvor der Hochrechnung zugestimmt hat und deshalb das Neufeststellungsverbot des § 70 Abs. 4 SGB VI greift. Das Bundesversicherungsamt hat die Deutsche Rentenversicherung Bund gebeten, zu dieser Auslegung eine verbindliche Entscheidung zu treffen, damit eine einheitliche Vorgehensweise aller Rentenversicherungsträger sichergestellt ist.

Leistungsbezug aus dem Europäischen Sozialfonds

Im Rahmen der Bearbeitung von Eingaben und Petitionen ist das Bundesversicherungsamt auf die unterschiedliche Speiche-

rung von Zeiten der Arbeitslosigkeit nach § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI nach dem 30. Juni 1978 mit Bezug von Leistungen aus dem Europäischen Sozialfonds bei den seiner Aufsicht unterliegenden Rentenversicherungsträgern aufmerksam geworden. Während ein Rentenversicherungsträger die entsprechenden Anrechnungszeiten als solche „mit Leistungsbezug“ speicherte, nahm ein anderer Träger eine Speicherung „ohne Leistungsbezug“ vor. Dies hatte eine unterschiedliche Beurteilung der Zeiten im Rahmen der Rentenberechnung zur Folge, da Anrechnungszeiten „ohne Leistungsbezug“ gem. § 74 Satz 4 Nr. 1 SGB VI im Rahmen der Gesamtleistungsbewertung nicht bewertet werden.

Das Bundesversicherungsamt hat daher den Grundsatz- und Querschnittsbereich der Deutschen Rentenversicherung Bund gebeten, eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen. Dies ist durch eine im Februar 2011 getroffene verbindliche Entscheidung geschehen. Jetzt werden bei allen Rentenversicherungsträgern Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit nach dem 30. Juni 1978, in denen Leistungen aus dem europäischen Sozialfonds bezogen wurden, als Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit „ohne Leistungsbezug“ erfasst und damit im Rahmen der Gesamtleistungsbewertung nicht bewertet.

Verfahrensbeschreibung zu verbindlichen Entscheidungen

Die Deutsche Rentenversicherung Bund und das Bundesversicherungsamt haben die bereits im Tätigkeitsbericht 2011 erwähnte Verfahrensbeschreibung, die sich mit Be-

richtigungen und Änderungen von verbindlichen Entscheidungen befasst, inzwischen endgültig abgestimmt. Nun ist geregelt, wie in Fällen zu verfahren ist, in denen redaktionelle Versehen zu berichtigen sind, verbindliche Entscheidungen aufgrund einer Gesetzesänderung oder aus anderen Gründen, z.B. neuer Rechtsprechung, geändert oder aufgehoben werden müssen. Es ist zudem festgelegt, wie die Deutsche Rentenversicherung Bund vorgeht, wenn eine verbindliche Entscheidung außer Kraft tritt, weil die ihr zugrunde liegende Rechtsvorschrift aufgehoben wurde oder weggefallen ist.

Anlagerichtlinie

Zum Jahresbeginn 2012 wurde die Deutsche Rentenversicherung Bund vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales aufgefordert, eine verbindliche Entscheidung über eine für alle Träger der Deutschen Rentenversicherung einheitliche Anlagerichtlinie und Grundsätze für Arbeitsanweisungen zu treffen. Wegen seiner Zuständigkeit im Rahmen der Rechtsaufsicht wurde das Bundesversicherungsamt in das Verfahren eingebunden.

In einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Deutschen Rentenversicherung, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesversicherungsamtes, wurde auf Basis eines Entwurfs der Deutschen Rentenversicherung eine „Anlagerichtlinie und Grundsätze für Arbeitsanweisungen der Träger der allgemeinen Rentenversicherung“ (im Folgenden: Anlagerichtlinie) abgestimmt.

Der Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung hat im August 2012 verbindlich entschieden, dass die Anlagerichtlinie Grundlage des Liquiditäts- und Anlagemanagements der Träger der allgemeinen Rentenversicherung ist. Die Anlagerichtlinie konkretisiert die allgemeinen Grundsätze des § 80 Abs. 1 SGB IV (Sicherheit, Liquidität und angemessener Ertrag). Sie beinhaltet u.a. Kriterien für die Sicherheit der Anlage, regelt die zulässigen Anlagearten und -zeiträume sowie Dokumentations- und Berichtspflichten, sie gibt Anforderungen an die Durchführung der Geldanlage und eine Risikokontrolle vor.

Das Bundesversicherungsamt hat der Deutschen Rentenversicherung darüber hinaus empfohlen, Ratings auf die Bewertungsstufe „A-“ bzw. „A3“ zu begrenzen. Im Falle sich widersprechender Ratings soll das Rating mit der niedrigeren Bewertung maßgebend sein.

Das Bundesversicherungsamt hat die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger durch Rundschreiben vom 13. Februar 2013 aufgefordert, Anlagerichtlinien zu erlassen und sich hierbei an der Richtlinie der Deutschen Rentenversicherung zu orientieren.

4.5 Aufsichtsprüfungen bei den Rentenversicherungsträgern

Clearingstelle

Das Bundesversicherungsamt hatte im Jahr 2008 eine Aufsichtsprüfung zum Thema „Statusfeststellungsverfahren nach § 7a SGB IV“ begonnen.

Gem. § 7a SGB IV können die Beteiligten schriftlich eine Entscheidung beantragen, ob eine Beschäftigung vorliegt, es sei denn, die Einzugsstelle oder ein anderer Versicherungsträger hatte im Zeitpunkt der Antragstellung bereits ein Verfahren zur Feststellung einer Beschäftigung eingeleitet. Die Prüfung wurde im Jahr 2011 wieder aufgenommen und inzwischen abgeschlossen. Dabei konnte die neue grundlegende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die festlegt, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund über die Versicherungspflicht in allen Sozialversicherungszweigen zu entscheiden hat (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 11. März 2009, Az. B 12 R 11/07 R, und Urteil des Bundessozialgerichts vom 04. Juni 2009, Az. B 12 R 6/08 R), ebenso berücksichtigt werden, wie die inzwischen vorgenommenen organisatorischen Änderungen bei der Clearingstelle.

Gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund hat das Bundesversicherungsamt wesentliche Verbesserungen des Verfahrens erreichen können.

Das Rechtshandbuch zu § 7a SGB IV und eine Reihe von Geschäftsprozessbeschreibungen des Rentenversicherungsträgers sind überarbeitet worden. Die Abgabe von Vorgängen an den Betriebsprüfdienst ist nun ebenso geregelt, wie die Rückfrage bei der Einzugsstelle bzw. der Künstlersozialkasse, wenn nicht geklärt ist, ob diese bereits eine Entscheidung hinsichtlich der zu beurteilenden Tätigkeit getroffen haben. Des Weiteren ist sichergestellt, dass die Sachbearbeitung in Fällen der mangelnden Mitwirkung und der Antragsrücknahme durch den Antragsteller einheitlich verfährt. Auch hinsichtlich der

Gestaltung der Bescheide, Stellungnahmen auf Voranfragen und Anforderungsschreiben hat die Deutsche Rentenversicherung Bund die Verfahrensbeschreibungen und Textselektionen angepasst.

Darüber hinaus sind der Antragsvordruck V027 und die dazu gehörenden Erläuterungen im V028 den Anregungen des Bundesversicherungsamtes entsprechend umfassend geändert worden. Die Fälle, in denen kein Statusfeststellungsverfahren durchzuführen ist, sind für den Antragsteller nun deutlich zu erkennen. Zudem wird durch den neuen Aufbau und die detaillierte Fragestellung im Vordruck erreicht, dass den Antragstellern das Ausfüllen und der Clearingstelle die Sachverhaltsermittlung erleichtert wird.

Die Umsetzung der aufgezeigten Maßnahmen und die Sensibilisierung für die dargestellten Problembereiche dürften generell zu einer Qualitätssteigerung bei Statusfeststellungsentscheidungen führen.

Das Bundesversicherungsamt wird die Entwicklung der Bearbeitungszeiten beobachten und verfolgen, ob die bisher getroffenen Veränderungen greifen oder weitere erforderlich sind. Unabhängig hiervon hat das Bundesversicherungsamt angeregt, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund hinsichtlich der Bearbeitung von Statusfeststellungsverfahren eine Kundenbefragung durchführt. Die Antragsteller können zielgenau beurteilen, wie zufrieden sie mit den Vordrucken, den Bescheiden, der Ermittlungsarbeit und den Bearbeitungszeiten sind. Durch eine Kundenbefragung kann somit zum einen überprüft werden, wie

erfolgreich die bisherigen Maßnahmen gewesen sind und zum anderen, wo die Antragsteller weiteres Verbesserungspotential sehen.

Überzahlungen wegen Einkommensanrechnung bei Witwen- und Witwerrenten

Das Bundesversicherungsamt hat bei einem Rentenversicherungsträger die Bearbeitung von Witwen- und Witwerrenten überprüft, in denen eine Neuberechnung aufgrund einer nachträglich vorzunehmenden Einkommensanrechnung zu einer Überzahlung führte. Insbesondere sollten die Gründe für die hohen Überzahlungen analysiert und geklärt werden, ob und wie entsprechende Überzahlungen zukünftig vermieden werden können.

Die Prüfung ergab, dass in einigen Fällen eine „Verknüpfung“ des Hinterbliebenenrentenkontos mit dem eigenen Versicherungskonto des Hinterbliebenen nicht bestand und somit lange Zeit (oftmals bis zur Aufgabe der Beschäftigung der Hinterbliebenen) Einnahmen, die von den Hinterbliebenen neben der Witwen- bzw. Witwerrente bezogen wurden, nicht auffielen.

Der betroffene Rentenversicherungsträger hat dazu nachvollziehbar ausgeführt, dass derartige Fälle aktuell nicht mehr auftreten können. Er erläuterte, dass die maschinellen Verfahren mittlerweile so eingerichtet sind, dass mit jedem Erstantrag auf Hinterbliebenenrente eine Verknüpfung zwischen dem Konto der Hinterbliebenenrente und dem Versicherungskonto der rentenberechtigten Person hergestellt wird. Grundlage für diese

Verknüpfung ist die im Hinterbliebenenrentenantrag angegebene Versicherungsnummer. Die Anmeldungen über die Ausübung einer (auch geringfügigen) Beschäftigung fließen in das Hinterbliebenenkonto ein und werden der Sachbearbeitung zur Überprüfung angezeigt.

Problematisch bleibt dieses Verfahren allerdings weiterhin, wenn der Rentenberechtigte eine neue oder erneute Beschäftigungsaufnahme nicht mitteilt und der Arbeitgeber (versehentlich) keine Anmeldung sondern lediglich die jährlichen Entgeltmeldungen absetzt. Insoweit erörtert das Bundesversicherungsamt mögliche Verfahrensverbesserungen mit dem Rentenversicherungsträger.

Überzahlungen bei Waisenrenten

Das Bundesversicherungsamt hat bei dem gleichen Rentenversicherungsträger die Bearbeitung von Waisenrenten stichprobenartig geprüft. Die dabei festgestellten Fehler führten in dreizehn Fällen zu Zahlungsbetragsauswirkungen (Nachzahlungen sowie Überzahlungen) in einem Gesamtvolumen von über 18.000 Euro.

Die eingetretenen Überzahlungen konnten in einem erheblichen Teil der Fälle nicht zurückgefordert werden, weil der Rentenbescheid wegen Vertrauensschutzes - mangels „Bösgläubigkeit“ der Schuldner - nicht mehr aufgehoben werden konnte. Dadurch entstand bei dem Rentenversicherungsträger ein dauerhafter Vermögensschaden in einem Gesamtvolumen von etwa 10.000 Euro.

Soweit die Rückforderung von überzahlten Waisenrenten zulässig ist, ist sie mit erhebli-

cher Verwaltungsarbeit verbunden. Dies ist auf die oftmals schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse der jungen Schuldner zurückzuführen. So kommt es nicht selten zu Mahnungen und weiteren Zwangsmaßnahmen, die ohne den gewünschten Erfolg bleiben. Teils wird zumindest eine Ratenzahlung mit kleinen Raten und entsprechend langer Laufzeit erreicht.

Hinterbliebenenrenten

Das Bundesversicherungsamt hat bei einem weiteren Rentenversicherungsträger ausgewählte Witwen- bzw. Witwerrenten und Waisenrenten geprüft. Die dabei festgestellten Fehler führten in nahezu jedem vierten Fall zu Zahlbetragsauswirkungen (Nachzahlungen sowie Überzahlungen) in einem Gesamtvolumen von ca. 28.000 Euro.

Ein Fehlerschwerpunkt war auch hier die Einkommensanrechnung. Die festgestellten Fehler waren vielfältiger Art. Sie reichten über das Zugrundelegen falscher Arbeitsentgelte, die Berücksichtigung fehlerhafter Freibeträge, die unterlassene Berücksichtigung des Wechsels von Einkommensarten, die unterlassene Prüfung, ob eine Beschäftigung ausgeübt wird, die Nichtberücksichtigung der speziellen Regelungen für schwankendes Einkommen, die fehlende Überprüfung widersprüchlicher Angaben (z.B. manueller bzw. maschineller Art) bis hin zu einem kompletten Unterlassen der Einkommensermittlung (z.B. bei Bezug von Elterngeld).

Die Berücksichtigung eines erhöhten Freibetrages für die Erziehung eines waisenrentenberechtigten Kindes bei der Ein-

kommensanrechnung ist in einigen Fällen unterblieben. Außerdem versäumte der Rentenversicherungsträger Mutterschaftsgeld nach dem Mutterschaftsgeldgesetz und den Zuschuss des Arbeitgebers zum Mutterschaftsgeld als kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen anzurechnen.

Darüber hinaus bemängelte das Bundesversicherungsamt in einigen Fällen die Klärung des Versicherungskontos der Verstorbenen. Dies betraf insbesondere die Ermittlungen zu Berufsausbildungszeiten. Hier wurden beispielsweise keine Ermittlungen eingeleitet, obwohl die Berechtigten im Kontenklärungs- bzw. Rentenanspruch angegeben hatten, eine Berufsausbildung absolviert zu haben, oder die gespeicherten Entgelte die Vermutung des Vorliegens einer Berufsausbildung nahe legten. Im Versicherungskonto vorhandene Lücken wurden in Einzelfällen nicht beachtet bzw. vor der Bescheiderteilung nicht geklärt.

Nachschau zum Kinderzuschlag bei Witwen- und Witwerrenten

Das Bundesversicherungsamt hatte im Jahr 2010 die seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger angewiesen, alle Fälle zu ermitteln, in denen der Kinderzuschlag bei Witwen- und Witwerrenten möglicherweise fehlerhaft nicht berücksichtigt wurde. Dieser Zuschlag soll einen Ausgleich für Witwen und Witwer schaffen, die Kinder erzogen haben und von der Absenkung des Versorgungssatzes von 60 Prozent auf 55 Prozent betroffen sind (siehe auch die Tätigkeitsberichte 2010 und 2011).

Im Jahr 2012 bat das Bundesversicherungsamt die Rentenversicherungsträger, erneut eine identische Überprüfung des Rentenbestandes durchzuführen, um zu überprüfen, ob die seinerzeit dringend angemahnten Maßnahmen zur Optimierung des Verfahrens für die Ermittlung des Kinderzuschlags umgesetzt wurden und - vorrangig - ob diese auch greifen.

Ein Rentenversicherungsträger hat aufgrund dieses erneuten Suchlaufs über 9.000 Fälle überprüft und im Ergebnis in rund zehn Prozent der Fälle Neuberechnungen veranlasst. In über neun Prozent der überprüften Fälle ergaben sich dabei erneut Nachzahlungen.

Die Auswertungen des Rentenversicherungsträgers haben erfreulicherweise ergeben, dass nach dem Einsatz einschlägiger Hinweistexte die Neuberechnungsquote annähernd halbiert wurde. Diese Analysen ergaben aber auch, dass in einer über Einzelfälle hinausgehenden Größenordnung nicht die unsachgemäße Anwendung der gesetzlichen Vorschriften durch den Rentenversicherungsträger, sondern fehlerhafte Angaben von Berechtigten bei der Hinterbliebenenrentenantragstellung dazu führten, dass der Kinderzuschlag fehlerhaft nicht berücksichtigt wurde. Um auch diese Fälle auszuschließen, hat der Rentenversicherungsträger einen obligatorischen zusätzlichen Prüfvordruck mit Indizienfragen entwickelt. Außerdem wurden als eine weitere vom Bundesversicherungsamt angeregte Maßnahme die Erläuterungen zum Antrag auf Hinterbliebenenrente unter der einschlägigen Fragestellung inzwischen modifiziert.

Ein anderer Rentenversicherungsträger hat dem Bundesversicherungsamt berichtet, dass das maschinelle Übermittlungsverfahren (Datenaustausch zwischen den Rentenversicherungsträgern bezüglich der im Beteiligtenkonto berücksichtigten Kinderberücksichtigungszeiten) nunmehr grundsätzlich greift. Er wies jedoch darauf hin, dass trotz des eingeleiteten maschinellen Übermittlungsverfahrens in bestimmten Fallkonstellationen keine maschinelle Rückmeldung aus dem Versicherungskonto des Hinterbliebenenrentenberechtigten erfolgt und daher in diesen Fallgruppen ein manuelles Eingreifen der Sachbearbeitung erforderlich ist. Der Rentenversicherungsträger prüft derzeit, durch welche Maßnahmen der maschinelle Informationsaustausch auch in diesen Fällen optimiert werden kann.

Darüber hinaus hat der Rentenversicherungsträger im Rahmen der bisherigen Verfahrensoptimierungen eine zusätzliche maschinelle Fehlerprüfung realisiert. Des Weiteren soll der derzeitige maschinelle Informationsaustausch für die Ermittlung des Kinderzuschlags noch um eine Plausibilitätsprüfung erweitert werden.

Altersrenten für Frauen, erste Zwischenergebnisse

Im Jahr 2012 hat das Bundesversicherungsamt eine Prüfung der Bearbeitung von Altersrenten für Frauen begonnen. Erste Zwischenergebnisse deuten an, dass die Berücksichtigung von Anrechnungszeiten wegen Schwangerschaft und Mutterschaft bei der Rentenberechnung einen Fehlerschwerpunkt darstellt. Insbesondere das Meldeverfahren zwischen den Kranken-

kassen und den Rentenversicherungsträgern ist in einigen Prüffällen nicht einwandfrei abgelaufen. Abschließende Ergebnisse der Prüfung bleiben einem späteren Tätigkeitsbericht vorbehalten.

4.6 Aufsicht über die Künstlersozialkasse

Umsetzung des neugestalteten Zustimmungsverfahrens bei den Ausgleichsvereinigungen

Im Jahr 2011 hat das Bundesversicherungsamt - wie im Tätigkeitsbericht 2011 dargestellt - das Zustimmungsverfahren bei den Ausgleichsvereinigungen gem. § 32 KSVG mit der Künstlersozialkasse von Grund auf überarbeitet. Gemeinsam wurden ein neuer Mustervertrag, Erläuterungen zum Mustervertrag, eine Muster-Zusatzvereinbarung, ein Musterprüfvermerk und ein Verwaltungskostenkonzept abgestimmt und alle bekannten grundsätzlichen Fragestellungen geklärt.

Die Künstlersozialkasse legte dem Bundesversicherungsamt im Jahr 2012 die ersten Vereinbarungen vor, in denen sie den neuen Mustervertrag angewandt und die abgestimmten Vorgaben eingehalten hatte. Diese Ausgleichsvereinigungen konnte das Bundesversicherungsamt infolgedessen problemlos und zügig prüfen und genehmigen.

Beanstandungsverfahren

§ 21 der Verordnung über den Beirat und die Ausschüsse bei der Künstlersozialkasse sieht vor, dass das Bundesversicherungsamt in Widerspruchsangelegenheiten des Künstlersozialversicherungsrechts entschei-

det, sofern die Künstlersozialkasse eine vom zuständigen Widerspruchsausschuss beabsichtigte Entscheidung für rechtswidrig hält. Im vergangenen Jahr hat das Bundesversicherungsamt in zehn Beanstandungsverfahren Entscheidungen getroffen. Der Auffassung der Künstlersozialkasse hat sich das Bundesversicherungsamt siebenmal angeschlossen, so dass die entsprechenden Widersprüche zurückgewiesen wurden. Drei Widersprüchen hat es in Übereinstimmung mit dem Widerspruchsausschuss stattgegeben.

Die Hälfte der Verfahren insgesamt betraf die Feststellung der Versicherungspflicht nach dem KSVG aufgrund einer Tätigkeit als Übersetzer. Für das Berufsbild des Übersetzers ist die Publizisteneigenschaft weder generell zu bejahen noch zu verneinen. In einem grundlegenden Urteil aus dem Jahre 2006 hat das Bundessozialgericht ausgeführt, es sei im Einzelfall zu berücksichtigen, ob dem Übersetzer ein Gestaltungsspielraum zukommt, der über das rein Handwerkliche hinausgeht.

In den zu entscheidenden Fällen haben die Widerspruchsführer hauptsächlich Texte übersetzt, die nicht der Literatur im weitesten Sinne zuzuordnen sind. In vier Fällen enthielten die vorgelegten Unterlagen keine Anhaltspunkte dafür, dass den Widerspruchsführern bei ihren Übersetzungen ein Gestaltungsfreiraum eingeräumt ist, der über das rein Handwerkliche hinausgeht, bzw. dass sie einen eventuell vorhandenen Freiraum nutzen. Diese Widerspruchsführer waren damit nicht als Publizisten im Sinne des KSVG anzusehen.

Zudem ist bei der Bearbeitung der Beanstandungsverfahren aufgefallen, dass die Widerspruchsführer vermehrt angegeben haben, neben der Übersetzungstätigkeit auch als Lektor tätig zu sein. Der Beruf des Lektors gehört zu den Katalogberufen des Autorenreports von Fohrbeck/ Wiesand aus dem Jahr 1972. Katalogberufe sind im Allgemeinen ohne Weiteres als publizistischer bzw. künstlerischer Beruf anzuerkennen. Bei der grundsätzlichen Auseinandersetzung mit dieser Thematik ist das Bundesversicherungsamt allerdings zu dem Ergebnis gekommen, dass ein Lektor im Übersetzungsbereich nicht mit dem Katalogberuf des (Verlags-) Lektors gleichzusetzen ist. Vielmehr bilden lektoratstypische Aufgaben einen Teil der Übersetzungstätigkeit, so dass im Übersetzungsbereich die Tätigkeiten als Übersetzer und Lektor grundsätzlich als Einheit betrachtet werden können und die Publizisteneigenschaft jeweils im Einzelfall zu prüfen ist.

4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht

Internationale Kontakte/Konferenzen

Das Bundesversicherungsamt nahm auch im Berichtsjahr auf Einladung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales an Besprechungen im internationalen Bereich teil. So konnten Erkenntnisse aus der aufsichtsrechtlichen Praxis in die Gespräche zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Föderation Russland ebenso wie zum Abschluss eines Sozialversicherungsabkommens mit der Argentinischen Republik einbezogen werden.

Darüber hinaus hat das Bundesversicherungsamt die Gespräche zwischen den deutschen und den serbischen, den britischen, den niederländischen sowie den indischen Versicherungsträgern begleitet. Bei der deutsch-britischen und der deutsch-niederländischen Verbindungsstellenbesprechung ging es vor allem um materiellrechtliche Fragen zum jeweiligen nationalen Recht sowie zu den seit 01. Mai 2010 anwendbaren Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009. Problemfragen aus dem anzuwendenden Sozialversicherungsabkommen ebenso wie die Auswirkungen der verschiedenen Organisationsreformen standen im Mittelpunkt der deutsch-serbischen Besprechung. Einen besonderen Stellenwert kommt bei allen Gesprächen der Abstimmung von Verfahrensfragen zu, um die langwierigen Verwaltungsverfahren im Interesse der Versicherten insgesamt zu beschleunigen. Im Rahmen der Besprechung der deutschen und indischen Rentenversicherungsträger konnten notwendige und zweckmäßige Verwaltungsmaßnahmen festgelegt werden, die für die künftige Umsetzung der im Sozialversicherungsabkommen getroffenen Regelungen erforderlich sind.

Verzögerung der Rentenauszahlung bei Verzug ins Ausland

Die Rentenversicherungsträger zahlen die laufenden Geldleistungen durch die Deutsche Post AG, Geschäftsbereich Renten Service, aus (§ 119 SGB VI). Dabei ist der Renten Service gesetzlich verpflichtet, die Zahlung der Rente einzustellen, wenn der Rentenempfänger seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt. Durch die Zahlungseinstellung soll eine Überzahlung von Rentenbeträgen

vermieden werden, die sich aus der Anwendung der Auslandszahlungsvorschriften (§§ 110 ff. SGB VI) ergeben kann. Die Regelungen der §§ 110 ff. SGB VI beeinflussen sowohl den Zahlungsanspruch als auch die ins Ausland zahlbare Rentenhöhe und gelten für alle Personen, die sich zeitlich unbeschränkt im Ausland aufhalten und Ansprüche in der gesetzlichen Rentenversicherung erworben haben; d.h. auch für deutsche Staatsangehörige. So werden z.B. nach den Auslandszahlungsvorschriften Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die auf einem verschlossenen deutschen Teilzeitarbeitsmarkt beruhen, regelmäßig nicht ins Ausland gezahlt. Ebenso hängt die Höhe der ins Ausland zahlbaren Rente u.a. von der Staatsangehörigkeit des Versicherten, dem neuen Wohnsitzstaat und von der Art der der Rente zugrunde liegenden Versicherungszeiten ab. Die Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland kann sich daher auf die Höhe einer bezogenen Rente auswirken. Auch eine vollständige Einstellung der Rentenzahlung ist denkbar.

Bei einem Verzug ins Ausland lässt sich eine Unterbrechung der Rentenzahlung aber vermeiden, wenn der Rentenversicherungsträger die für eine laufende Auslandsanweisung notwendigen Ermittlungen und Arbeitsschritte wie z.B. die Feststellung der Dauer des Aufenthalts im Ausland, des Aufenthaltsortes sowie der in das Ausland zahlbaren rentenrechtlichen Zeiten, den Nachweis der aktuellen Staatsangehörigkeit und die neue Bankverbindung noch vor dem Verzug abschließen kann. Hierfür ist jedoch eine frühzeitige Information des Rentenversicherungsträgers durch den Rentenberechtigten erforderlich. Auf diesen Umstand

machen die Rentenversicherungsträger in ihren Rentenbescheiden auch aufmerksam und bitten die Rentner insofern ihren Verzug rechtzeitig mitzuteilen.

Bargeldlose Rentenzahlung ins Ausland

Finanzpragmatische Erwägungen sowie Prüffeststellungen des Bundesrechnungshofes können manchmal Verfahrensweisen nach sich ziehen, die mit geltendem Recht nicht mehr in Einklang zu bringen sind. Vor diesem Hintergrund ist das durchaus verständliche Bestreben der Deutschen Rentenversicherung zu sehen, die Kosten für Rentenzahlungen ins Ausland für dort lebende Rentner zu verringern. Rentnern im Ausland steht es wie Berechtigten mit Wohnsitz in Deutschland frei, zwischen einer baren und einer unbaren Rentenzahlung zu wählen. Und ein gewisser Teil der im Ausland lebenden Berechtigten bevorzugt auch heute noch die bare Auszahlung ihrer Rente, d.h. den monatlichen Scheck. Dadurch entstehen aber der Deutschen Rentenversicherung allein im Europäischen Ausland nicht unerhebliche Mehrkosten, die sich auf rund einen Euro pro Rentner pro Monat belaufen. Für die nach Italien zu leistenden Scheckzahlungen entstehen so zum Beispiel jährlich mehr als eine Million Euro zusätzliche Kosten.

Die Rentenversicherungsträger sind zwar gehalten, Auslandsrentner zu den Vorteilen der unbaren Rentenzahlung zu beraten, wie z.B. die Gewährleistung einer rechtzeitigen Rentenzahlung oder auch die Vermeidung des Scheckverlusts im Postweg. Sie haben jedoch keine rechtlichen Möglichkeiten, die Umstellung auf eine unbare Rentenzahlung

zu erzwingen. Die grundsätzlichen Erörterungen des Bundesversicherungsamtes mit der Deutschen Rentenversicherung haben nun sichergestellt, dass Auslandsrentnern keine Nachteile dadurch drohen, dass sie sich – trotz behördlicher Beratung – für die bare Rentenauszahlung durch Scheck entscheiden. Es konnte vor allem sichergestellt werden, dass künftig keine Zahlungsunterbrechungen mehr vorgenommen werden.

Anwendung der Verordnung (EG) 883/2004 seit 2012 auch bei EWR-Staaten und der Schweiz

Zum 01. Mai 2010 löste die überstaatliche Verordnung (EG) 883/2004 (Grundverordnung) die bis dahin für alle EU-Staaten im Bereich der sozialen Sicherheit geltende VO (EWG) 1408/71 ab. Für die Schweiz und die Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) galt jedoch weiterhin die VO (EWG) 1408/71, bis sie auch im Verhältnis zu diesen Staaten durch die neue Grundverordnung ersetzt wurde. Seit dem 01. April beziehungsweise 01. Juni 2012 richten sich in Europa die Ansprüche der Berechtigten einheitlich nach der Grundverordnung.

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtszeitraum mit Krankenkassen die Umsetzung der Grundverordnung erörtert. So war in zahlreichen Eingaben die Höhe des dem Versicherten zustehenden Erstattungsbetrages fraglich. Für die Ermittlung des erstattungsfähigen Betrages kann es erforderlich sein, die von Versicherten aufgewandten Kosten für notwendige medizinische Behandlungen in anderen Staaten der EU, des EWR oder der Schweiz zunächst in Euro umzurechnen. Vor allem bei der

Währungsumrechnung der von erkrankten Versicherten in der Schweiz selbst bezahlten medizinischen Behandlungen unterliefen einigen Krankenkassen Fehler. Das Bundesversicherungsamt hat sie daher auf die Einhaltung der in der Grundverordnung enthaltenen rechtlichen Bestimmungen hingewiesen.

Inanspruchnahme von Heilmitteln im europäischen Ausland

Versicherte deutscher Krankenkassen können erforderliche Heilmittel (so beispielhaft Krankengymnastik und Massagen) auch in anderen Staaten der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz in Anspruch nehmen.

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr mehrfach Kostenerstattungen für während einer Urlaubsreise in anderen europäischen Staaten in Anspruch genommene Heilmittel geprüft. Krankenkassen hatten ihren Versicherten die Erstattung der aufgewandten Kosten für die im europäischen Ausland beanspruchten Heilmittel verweigert. Sie begründeten vielfach ihre Entscheidung damit, dass die Heilmittel von einem Arzt am Urlaubsort verordnet worden seien, eine Erstattung aber die Verordnung eines deutschen Vertragsarztes voraussetze. Hierbei haben die Krankenkassen aber übersehen, dass sich Versicherte grundsätzlich alle im Katalog der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Leistungen im europäischen Ausland gegen Kostenerstattung selbst beschaffen können. Voraussetzung für einen Anspruch auf Erstattung ist allerdings, dass die für die maßgebliche medizinische Leistung in

Deutschland vorgesehenen Bedingungen erfüllt sind und der im Ausland aufgesuchte Leistungserbringer in das dortige gesetzliche Krankenversicherungssystem integriert und/ oder genauso wie ein in Deutschland tätiger qualifiziert ist.

Heilmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet im Rahmen einer ambulanten ärztlichen Behandlung in Deutschland der an der Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten teilnehmende behandelnde Arzt. Verschreibt nunmehr ein in einem anderen europäischen Staat tätiger Arzt, der im dortigen gesetzlichen Krankenversicherungssystem integriert ist und/ oder genauso wie ein deutscher Vertragsarzt qualifiziert ist, dem akut erkrankten Versicherten medizinisch notwendige Heilmittel, hat der Versicherte regelmäßig Anspruch auf die ärztlich verordneten Anwendungen. Von den Krankenkassen werden allerdings die ärztlich verordneten Heilmittel nur insoweit erstattet, als hierfür nach Art und Umfang in Deutschland eine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht. Bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung dürfen deutsche Vertragsärzte in der Regel nur ein, höchstens zwei, kurortspezifische Heilmittel dagegen überhaupt nicht verordnen. Eine Kombination von mehreren verschiedenen Heilmitteln in hoher Anzahl ebenso wie kurortspezifische Heilmittel (z.B. Naturfango) können Versicherte ausschließlich als ambulante medizinische Vorsorgeleistung oder Leistung zur medizinischen Rehabilitation beanspruchen. Diese Maßnahmen müssen jedoch vor ihrem Beginn bei der Krankenkasse beantragt und von dieser bewilligt werden. Werden daher Heilmittel als Bestandteil einer zuvor nicht bewilligten

Vorsorgeleistung in Anspruch genommen, darf sich die Krankenkasse an diesen Kosten nicht beteiligen.

Ausschluss der Familienversicherung aufgrund von Einkommen aus einer NATO-Beschäftigung

Nicht volljährige Kinder sind in der Regel über einen Elternteil in der Familienversicherung gesetzlich krankenversichert. Sind die Eltern des Kindes miteinander verheiratet und ist ein Elternteil nicht gesetzlich krankenversichert, kann dies unter Umständen zum Ausschluss des Kindes in der Familienversicherung führen. Dies ist der Fall, wenn das Gesamteinkommen des nicht gesetzlich krankenversicherten Elternteils regelmäßig im Monat 1/12 der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher ist als das Gesamteinkommen des gesetzlich krankenversicherten Elternteils. Als Gesamteinkommen gelten alle Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts, insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen.

Im Berichtsjahr prüfte das Bundesversicherungsamt mehrere Eingaben, in denen der nicht gesetzlich krankenversicherte Elternteil bei der NATO beschäftigt ist und die Krankenkassen die minderjährigen Kinder aus der Familienversicherung ausgeschlossen haben. Fraglich war insoweit, ob das nach dem NATO-Truppenstatut in Deutschland nicht der Steuerpflicht unterliegende Einkommen zu berücksichtigen ist. Mit der Formulierung „Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts“ bezieht sich das Gesetz auf die im Steuerrecht abschließend aufgezählten Einkunftsarten, so dass das zu

versteuernde Einkommen nicht maßgeblich ist. Da das Arbeitsentgelt als Einkunftsart im Einkommensteuerrecht genannt wird, ist das Einkommen aus einer NATO-Beschäftigung beim Gesamteinkommen zu berücksichtigen. Liegt das Gesamteinkommen des nicht gesetzlich krankenversicherten NATO-Beschäftigten regelmäßig im Monat höher als 1/12 der Jahresarbeitsentgeltgrenze und überschreitet es auch das Gesamteinkommen des gesetzlich krankenversicherten Elternteils, liegen die Voraussetzungen für den Ausschluss in der beitragsfreien gesetzlichen Familienversicherung vor. Die Kinder können dann im Rahmen der Familienversicherung nicht abgesichert werden, sondern müssen sich wie der nicht gesetzlich versicherte Elternteil privat krankenversichern.

Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bei zuvor ausgeübter NATO-Beschäftigung

Personen, die in Deutschland eine abhängige Beschäftigung ausüben, unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Übersteigt das der Beschäftigung zu Grunde liegende Jahresarbeitsentgelt allerdings regelmäßig die Jahresarbeitsentgeltgrenze, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem diese Grenze überschritten wird. Ab dem Folgejahr besteht für diese Personen dann Versicherungsfreiheit, soweit und solange sie mit ihrem Arbeitsentgelt auch weiterhin die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten.

In mehreren vom Bundesversicherungsamt geprüften Eingaben vertraten Krankenkassen die Auffassung, das nach den Regelungen des NATO-Truppenstatuts in Deutschland steuerfreie Arbeitsentgelt aus einer vorherigen NATO-Beschäftigung sei als Jahresarbeitsentgelt nicht zu berücksichtigen. Dies führte dazu, dass die betroffenen Arbeitnehmer trotz ihrer in Deutschland oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegenden Erwerbstätigkeit im Kalenderjahr der Beschäftigungsaufnahme krankenversicherungspflichtig wurden. Verkannt haben die betroffenen Krankenkassen dabei, dass sich der Begriff des Jahresarbeitsentgelts nicht allein auf deutsche Einkünfte bezieht und daher auch ausländisches Arbeitsentgelt zu berücksichtigen ist. Da sowohl das Arbeitsentgelt aus der aktuellen Arbeitnehmertätigkeit als auch das aus der vorherigen NATO-Beschäftigung die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstieg, waren die Personen bereits bei Aufnahme ihrer abhängigen Beschäftigung in Deutschland versicherungsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung.

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft Forsten und Gartenbau/Aufsicht

Durch das Gesetz zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung wurde zum 01. Januar 2013 die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) errichtet. Nach den gesetzlichen Vorgaben hatte der neue Sozialversicherungsträger bis zum 31. Januar 2013 eine Satzung – mit Ausnahme der beitragsrechtlichen Regelungen – zu beschließen, die vom Bundesversicherungsamt zu genehmigen ist. Mit der SVLFG wurde ein Sozialversicherungsträger geschaffen, der die landwirtschaftliche Unfallversicherung, die landwirtschaftliche Alterskasse, die landwirtschaftliche Kranken- und Pflegeversicherung sowie den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung in sich vereint.

In enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt hat der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV) den Entwurf einer Satzung erarbeitet, der die maßgeblichen Regelungen für die jeweiligen Zweige der landwirtschaftlichen Sozialversicherung enthält. Die Vertreterversammlung hat die Satzung am 09. Januar 2013 beschlossen. Die Genehmigung erfolgte mit Bescheid vom 26. Februar 2013.

Nach Inkrafttreten des LSV-NOG galt es, im Jahr 2012 die notwendigen Vorbereitungsarbeiten zur Errichtung des neuen

Bundesträgers aufsichtsrechtlich zu begleiten, um zum 01. Januar 2013 dessen Funktionsfähigkeit sicherzustellen und diesen mit Leben zu erfüllen. Besonderer Bedeutung kam hierbei dem Organisationskonzept und dem Übergang des Personals von den bisherigen Trägern sowie dem LSV-SpV auf den neuen Bundesträger zu.

Anders als bei der erstmaligen bzw. Neuerrichtung eines Trägers vereint die SVLFG in sich die verschiedenen Sozialversicherungszweige. Damit einher ging auch die Notwendigkeit der Zusammenführung des bisher bei den einzelnen landes- und bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern und dem LSV-SpV beschäftigten Personals. Daher war die Aufstellung eines Stellenplanes aus dem bei den einzelnen Trägern vorhandenen Personalangebot eine der wesentlichen Aufgaben der landwirtschaftlichen Sozialversicherung im Jahr 2012. Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde war hierbei und ist auch weiterhin ein steter Begleiter und stand mit Rat und Tat zur Seite – insbesondere auch bei der Klärung von auftretenden personalrechtlichen Einzelfragen. Gleichfalls hat das Bundesversicherungsamt durch die Vorabstimmung des DO-Stellenplans, der Laufbahnrichtlinien und der Dienstordnung die Vorbereitung zur Errichtung des neuen Bundesträgers aktiv betreut.

Neben der Begleitung des Aufbaus des neuen Bundesträgers gehörte aber auch die Aufsichtsführung über die bis zum 31. Dezember 2012 noch existierenden

bundesunmittelbaren Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und dem LSV-SpV weiterhin zu den Aufgaben des Bundesversicherungsamtes.

Der Gesetzgeber hatte aufgrund des öffentlichen Interesses an der Senkung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten für die landwirtschaftliche Sozialversicherung bereits vor der Verabschiedung des LSV-NOG konkrete Sparvorgaben (Budget), die bis zum Jahr 2014 zu erzielen gewesen wären, gesetzlich festgelegt. Daher war es für das Bundesversicherungsamt im Jahr 2012 auch unumgänglich, die von den beiden bundesunmittelbaren LSV-Trägern vorgelegten Haushaltspläne für die Bereiche landwirtschaftliche Unfallversicherung, Alterssicherung der Landwirte und landwirtschaftliche Krankenversicherung nicht vollständig, sondern nur teilweise zu genehmigen. Hintergrund war, dass bei den für das Haushaltsjahr 2012 vorgesehenen Haushaltsansätzen für Verwaltungs- und Verfahrenskosten (Kontenklasse 7) eine Erreichung der gesetzlich festgelegten Einsparziele in 2014 nicht zu erkennen war. In der Folge unterlagen die betroffenen Träger einer vorläufigen Haushaltsführung, in deren Rahmen nur die sachlich und zeitlich unabweisbaren und notwendigen Ausgaben getätigt werden durften (§ 72 SGB IV).

Das Ziel der Reduzierung von Verwaltungs- und Verfahrenskosten hat der Gesetzgeber auch im LSV-NOG und bezogen auf den zum 2013 errichteten einheitlichen Bundesträger im Blick behalten. Um die landwirtschaftliche Sozialversicherung zu unterstützen, die daraus resultierenden Anforderungen zu meistern und die im Gesetz

genannten Einsparziele im Jahr 2016 zu erreichen, hat das Bundesversicherungsamt dazu aufgefordert, frühzeitig Konzepte zu erstellen. Es hat diesen Prozess in Abstimmung mit dem BMAS und BMELV eng begleitet. Mit Blick auf die gesetzlich ausdrücklich normierte Verwaltungskostenreduzierung und die Tatsache, dass im Jahr 2012 ein mit konkreten Zielwerten entsprechendes Fachkonzept seitens des LSV-SpV noch nicht vorgelegt werden konnte, wurde die Genehmigung des Haushaltsplans der SVLFG für das Haushaltsjahr 2013 mit der Auflage verbunden, ein umsetzungsfähiges Feinkonzept zur Einsparung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten vorzulegen. Ferner wurde bei Genehmigung des Haushaltsplanes bezogen auf die dort ausgebrachten Stellen als weitere Auflage verfügt, dass unverzüglich eine Organisationsuntersuchung und Personalbedarfsermittlung gem. § 69 Abs. 6 SGB IV durchzuführen sind. Als Konsequenz daraus dürfen im laufenden Haushaltsjahr freiwerdende Stellen nicht ohne Weiteres mit Externen besetzt werden. Zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit der SVLFG ist allerdings eine Bedarfsdeckung grundsätzlich durch (hauseigene) Studierende nach deren Abschluss sowie die befristete Übernahme von Auszubildenden möglich.

Weiterhin hat das Bundesversicherungsamt im vergangenen Jahr auch auf wirtschaftlichen Kriterien gerecht werdende Stellenkonzepte in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung geachtet. Die Sozialversicherungsträger müssen ihre Personalkonzepte unter Anwendung angemessener und anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung begründen. Um dies sicherzu-

stellen, hatte das Bundesversicherungsamt insbesondere dem LSV-SpV aufgegeben, regelmäßig über die Fortschritte seiner Organisationsuntersuchungen/ Personalbedarfsermittlung zu berichten.

Aufsichtsrechtliche Begleitung der Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie Ausarbeitung des selbstverwaltungsrechtlichen Teils der neuen Satzung

Durch das LSV-NOG wurde zum 01. Januar 2013 als Träger für die landwirtschaftliche Sozialversicherung eine bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung errichtet. Sie trägt den Namen „Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau“.

Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, die landwirtschaftlichen Alterskassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die landwirtschaftlichen Pflegekassen (bisherige Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung) sowie der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung wurden am 01. Januar 2013 in die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau eingegliedert.

Zum Aufbau der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau wurde ein Errichtungsausschuss gebildet. Aufgabe des Errichtungsausschusses war es insbesondere den Entwurf einer Satzung für den neuen Träger auszuarbeiten und diesen dem Bundesversicherungsamt bis spätestens 31. Oktober 2012 vorzulegen.

Die aufsichtsrechtliche Begleitung zum selbstverwaltungsrechtlichen Teil der Satzung umfasste insbesondere die Beratung und Abstimmung zu Satzungsregelungen betreffend den Vorsitzwechsel in den Selbstverwaltungsorganen, Abgrenzung der Aufgabenbereiche der Beiräte zu den Selbstverwaltungsorganen Vorstand und Vertreterversammlung, Übergangsregelung zu den Renten- und Widerspruchsausschüssen, Versichertenältesten/ Vertrauenspersonen und die Entschädigung der ehrenamtlich Tätigen.

Haushaltsaufstellung und -genehmigung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Mit dem Gesetz zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-NOG) wurde u.a. geregelt, dass das Bundesversicherungsamt den Haushaltsplan des neuen Bundesträgers in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erstmals für das Jahr 2013 zu genehmigen hat. Der Haushaltsplan ist getrennt für die Versicherungszweige

- landwirtschaftliche Unfallversicherung,
- Alterssicherung der Landwirte,
- landwirtschaftliche Krankenversicherung und
- landwirtschaftliche Pflegeversicherung aufzustellen.

Das Haushaltsaufstellungsverfahren 2013 war in mehrfacher Hinsicht als Übergangsjahr zu betrachten: So war für die erstmalige Aufstellung des Haushaltsplans der SV-LFG der ehemalige LSV-Spitzenverband zuständig. Im Rahmen der Haushaltsaufstellung war der LSV-Spitzenverband daher auf die Zusammenarbeit mit den ehemaligen Trägern der landwirtschaftlichen Sozialversicherung sowie auf deren Informationsbereitstellung angewiesen. Darüber hinaus fand das Haushaltsaufstellungs- und -genehmigungsverfahren unter zum Teil noch unklaren organisatorischen und konzeptionellen Rahmenbedingungen des neuen Bundesträgers statt. Zudem mussten verschiedene beteiligte Institutionen erstmals in das Haushaltsgenehmigungsverfahren eingebunden werden. Trotz der widrigen Rahmenbedingungen konnte der Haushaltsplan zum Jahresanfang 2013 abschließend geprüft und genehmigt werden.

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

Vor dem Hintergrund des LSV-NOG hatte die Gartenbau-Berufsgenossenschaft (Gartenbau-BG) sich dazu entschlossen, ihre bisherige Trägerschaft über die HAVA aufzugeben.

Bei der HAVA handelt es sich um eine originär dem privatrechtlichen Versicherungszweig zuzuordnende Haftpflichtversicherungsanstalt, die vorrangig auf den Berufsstand der Gartenbauer abgestimmte Versicherungsprodukte anbietet und sich dabei mangels des in der Privatwirtschaft

im Fokus stehenden Gewinnstrebens durch eine günstige Beitragsstruktur auszeichnet.

Das Ziel der Gartenbau-BG bestand darin, die HAVA nach Aufgabe der eigenen Trägerschaft auf die Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt Darmstadt (GHV Darmstadt), eine nur für die Trägerschaft bestimmte Stiftung, zu übertragen. Dabei sollte auch weiterhin die berufsständische Eigenschaft der HAVA und damit der gesetzlich in § 140 ff. SGB VII verankerte Besitzstand gewahrt werden.

Problematisch war dabei allerdings, dass die HAVA als nichtrechtsfähige Anstalt öffentlichen Rechts lediglich Sondervermögen ohne eigene Rechtspersönlichkeit darstellt. Auch schreibt § 141 Satz 1 SGB VII vor, dass Trägerin der Haftpflichtversicherungsanstalt die Berufsgenossenschaft ist. Eine Ablösung der HAVA von der Gartenbau-BG hätte somit zum rechtlichen Untergang der HAVA geführt. Nachdem das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die rechtlichen Bedenken des Bundesversicherungsamtes im Rahmen des LSV-NOG zum Anlass genommen hatte, § 141 SGB VII zu überarbeiten und im neu geschaffenen § 141 Abs. 2 Satz 2 SGB VII die Übertragung der Rechtsträgerschaft auf eine andere öffentlich-rechtliche Einrichtung zu regeln, war eine Ablösung der HAVA von der Gartenbau-BG rechtlich möglich.

Vor diesem Hintergrund wurde der Rechtsträgerwechsel am 23. November 2012 von der Vertreterversammlung der Gartenbau-BG mit Wirkung zum 15. Dezember 2012 beschlossen und vom Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht genehmigt.

Die hierzu erforderliche aufsichtsrechtliche Begleitung zum selbstverwaltungsrechtlichen Teil der Anstaltssatzung umfasste u.a. in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht insbesondere die Abstimmung zu diversen Satzungsregelungen. Dies beinhaltete insbesondere Regelungen zu Vertreterversammlung, Verwaltungsrat und Vorstand sowie Ausschüssen, Bekanntmachungen und Übergangsvorschriften

Rechtsträger und Betreiber der HAVA ist nunmehr die GHV Darmstadt. Mit dem Übergang der Rechtsträgerschaft endete die Aufsicht des Bundesversicherungsamt über die HAVA nach § 141 Abs. 1 Satz 2 SGB VII.

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6.1 Gerichtsverfahren / Statistik

Im Laufe des Jahres 2012 war das Bundesversicherungsamt an insgesamt 158 neuen gerichtlichen Verfahren beteiligt, darunter 157 Hauptsacheverfahren und ein Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz. Im Vergleich zum Vorjahr (2011: 77 neue Verfahren) haben sich die Neueingänge damit mehr als verdoppelt.

Diese signifikante Steigerung ist im Wesentlichen auf Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes in zwei unterschiedlichen Bereichen zurückzuführen. Zum einen wurde in 47 Fällen Klage gegen die Bestimmung einer Schiedsperson durch das Bundesversicherungsamt gem. § 73b Abs. 4 a Satz 2 SGB V im Zusammenhang mit abzuschließenden Verträgen zur Sicherstellung des Angebots der hausarztzentrierten Versorgung im Saarland erhoben. Zum anderen richteten sich allein 65 neue Klagen gegen Grundlagen-, Zuweisungs- und Jahresausgleichsbescheide, die das Bundesversicherungsamt in seiner Eigenschaft als Verwaltungsbehörde im Bereich Gesundheitsfonds/ Risikostrukturausgleich erlassen hatte. Inhaltlich betreffen diese Rechtsstreite schwerpunktmäßig die Frage der Berücksichtigung sog. unvollständiger Versichertenepisoden.

Insgesamt war das Bundesversicherungsamt im Jahre 2012 an 155 von 158 neuen Rechtsstreitigkeiten als Beklagte bzw. Antragsgegnerin beteiligt, in den übrigen drei Fällen wurde es beigelegt.

Klagen aus dem Aufsichts- und Mitwirkungsbereich stellen zwar statistisch mit 88 von 158 neuen Verfahren nach wie vor die stärkste Gruppe dar, allerdings gewinnen die Rechtsstreite zum Gesundheitsfonds/ Risikostrukturausgleich durch die eingangs erwähnten 65 Neueingänge wieder zunehmend an Bedeutung, nachdem sich die Anzahl dieser inhaltlich sehr komplexen Rechtsstreite in den Vorjahren auf vergleichsweise niedrigem Niveau entwickelt hatte. Nur noch selten werden Bescheide des Bundesversicherungsamtes in seiner Funktion als Verwaltungsbehörde in Angelegenheiten des Entschädigungsrentenrechts bzw. als Mutterschaftsgeldstelle gerichtlich angegriffen (in 2012 jeweils zwei neue Klagen).

Während des Jahres 2012 ergingen in 21 Gerichtsverfahren, an denen das Bundesversicherungsamt beteiligt war, Urteile oder Beschlüsse; 15 dieser Entscheidungen waren im Sinne des Bundesversicherungsamtes erfolgreich. Insgesamt zehn Entscheidungen wurden rechtskräftig, wobei in allen rechtskräftig abgeschlossenen Verfahren die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigt wurde. Dazu gehören auch zwei Entscheidungen des Bundessozialgerichts (eine gegnerische Nichtzulassungsbeschwerde sowie eine Revision).

Interessant ist hierbei insbesondere das Revisionsverfahren (Az. B 1 A 2/11 R), das mit Urteil des Bundessozialgerichts vom 11. September 2012 zu Gunsten des Bundesversicherungsamtes entschieden wurde. Gegenstand dieses Rechtsstreits waren die

– mit Sofortvollzug versehenen – Genehmigungsbescheide des Bundesversicherungsamtes sowie einer Landesaufsichtsbehörde zu einer kassenartenübergreifenden Vereinigung einer bundesunmittelbaren IKK und einer landesunmittelbaren AOK zu einer (neuen) AOK. Die bundesunmittelbare IKK hatte bislang zusammen mit einer weiteren, in einem anderen Land ansässigen landesunmittelbaren IKK einen länderübergreifenden Landesverband gebildet. Wegen ungeklärter finanzieller Forderungen aus dem Landesverbands-Innenverhältnis und unter Geltendmachung, dass mit der Genehmigung der kassenartenübergreifenden Vereinigung die Auflösung des Landesverbands drohe, erhoben der (bisherige) IKK-Landesverband und die verbliebene landesunmittelbare IKK Anfechtungsklage gegen die Genehmigungsbescheide.

In seinem Urteil vom 11. September 2012 hat das Bundessozialgericht die Revision der Kläger zurückgewiesen und – wie auch schon das Instanzgericht – die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigt, dass die Klage bereits mangels Klagebefugnis unzulässig ist. Die Klagebefugnis für eine Anfechtungsklage setzt voraus, dass der Kläger behaupten kann, durch den angefochtenen, von ihm als rechtswidrig angesehenen Verwaltungsakt beschwert zu sein. Dies gilt zwar grundsätzlich auch für Fälle der Drittbetroffenheit, allerdings muss der Dritte dann geltend machen können, dass die als verletzt angesehene Rechtsnorm zumindest auch dem Schutze individueller Interessen des Dritten zu dienen bestimmt ist. Bloße Rechtsreflexe in Bezug auf den Dritten reichen dabei nicht aus. Vor diesem Hintergrund hat das Bundessozialgericht

in dem entschiedenen Fall festgestellt, dass weder die gesetzlichen Normen über die freiwillige kassenartenübergreifende Vereinigung in § 171a SGB V noch das Anhörungsrecht der Krankenkassenverbände in § 172 Abs. 1 SGB V, noch die organisationsrechtlichen Regelungen zur Bildung und Vereinigung von Landesverbänden in § 207 SGB V drittschützende Wirkung für den Landesverband oder die letztverbleibende Mitgliedskasse beinhalten. Darüber hinaus bestätigte das Bundessozialgericht, dass – der Grundkonzeption der Selbstverwaltung folgend – eine von vereinigungswilligen Krankenkassen beantragte Genehmigung der Vereinigungsbeschlüsse zu erteilen ist, wenn alle rechtlichen Voraussetzungen der Fusion erfüllt sind. Raum für Zweckmäßigkeitserwägungen besteht insoweit nicht.

Den eingangs erwähnten 158 neuen gerichtlichen Verfahren stehen 150 beendete Verfahren gegenüber.

Neben den zehn rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidungen beruht ein Großteil der übrigen 140 Erledigungen auf Klage- bzw. Rechtsmittelrücknahmen. Am Ende des Jahres 2012 waren damit noch 241 Rechtsstreite im Bestand, eine leichte Steigerung im Vergleich zum Vorjahr.

6.2 Selbstverwaltung

Änderung der Empfehlungsvereinbarung durch die Sozialpartner zum 01. Januar 2013

Gem. § 41 Abs. 4 Satz 3 SGB IV haben die Aufsichtsbehörden die Entschädigungen für die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane zu genehmigen. Im Interesse einer

einheitlichen Genehmigungspraxis legen die Aufsichtsbehörden die Empfehlungsvereinbarung der Sozialpartner (DGB und BDA) für die Entschädigung der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane in der Renten- und Unfallversicherung zugrunde.

Die aus November 2009 datierende Fassung wurde mit Wirkung zum 01. Januar 2013 aktualisiert.

Die Sozialpartner passen danach ihre Empfehlung über eine angemessene Bemessung zum Auslagenersatz und der Entschädigungspauschalen nach § 41 SGB IV alle drei Jahre an und legen für die Höhe der Entschädigungspauschalen die zwischenzeitliche Lohnentwicklung, gemessen an der sozialversicherungsrechtlichen Bezugsgröße, zugrunde. Damit soll eine sowohl regelmäßige als auch regelgebundene Anpassung der Entschädigungspauschalen gewährleistet werden. Die sozialversicherungsrechtliche Bezugsgröße hat sich von 2.555 Euro im Jahr 2010 auf 2.695 Euro im Jahr 2013 und damit um 5,48 % erhöht. Demgemäß sei eine entsprechende Anpassung des Auslagenersatzes und der Entschädigungspauschalen zum 01. Januar 2013 vorzunehmen.

Die Empfehlung für den Pauschbetrag für Zeitaufwand (Sitzungskostenpauschale) wurde von maximal 62 Euro auf maximal 65 Euro erhöht.

Ferner haben die Sozialpartner eine neue Abstufung von Trägern mit bis zu einer Million Versicherten und von Trägern mit mehr als einer Million Versicherten vorgenommen. Diese Einteilung trägt der tatsächlichen Größenentwicklung der Sozialversicherungsträger Rechnung.

Für die Tätigkeit der Vorsitzenden außerhalb von Sitzungen kommt eine monatliche Pauschale in Höhe eines Vielfachen der Sitzungskostenpauschale, gestaffelt nach der Größe des Trägers, in Betracht. Für Versicherungsträger mit mehr als 200.000 Versicherten war dort bisher der 7- bis 8-fache Satz der Sitzungskostenpauschale (Vorstand/ Verwaltungsrat/ Aufsichtsrat) vorgesehen. Bei Landesverbänden der Krankenkassen sowie Spitzenorganisationen, DRV Bund und DRV Knappschaft-Bahn-See kam der 9- bis 10-fache Satz in Betracht.

Durch die neue Abstufung in der Empfehlungsvereinbarung ist für Träger mit mehr als 200.000 bis 1 Million Versicherten nur noch das 7-fache der Sitzungskostenpauschale vorgesehen, mit der Folge, dass sich für diese Träger ggf. eine Reduzierung der Monatspauschale vom 8-fachen auf das 7-fache der Sitzungskostenpauschale ergibt.

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), welche zum 01. Januar 2013 errichtet worden ist, haben die Sozialpartner in der Empfehlungsvereinbarung in die gleiche Kategorie wie die Spitzenorganisationen, die DRV Bund, die DRV Knappschaft-Bahn-See und die Landesverbände der Krankenkassen eingeordnet.

Öffentlichkeit der Sitzungen des Verwaltungsrates und der Vertreterversammlung

Die Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane der Versicherungsträger – Vertreterversammlung und Verwaltungsrat – sind gem. § 63 Absatz 3 Satz 2 SGB IV öffentlich. Versicherte und weitere Interessierte

können jederzeit an den Sitzungen teilnehmen. Die Öffentlichkeit ist lediglich dann ausgeschlossen, soweit sich die Organe mit personellen Angelegenheiten des Versicherungsträgers, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen (§ 35 SGB I) befassen.

Für weitere Beratungspunkte können die Organe in nichtöffentlicher Sitzung beschließen, die Öffentlichkeit auszuschließen; dieser Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben, § 63 Abs. 3 Satz 3 SGB IV.

Der Ausschluss der Öffentlichkeit durch Organbeschluss ist jedoch nur für einzelne Beratungspunkte zulässig und nur dann, wenn dies aus besonderen, sachlichen Gründen geboten ist. Er ist also keinesfalls in das Belieben der Vertreterversammlung oder des Verwaltungsrates gestellt. Die Gründe müssen mit den in § 63 Abs. 3 Satz 2 SGB V genannten Ausnahmen vergleichbar sein. Bei der Bewertung ist ein strenger Maßstab anzulegen. Die vertrauliche Beratung hat vor allem das Ziel, eine Schädigung des Versicherungsträgers oder der betroffenen Personen zu verhindern (vgl. Becher/ Plate, Selbstverwaltungsrecht der Sozialversicherung, E § 63 S. 9).

Die Bestimmungen über die Öffentlichkeit bzw. Nichtöffentlichkeit der Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane sind zwingend (vgl. Baier in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/ Pflegeversicherung, Rz. 9 zu § 63 SGB IV; Becher/ Plate, Selbstverwaltungsrecht der Sozialversicherung, E § 63 SGB IV, S. 7). Ein Verstoß hiergegen macht gefasste Beschlüsse nichtig, ohne dass der

Nachweis geführt werden müsste, dass dieser Beschluss bei öffentlicher Sitzung anders gefasst worden wäre. Der Grundsatz der Sitzungsöffentlichkeit dient der demokratischen Kontrolle und Willensbildung (vgl. Urteil des OVG NRW vom 19. Dezember 1978, Az. XV A 1031/77, abgedr. in: Der Städtetag 9/1979, S. 529; so auch Becher/ Plate, Selbstverwaltungsrecht der Sozialversicherung, E § 63 SGB IV, S. 7).

So führt der VGH Baden-Württemberg in seinem Urteil vom 04. August 2010 (Az. 9 S 2315/09) zur Beschlussfassung über die Grundordnung durch den Hochschulsenat Folgendes aus:

„Die Sitzungsöffentlichkeit stellt sicher, dass die betroffenen Körperschaftsmitglieder Einblick in die Tätigkeit des Vertretungsorgans und ihrer einzelnen Mitglieder erhalten und sich dadurch eine auf eigener Kenntnis und Beurteilung beruhende Grundlage für eine sachgerechte Kritik verschaffen können [...]. Zugleich unterzieht der Öffentlichkeitsgrundsatz die Organtätigkeit der allgemeinen Kontrolle und trägt so dazu bei, der Einwirkung persönlicher Beziehungen, Einflüsse und Interessen sowie dem Anschein vorzubeugen, dass „hinter verschlossenen Türen“ unsachliche Motive für die Entscheidung maßgebend gewesen sein könnten. Mit dem Zweck, eine gesetzmäßige und sachgerechte Arbeit zu ermöglichen und Missdeutungen der Willensbildung und Beschlussfassung zu vermeiden, dient der Grundsatz der Sitzungsöffentlichkeit damit dem öffentlichen Interesse an demokratischer Legitimation und mitgliedschaftlicher Begleitung und Kontrolle [...].“

Dieser Entscheidung lässt sich der allgemeine Rechtsgrundsatz entnehmen, dass die Mitglieder einer Selbstverwaltungskörperschaft, sei es eine Hochschule, oder sei es eine gesetzliche Krankenkasse, über die Öffentlichkeit der Sitzungen ihrer Organe die Möglichkeit zu Begleitung und Kontrolle ebendieser Organe erhalten.

6.3 Personal- und Dienstrecht

Begleitung der Umsetzung der Fusionen der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Nachdem zum 01. Januar 2011 mit den Vereinigungen sechs weiterer gewerblicher Berufsgenossenschaften die Zielvorgabe des Gesetzgebers – Verringerung ihrer Anzahl nach § 222 Abs. 1 Satz 1 SGB VII auf nur noch neun Träger – erfüllt werden konnte, richtete sich das Hauptaugenmerk der aufsichtsrechtlichen Tätigkeit des Bundesversicherungsamtes im Jahr 2012 nunmehr insoweit auf die weitere Umsetzung der Vereinigungen und die Erzielung von Fusionsrenditen. Motiv für die Verringerung der Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften sind die vom Gesetzgeber erwarteten vereinigungsbedingten Synergieeffekte, die zu einer Reduktion ihrer Verwaltungs- und Verfahrenskosten führen sollen.

Durch die Fusionen sind den Trägern in aller Regel aber zunächst nicht unerhebliche Aufwendungen, insbesondere durch die Vereinheitlichung von Verfahrensabläufen, Organisations- und IT-Strukturen, entstanden, so dass – wie zu erwarten war – kurzfristige Synergieeffekte in aller Regel bislang nicht erzielt werden konnten. Bei einigen Berufsgenossenschaften war in

Teilbereichen sogar ein höherer Stellenbedarf zu verzeichnen. Zu nennen sind hierbei insbesondere der Bereich der elektronischen Datenverarbeitung oder Beschlüsse der Selbstverwaltung der Berufsgenossenschaften, ihre Präventionsarbeit zu intensivieren, so dass in einigen Fällen ein Personalzuwachs bei den technischen Aufsichtsdiens-ten festzustellen war.

Nach § 69 Abs. 6 SGB IV dürfen Sozialversicherungsträger Planstellen und Stellen nur ausbringen, 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. In diesem Zusammenhang fordert das Bundesversicherungsamt von den Trägern nach wie vor die Optimierung ihrer Verfahrensabläufe und die Durchführung entsprechender Organisationsuntersuchungen.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften haben entsprechende Personalbedarfsermittlungen z.T. bereits durchgeführt oder werden diese voraussichtlich im Laufe des Jahres 2013 abschließen. Nicht in allen Fällen haben aber die Berufsgenossenschaften ihre neue Zielorganisation bereits festlegen bzw. vollständig umsetzen können. Das Bundesversicherungsamt wird daher auch in den kommenden Jahren, insbesondere bei der Genehmigung der Stellenpläne der dienstordnungsmäßigen Angestellten, darauf dringen, dass Personalbedarf, Organisation und Verfahrensabläufe im Hinblick auf die gesetzgeberischen Vorgaben der Verringerung ihrer Verwaltungs- und Verfahrenskosten mittel- bis langfristig weiter

optimiert werden. Zu gegebener Zeit wird das Bundesversicherungsamt darüber hinaus bei den Trägern auch vor Ort prüfen, ob und in welchem Umfang sie die Fusionsziele - erwartete Einsparungen der Verwaltungs- und Verfahrenskosten in Höhe von 10 % - umgesetzt haben.

6.4 Allgemeines Aufsichtsrecht

Arzneimittelrabattverträge

Auch im Jahr 2012 zählten die Arzneimittelrabattverträge zu den Handlungsschwerpunkten im Bereich des Vergaberechts.

Zahlreiche gesetzliche Krankenkassen hatten in der Vergangenheit ohne jedwede Ausschreibung sog. Sortiments- oder Portfolioverträge abgeschlossen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass ein pharmazeutischer Hersteller den Krankenkassen einen Rabatt auf sein gesamtes Sortiment einräumt. Diese Verträge waren vom Bundesversicherungsamt stets als vergaberechtswidrig erachtet worden. Wiederholt hatte das Bundesversicherungsamt in Rundschreiben auf die Einhaltung der vergaberechtlichen Erfordernisse beim Abschluss von Arzneimittelrabattverträgen gedrungen.

In Teilen der vergaberechtlichen Literatur wird zur Begründung der Vergaberechtswidrigkeit von Sortimentsverträgen ausdrücklich auch die Sichtweise des Bundesversicherungsamtes herangezogen (vgl. Schweitzer/ Becker, „Preisregulierung und Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung“, veröffentlicht im Jahr 2012 in der Zeitschrift „Wettbewerb in Recht und Praxis“ auf den Seiten 382 bis 388 [Teil 1], welche auf Seite

383 in Fußnote 21 ausdrücklich auf die Aufsichtspraxis des Bundesversicherungsamtes verweisen).

Dennoch hatten bis vor einiger Zeit verschiedene Krankenkassen große Teile ihres Umsatzvolumens an Arzneimitteln, zum Teil bis zu 100 %, durch Sortimentsverträge abgedeckt. Dies erbrachten Ermittlungen bei den Krankenkassen. Dazu bot Ende des Jahres 2011 eine vom Bundesministerium für Gesundheit dem Bundesversicherungsamt zugeleitete Anfrage der Europäischen Kommission Anlass, die sich ein Bild über die Einhaltung des europäischen Kartellvergaberechts bei der Vergabe von Arzneimittelrabattverträgen durch die gesetzlichen Krankenkassen verschaffen und dabei insbesondere der Frage nach dem Bestehen von Sortimentsverträgen nachgehen wollte.

Laut den Mitteilungen der bundesunmittelbaren Krankenkassen zu Jahresbeginn 2012 verfügen diese entweder über keine Sortimentsverträge mehr oder nur noch über wenige, die aber bereits gekündigt worden sind oder wegen Ablaufs der Befristung zeitnah von selbst enden. Dieses auf den ersten Blick erfreuliche Ergebnis bestand den Praxistest jedoch nicht. Denn ergänzende Ermittlungen ergaben, dass einige wenige Krankenkassen bei ihrer Befragung Ende 2011 unzutreffende Angaben gemacht hatten. Teilweise hatten sie gegenüber dem Bundesversicherungsamt die Existenz von Sortimentsverträgen verschwiegen, obwohl sie vom Bundesversicherungsamt ausdrücklich auf deren Vergaberechtswidrigkeit hingewiesen worden waren. Nachdem es diese Vergaberechtsverstöße durch eigene Ermittlungen aufgedeckt hatte, hat das Bundesver-

sicherungsamt auf die Beendigung zunächst verheimlichter bzw. neu abgeschlossener Sortimentsverträge hingewirkt.

Gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit hat es außerdem vor dem Hintergrund der beschränkten Aufsichtsmittel und der Vielzahl bestehender Arzneimittelrabattverträge um eine effektive und durchsetzbare gesetzliche Regelung gebeten.

Inzwischen hat der Gesetzgeber mit dem neuen § 130a Abs. 8 Satz 8 SGB V diesem Wunsch entsprochen. Danach wurden Arzneimittelrabattverträge, die unter Verstoß gegen das Kartellvergaberecht abgeschlossen wurden, mit Ablauf des 30. April 2013 von Gesetzes wegen unwirksam.

Das Bundesversicherungsamt wird weiterhin ein Augenmerk auf die Einhaltung des Vergaberechts bei den für das Gesamtsystem der GKV höchst finanzwirksamen Arzneimittelrabattverträgen haben.

„Unwirtschaftliches Handeln hat Konsequenzen“

Kraft ihrer Treuhänderfunktion sind die Versicherungsträger gehalten, ihre Verwaltungskosten auf das notwendige Maß zu begrenzen. Vermeidbare Ausgaben sind zu unterlassen. Die Träger haben deshalb auch im Entscheidungsprozess über das Mieten von Büroräumen dafür zu sorgen, dass das in § 69 Abs. 2 SGB IV verankerte Prinzip der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in allen Projektphasen beachtet wird. Das Erfüllen der Verpflichtungen, die sich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot ergeben, setzt voraus, dass die jeweils zu fällenden Entscheidungen auf sorgfältigen, durchdachten und im einzelnen nachvollziehbaren Planungen beruhen.

Um die Sozialversicherungsträger hierbei zu unterstützen, hat das Bundesversicherungsamt Leitlinien für das Mieten von Büroraum und sonstigen Flächen, die Verwaltungszwecken dienen, erlassen (Leitlinien 88). Obwohl die Leitlinien 88 für alle Planungsphasen bis hin zur Ausgestaltung des Mietvertrages ausführliche Hinweise geben, kommt es immer wieder vor, dass Sozialversicherungsträger bei der Anmietung von Büroraum grob unwirtschaftlich handeln.

In einem besonders krassen Fall sah sich das Bundesversicherungsamt gezwungen, den Verwaltungsrat einer Krankenkasse davon in Kenntnis zu setzen, dass der Vorstand durch die Unterzeichnung des Mietvertrages sowie mehrerer Nachträge erheblich gegen seine Pflicht zum sparsamen und wirtschaftlichen Handeln verstoßen und damit der Krankenkasse einen Vermögensschaden verursacht hat.

Er hatte für eine fest vereinbarte Laufzeit von 15 Jahren ein Gebäude angemietet, das für den Raumbedarf der Körperschaft viel zu groß und unter Berücksichtigung des ortsüblichen Mietzinses zu teuer ist.

Die Entscheidung für das Gebäude wurde getroffen, obwohl dieses in der Nutzwertanalyse eine deutlich schlechtere Bewertung erhalten hatte als vier andere Gebäude. Eine plausible Begründung für die getroffene Objektauswahl konnte nicht gegeben werden. Aufgrund der Tatsache, dass der Dienstleister, der die Nutzwertanalyse erstellt und den Raumbedarf ermittelt hat, nicht von der Krankenkasse, sondern von einem potentiellen Vermieter ausgewählt

und vergütet wurde, und die Entscheidungsgründe nicht nachvollziehbar dokumentiert wurden, drängte sich der Eindruck auf, dass die Objektauswahl anhand sachfremder Erwägungen getroffen wurde.

Auch die Entscheidung hinsichtlich der anzumietenden Fläche wirkt weder durchdacht, noch ist sie nachvollziehbar dokumentiert. Innerhalb eines Jahres nach Abschluss des Mietvertrages wurden drei Nachträge vereinbart, durch die die Mietfläche vergrößert wurde, ohne dass Umstände erkennbar waren, die die Anmietung zusätzlichen Büroraums erforderlich erscheinen ließen.

Durch die Anmietung des zu großen Verwaltungsgebäudes ist bereits im ersten Jahr ein erheblicher Schaden entstanden, da die Krankenkasse in erheblichem Umfang Mietzinszahlungen für Flächen leisten musste, die sie nicht benötigt und daher auch nicht für ihre Verwaltungszwecke genutzt hat. Dabei entsprach der Leerstand ziemlich genau der Fläche, die durch die Nachträge zum Mietvertrag nachträglich angemietet wurden. Wegen des hohen Mietzinses gestaltet sich eine kostendeckende Untervermietung schwierig, so dass sich der Schaden noch vergrößern wird.

Der Verwaltungsrat hat den verantwortlichen Vorstand inzwischen seines Amtes enthoben. Ein gegen diese Entscheidung gerichteter Eilantrag hatte keinen Erfolg. Die Entscheidung in der Hauptsache bleibt abzuwarten. Außerdem hat der Verwaltungsrat eine Schadensersatzklage in sechsstelliger Höhe erhoben. Auch insoweit steht die Entscheidung des Gerichts noch aus.

Genehmigungsverfahren nach § 75 SGB X (Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung)

Nach § 75 SGB X ist eine Übermittlung von Sozialdaten nur zulässig, soweit sie erstens für ein bestimmtes Vorhaben der wissenschaftlichen Forschung im Sozialleistungsbereich oder der Planung im Sozialleistungsbereich durch eine öffentliche Stelle im Rahmen ihrer Aufgaben erforderlich ist und zweitens schutzwürdige Interessen des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden oder das öffentliche Interesse an der Forschung oder Planung das Geheimhaltungsinteresse des Betroffenen erheblich überwiegt. Hierzu bedarf es einer vorherigen Genehmigung, die grundsätzlich durch die oberste Bundes- oder Landesbehörde, die für den Bereich, aus dem die Daten herrühren, zuständig ist. Diese gesetzliche Regelung dient der Abwägung zwischen dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung einerseits und der Freiheit der wissenschaftlichen Forschung sowie den Belangen von sozialpolitischen Planungen andererseits.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit Schreiben vom 23. Dezember 2011 gem. § 75 Abs. 2 Satz 2 SGB X dem Bundesversicherungsamt mit Wirkung vom 01. Januar 2012 die Genehmigungsverfahren für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung übertragen.

Im Berichtsjahr haben das Bundesversicherungsamt aus dem Aufsichtsbereich 51 Anträge von Krankenkassen auf Genehmigung einer solchen Datenübermittlung gem. § 75 SGB X erreicht, wovon sich 27 Anträge

auf eine Nachlieferung weiterer Daten bzw. eine Verlängerung der Bearbeitungs- und Nutzungszeiträume für bereits laufende Forschungsvorhaben bezogen.

Zu den Voraussetzungen für eine Genehmigung gehört die Feststellung, dass es sich um ein Vorhaben der wissenschaftlichen Forschung im Sozialleistungsbereich handelt, durch das zusätzliche Erkenntnisse für die Versorgung der Versicherten gewonnen werden, wobei die Untersuchungsmethode wissenschaftlich anerkannt sein muss. Die erwünschten Daten müssen darüber hinaus auch für das Vorhaben erforderlich (auswertbar) sein. Sollte die Genehmigungsbehörde feststellen, dass der Zweck des Vorhabens auch auf andere Weise – z. B. durch Nutzung anderer (unproblematischer) Datenquellen oder eine vorherige Anonymisierung der beim Sozialversicherungsträger vorhandenen Daten – zu erreichen ist, schließt dies die Zulässigkeit der beantragten Datenübermittlung aus. Auch dürfen keine Zweifel an der Unparteilichkeit und Unabhängigkeit der wissenschaftlich arbeitenden Stelle bestehen.

Wesentliche Grundlage für eine solche Antragsprüfung in wissenschaftlicher Hinsicht sind daher u.a. die Leitlinien zur Sicherung der Guten Epidemiologischen Praxis (GEP) bzw. der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse (GPA). Gleichfalls können in den jeweils einschlägigen Forschungsprojekten die Bereiche Forschungsfrage, Wahl des Datenkörpers, Auswahl der Untersuchungsgruppe sowie die zur Anwendung kommenden Methoden bzw. Analyseverfahren datenschutzrechtliche Relevanz entfalten, weil die nach „Guter Praxis“ geplanten und durchgeführ-

ten Projekte die hohen Erwartungen erfüllen müssen, um eine Übermittlung und Nutzung von Sozialdaten zu rechtfertigen. Naturgemäß erfolgt eine Klärung der vorgenannten Fragestellungen im Zweifelsfall mit den betroffenen Forschungseinrichtungen, da die antragstellenden Träger nicht über diese Informationen verfügen.

Gegenstand des Prüfungsverfahrens ist zudem nach Maßgabe des § 78a SGB X und der hierzu gehörenden Anlage die Geeignetheit der technischen und organisatorischen Vorkehrungen zum Schutz der Sozialdaten bei der Selektion/ Zusammenstellung sowie der Übermittlung durch den Sozialversicherungsträger. Die Einhaltung der gebotenen datenschutzrechtlichen Vorschriften bei der Verarbeitung und Nutzung der übermittelten Sozialdaten in den Forschungseinrichtungen ist gleichfalls sicherzustellen, wobei sich das Bundesversicherungsamt hier hinsichtlich der Vorgehensweise und der Bewertung mit den zuständigen Aufsichtsbehörden und Datenschutzbehörden abzustimmen hat.

Kann eine Genehmigung erteilt werden, muss sie den Dritten, an den die Daten übermittelt werden, die Art der zu übermittelnden Sozialdaten und den Kreis der Betroffenen, die wissenschaftliche Forschung oder die Planung, zu der die übermittelten Sozialdaten verwendet werden dürfen, und den Tag, bis zu dem die übermittelten Sozialdaten aufbewahrt werden dürfen, enthalten.

Der Gesetzgeber hat auch betont, dass in solchen Verfahren die Genehmigungsbehörde jederzeit nachträglich Auflagen erteilen, ändern oder ergänzen darf.

6.5 Vermögenswirtschaft

Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Gründung privatrechtlicher Gesellschaften

Das Bundesversicherungsamt hat für Beteiligungen an privatrechtlichen Gesellschaften einen Leitfaden mit Handlungsempfehlungen für die Sozialversicherungsträger erstellt. Unter anderem erwartet das Bundesversicherungsamt von den Sozialversicherungsträgern, dass diese bei der Gründung, beim Erwerb oder bei der Beteiligung an einer Gesellschaft eine geeignete Wirtschaftlichkeitsuntersuchung (als Planungsinstrument) vorlegen. Zudem sind Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen während des Geschäftsbetriebs (begleitende Erfolgskontrolle) sowie nach Abschluss der Maßnahme (endgültige Erfolgskontrolle) vorzunehmen.

Das Bundesversicherungsamt hatte im Jahr 2012 verschiedene Beteiligungen hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit geprüft. Der Sinn und Zweck von Beteiligungen an gemeinnützigen Einrichtungen liegt gerade darin, ein Projekt in einer privaten Rechtsform wirtschaftlich zum Vorteil des Sozialversicherungsträgers zu betreiben. Zielsetzung war es daher, u.a. festzustellen, ob die Wahrnehmung von ausgelagerten Aufgaben durch Beteiligungsgesellschaften (Unternehmen des privaten Rechts) geeignet ist, eine sparsame und wirtschaftliche Mittelverwendung zu unterstützen und zu fördern.

Im Rahmen einer Erhebung hatte das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass die Aufgabenwahrnehmung durch das Unter-

nehmen mit finanziellen Nachteilen für den Sozialversicherungsträger verbunden ist. Insbesondere fehlte ein ausreichender Einfluss des Gesellschafters auf die Preisgestaltung des Unternehmens. Zudem waren Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen für die in Anspruch genommenen Lieferungen und Leistungen nicht erfolgt oder unzureichend. Der geprüfte Träger wurde aufgefordert, zukünftig bei allen finanzwirksamen Maßnahmen Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen auf der Grundlage anerkannter Methoden durchzuführen. Des Weiteren hat das Bundesversicherungsamt empfohlen, zur Erfolgskontrolle eine erneute Wirtschaftlichkeitsuntersuchung durchzuführen.

Darüber hinaus hatte das Bundesversicherungsamt festgestellt, dass mehrere Sozialversicherungsträger ohne vorherige Anzeige bei der Aufsicht Unternehmen des privaten Rechts gegründet haben. Im Rahmen dieser Unternehmensgründungen wurden ebenfalls keine Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchgeführt. Ferner wurden begleitende Erfolgskontrollen auch nach mehreren Jahren des Geschäftsbetriebs nicht durchgeführt. Die Sozialversicherungsträger wurden auf die geltende Rechtslage hingewiesen und um künftige Beachtung gebeten.

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.

Im Jahr 2012 wurde ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 137,2 Mio. Euro genehmigt bzw. angezeigt; der Rückgang des Anlagevolumens erklärt sich damit, dass im Jahr 2011 mehrere große Baumaßnahmen genehmigt wurden:

Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger			
Anlagegegenstand	Anlagevolumen in Millionen €		
	2010	2011	2012
Genehmigungen:			
Darlehen	1,6	45,0	46,6
Grunderwerbe	0,7	47,0	23,0
Baumaßnahmen	4,8	391,0	29,1
Anzeigen:			
Zuschüsse	8,5	18,0	33,4
Baumaßnahmen	2,5	38,0	5,1
Summe	18,1	539,0	137,2

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2012 insgesamt 260 Vorgänge bearbeitet (2011: 176 Vorgänge; 2010: 184 Vorgänge):

Genehmigungen von Darlehen	150
Genehmigungen von Grunderwerben	2
Genehmigungen von Baumaßnahmen	7
Anzeigen von Zuschüssen	97
Anzeigen von Baumaßnahmen	4

Im Jahr 2012 hatte das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 48 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von 694,0 Mio. Euro geführt (2011: 49 laufende Projekte mit 697,0 Mio. Euro Volumen; 2010: 38 laufende Projekte mit 340,8 Mio. Euro Volumen). Bei sechs Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 37,7 Mio. Euro hat das Bundesversicherungsamt die Abschlussberichte geprüft (2011: 5 Projekte mit 49,6 Mio. Euro Volumen; 2010: 8 Projekte mit 36,4 Mio. Euro Volumen).

Aufsichtsprüfung der liquiden Vermögensanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

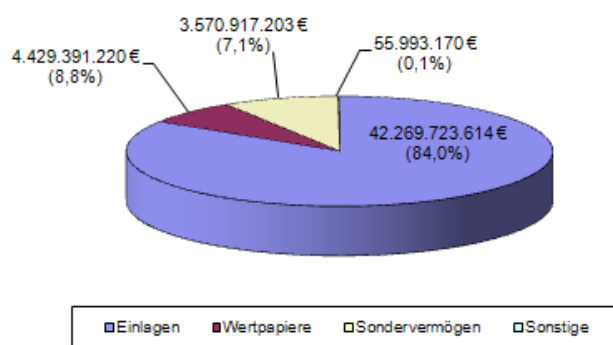
Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2012 die liquiden Vermögensanlagen aller 100 bundesunmittelbaren Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger sowie des damaligen Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (jetzt SVLFG) und der Künstlersozialkasse zum Stichtag 31. Dezember 2011 geprüft. Ziel dieser aufsichtsrechtlichen Prüfung war es, festzustellen, ob bei der Anlage und Verwaltung der Geldanlagen die Vorgaben der §§ 80, 83 ff. SGB IV eingehalten werden.

Zunächst wurde untersucht, ob die Einlagen der Träger durch die jeweiligen freiwilligen Sicherungseinrichtungen der Kreditwirtschaft vollständig abgesichert waren. Darüber hinaus wurden die Einlagen der Träger auf Vorliegen eines sog. Klumpenrisikos geprüft. Im Falle eines Moratoriums oder einer Insolvenz eines Kreditinstituts können die damit einhergehenden Zahlungs-

verzögerungen zu Liquiditätsengpässen bei den Trägern führen. Dieses Risiko lässt sich vor allem durch Diversifikation der Anlagebeträge auf mehrere Kreditinstitute reduzieren. Neben der Zulässigkeit der Einlagen und der Wertpapiere wurden auch Spezial- und Publikums-Sondervermögen, an denen die Sozialversicherungsträger zum 31. Dezember 2011 Vermögensanteile hielten, einer Zulässigkeitsprüfung unterzogen.

Insgesamt verfügten die geprüften Sozialversicherungsträger Ende 2011 über ein liquides Anlagevermögen in Höhe von rd. 50,3 Mrd. Euro. Die Vermögensverteilung auf die jeweiligen Anlagekategorien geht aus der nachfolgenden Grafik hervor.

Vermögensanlagen der Sozialversicherungsträger zum 31. Dezember 2011 nach Anlagekategorien



Aus dieser Querschnittsprüfung lassen sich insbesondere folgende Erkenntnisse ableiten:

Die Einlagensicherungsgrenze einzelner Kreditinstitute wurde zum Erhebungsstichtag von zwei Sozialversicherungsträgern überschritten.

Zudem wies die Vermögensanlage und -verwaltung von nahezu jedem zweiten Träger

Klumpenrisiken auf. Vierzehn Träger verfügten über Girokonten bei nur einem Kreditinstitut.

Die Zulässigkeitsprüfung der Spezial-Sondervermögen führte in zwei Fällen zu Beanstandungen; von den geprüften Publikums-Sondervermögen wurden elf Fonds beanstandet. Hierbei ist zu beachten, dass die Träger für ihre Anlagen in Publikums-Sondervermögen auf allgemein erhältliche Fondsprodukte zurückgreifen müssen. Demgegenüber haben sie bei Spezial-Sondervermögen über den jeweiligen Anlageausschuss die Möglichkeit, die Vertragsbedingungen sozialrechtskonform auszugestalten.

Das Bundesversicherungsamt hat die Träger auf die festgestellten Einlagensicherungs- sowie Klumpenrisiken hingewiesen und sie gebeten, ihr Anlagevermögen so umzuschichten, dass diese Risiken künftig vermieden werden. Wurden hingegen Mängel bezüglich der Vertragsbedingungen von Sondervermögen festgestellt, so wurden die Träger aufgefordert, gegenüber den Kapitalanlagegesellschaften auf eine sozialrechtskonforme Ausgestaltung hinzuwirken.

Gem. § 35 Abs. 2 SGB IV erlässt der Vorstand Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte, soweit diese der Geschäftsführung obliegen. Hierzu gehören auch die Anlagerichtlinien, in denen die strategischen und grundsätzlichen Vorgaben für das Risikomanagement bei Geldanlagegeschäften geregelt werden.

Im Rahmen der Prüfung der liquiden Vermögensanlagen wurde auch abgefragt, ob

die Sozialversicherungsträger über entsprechende Anlagerichtlinien verfügten. Im Ergebnis haben 65 bundesunmittelbare Krankenkassen noch keine Richtlinien zur Vermögensanlage erarbeitet.

Das Bundesversicherungsamt hat die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger daher per Rundschreiben am 13. Februar 2013 aufgefordert, Anlagerichtlinien zu erlassen. Diese stellen die Grundlage für die Verwaltung und Anlage des Vermögens dar. Sie konkretisieren die Anlagegrundsätze Sicherheit, Liquidität und angemessener Ertrag und regeln die Durchführung eines Risikomanagements. Dem Risikomanagement kommt hinsichtlich der Anlagesicherheit eine herausragende Bedeutung zu. Denn in Folge der anhaltenden Finanzmarktkrise reicht eine einfache Auswahl der zulässigen Vermögensanlagen nicht mehr aus, um dem Grundsatz der Anlagesicherheit zu genügen. Zur Beurteilung der Anlagesicherheit ist heute eine differenzierte Risikobewertung der zulässigen Anlagearten unbedingt erforderlich. Die Anlagerichtlinien sollen auch Vorgaben für Arbeitsanweisungen enthalten. Sie regeln den Geldhandel und den Zahlungsverkehr auf der Ebene der Beschäftigten, um diese vor Fehlentscheidungen zu schützen.

7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS

7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS

7.1 Allgemeines / Verfahren

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit dem 01. 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 die 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.

Der Gesundheitsfonds stellt den Krankenkassen die Beitragseinnahmen in der Form von Zuweisungen zur Verfügung. Bei den Zuweisungen zur Finanzierung der Ausgaben der Krankenkassen ist zwischen

- Zuweisungen zur Deckung von Pflichtleistungen (standardisierte Leistungsausgaben) einer Krankenkasse,
- Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen,
- Zuweisungen für Aufwendungen zur Entwicklung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme und
- Zuweisungen zur Deckung von Verwaltungsausgaben

zu unterscheiden.

Die Gesamthöhe der Zuweisungen an die Krankenkassen legt das Bundesversicherungsamt im Herbst des Vorjahres verbindlich fest. Grundlage hierfür ist die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen. Die Ministerien werden wiederum bei dieser Festlegung vom Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt beraten. 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. Für das Jahr 2012 wurde auf der Grundlage der Ergebnisse des Schätzerkreises vom 11./ 12. Oktober 2011 der durchschnittliche Zusatzbeitrag auf 0 Euro festgelegt; dadurch entfiel im Jahr 2012 die Notwendigkeit eines Sozialausgleichs.

Neben der Gesamthöhe muss auch der Anteil der einzelnen Krankenkassen an den Zuweisungen festgelegt werden. 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 Risikostrukturausgleichs 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.

7.2 Risikostrukturausgleich

7.2.1 Grundlagen

Jede Krankenkasse erhält für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen erwarteten Ausgaben je Versicherten. Diese Grundpauschale wird durch ein System alters-, geschlechts- und risikoadjustierter Zu- und Abschläge an den konkreten Beitragsbedarf einer Krankenkasse angepasst. Konkret sind dies

- alters- und geschlechtsadjustierte Zu- und Abschläge für 40 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG),
- risikoadjustierte Zuschläge für sechs Erwerbsminderungsgruppen (EMG),
- risikoadjustierte Zuschläge für (im Jahr 2012) 132 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG),
- Krankengeldzuschläge differenziert nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentenstatus sowie
- als Sonderregelungen Zuschläge für Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, und Zuschläge für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland.

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 fußt gem. § 266 Abs. 6 SGB V auf kasseneinheitlichen Wer-

ten (z.B. der Grundpauschale, der Höhe der einzelnen alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge, der standardisierten Verwaltungsausgaben je Versicherten, der standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen, etc.), die jährlich bekannt zu geben sind.

7.2.2 Monatliches Abschlagsverfahren 2012

Bekanntgabe der Berechnungswerte

Die Berechnungswerte für 2012 hatte das Bundesversicherungsamt bereits mit der „Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/ 2012“ am 15. November 2011 veröffentlicht. Die Grundpauschale je Versicherten wurde für 2012 mit monatlich rd. 209 Euro ermittelt.

Strukturanpassungen

Im Zeitverlauf ändern sich aber nicht nur die Versichertenzahlen der Krankenkassen, sondern möglicherweise auch die Versichertenstruktur. Diese Veränderungen werden im Rahmen der Strukturanpassungen berücksichtigt. Dabei wird nicht nur die Höhe der zukünftigen Zuweisungen angepasst, sondern auch die bislang geleisteten Zuweisungen neu ermittelt. Die Strukturanpassungen finden jeweils im März und September des Ausgleichsjahres und im März des Folgejahres statt.

Die folgende Tabelle zeigt die Zuweisungen 2012 einschließlich erster und zweiter Strukturanpassung auf. Die Zuweisungen 2012 wurden nochmals im Rahmen der dritten Strukturanpassung im März 2013 und werden endgültig im Rahmen des Jahresausgleichs bis Ende 2013 angepasst.

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2012 in Mrd. € (einschließlich 1. und 2. Strukturanpassung)						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	„mitgliederbezogene Veränderung § 40 RSAV“	Gesamt
AOK	67,3 Mrd. €	3,5 Mrd. €	0,285 Mrd. €	0,421 Mrd. €	0 Mrd. €	71,5 Mrd. €
BKK	25,9 Mrd. €	1,5 Mrd. €	0,136 Mrd. €	0,120 Mrd. €	0 Mrd. €	27,7 Mrd. €
VdEK	63,1 Mrd. €	3,5 Mrd. €	0,301 Mrd. €	0,305 Mrd. €	0 Mrd. €	67,2 Mrd. €
IKK	11,7 Mrd. €	0,7 Mrd. €	0,064 Mrd. €	0,052 Mrd. €	0 Mrd. €	12,5 Mrd. €
KBS	6,1 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,021 Mrd. €	0,042 Mrd. €	0 Mrd. €	6,5 Mrd. €
GKV	174,1 Mrd. €	9,6 Mrd. €	0,807 Mrd. €	0,940 Mrd. €	0 Mrd. €	185,4 Mrd. €

Monatliche Zuweisungen

Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als monatliche Abschlagszahlungen. Dabei findet jeden Monat eine Anpassung an veränderte Versichertenzahlen statt. Die Auszahlungen aus dem Gesundheitsfonds beginnen jeweils zum 16. des entsprechenden Monats und werden spätestens bis zum 15. des Folgemonats vollständig erfüllt.

7.2.3 Jahresausgleich 2011

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2011 der Krankenkassen wurden im November 2012 die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) im Jahresausgleich 2011 endgültig festgestellt und der Ausgleichsbetrag für Zuweisungen 2011 unter Anrechnung der im monatlichen Verfahren ausgezahlten Abschlagszahlungen festgesetzt. Insgesamt

wurden den Krankenkassen 178,9 Mrd. Euro zugewiesen. Die Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten kann der folgenden Übersicht entnommen werden.

Morbiditätsdaten. Das dreistufige Verfahren, das die Verwendung manipulierter Daten im Risikostrukturausgleich verhindern soll, setzt sich aus Auffälligkeitsprüfungen,

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2011							
Kassenart	für Pflichtleistungen	Konvergenz §272	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen - Pandemie	für DMP	„mitgliederbezogene Veränderung § 41 RSAV“	Gesamt
AOK	63,7 Mrd. €	0,0 Mrd. €	3,5 Mrd. €	0,274 Mrd. €	0,428 Mrd. €	1,338 Mrd. €	69,2 Mrd. €
BKK	24,8 Mrd. €	0,0 Mrd. €	1,5 Mrd. €	0,132 Mrd. €	0,123 Mrd. €	0,624 Mrd. €	27,2 Mrd. €
VdEK	59,0 Mrd. €	0,0 Mrd. €	3,4 Mrd. €	0,289 Mrd. €	0,305 Mrd. €	1,422 Mrd. €	64,4 Mrd. €
IKK	10,9 Mrd. €	0,0 Mrd. €	0,7 Mrd. €	0,061 Mrd. €	0,053 Mrd. €	0,293 Mrd. €	12,0 Mrd. €
KBS	5,7 Mrd. €	0,0 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,020 Mrd. €	0,042 Mrd. €	0,105 Mrd. €	6,2 Mrd. €
GKV	164,1 Mrd. €	0,0 Mrd. €	9,3 Mrd. €	0,775 Mrd. €	0,952 Mrd. €	3,782 Mrd. €	178,9 Mrd. €

Den zugesagten Zuweisungen für 2011 standen tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von rund 175 Mrd. Euro gegenüber. Die Zuweisungen von 178,9 Mrd. Euro dienten daher zu 92,1 % zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben, zu 5,4 % zur Deckung der Verwaltungsausgaben und zu 0,4 % zur Deckung von Satzungs- und Ermessensleistungen. Insgesamt standen 2,1 % der Zuweisungen keine Ausgaben der Krankenkassen gegenüber. Somit wurden rund 3,8 Mrd. Euro als mitgliederbezogene Erhöhung der Zuweisungen ausgezahlt.

7.2.4 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Grundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind umfängliche Datenmeldungen der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt, die sämtliche abgerechneten ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen umfassen. Insgesamt wurden im Jahr 2012 5,7 Milliarden Datensätze angenommen und verarbeitet. Im Rahmen des § 273 SGB V überprüft das Bundesversicherungsamt die Zulässigkeit dieser

Einzelfallprüfungen sowie ggf. der Erhebung eines Korrekturbetrages zusammen.

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2012 das methodische Gerüst für die Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 Abs. 2 Satz 1 SGB V weitreichend überarbeitet und ein statistisches Verfahren entwickelt, mit dem auffällige Abweichungen deutlich besser erkannt und abgegrenzt werden können als bisher. Gleichzeitig ist es auf dieser Grundlage möglich, die Prüfung von Erst- und Korrekturmeldung eines Berichtsjahres in einem Prüfturnus zusammenzufassen und damit das gesamte Verfahren deutlich zu straffen.

Allerdings hat sich wegen dieser großen Umstellungen die Umsetzung erheblich verzögert. Zudem ist Ende Oktober 2012 eine überarbeitete Fassung des § 39a RSAV in Kraft getreten, welcher die Rechtsfolge des § 273 SGB V – die Ermittlung von Korrekturbeträgen – neu regelt. Das Bundesversicherungsamt hat diesen Zeitpunkt abgewartet, um vollständige Rechtssicherheit bei der Aufnahme neuer Prüfungen zu gewähr-

leisten. Der Auftakt für den Prüfturnus der Diagnosedaten aus dem Berichtsjahr 2009 musste aus diesen Gründen auf das Jahr 2013 verschoben werden.

Das Bundesversicherungsamt hat drei laufende Einzelfallprüfungen nach § 273 Abs. 2 SGB V im Jahr 2012 erfolgreich abschließen können. In zwei Fällen konnte das Bundesversicherungsamt nachweisen, dass im Bereich der stationären Versorgung unrechtmäßig erfasste Diagnosen in die RSA-Datenmeldung 2009 eingeflossen waren. Das Bundesversicherungsamt konnte die betroffene Datengrundlage noch vor Durchführung der abschließenden Korrektur des Jahresausgleiches 2010 um diese manipulierten Daten bereinigen. In einem dritten Fall hat das Bundesversicherungsamt aufgedeckt, dass eine Krankenkasse Diagnosen aus dem Jahr 2010 bei niedergelassenen Ärzten auf unzulässige Weise hat nacherfassen lassen. Das Bundesversicherungsamt hat dieses Vorgehen strikt unterbunden und erwirkt, dass die unzulässig nacherfassten Diagnosen (im fünfstelligen Bereich) aus den finanzwirksamen Datengrundlagen für den Jahresausgleich 2011 gestrichen wurden. Aktuell geht das Bundesversicherungsamt zwei weiteren, ähnlich gelagerten Fällen nach, so dass die Aktivitäten im Rahmen der anlassbezogenen Einzelfallprüfungen nach § 273 Abs. 3 Satz 2 SGB V nicht nachlassen.

7.2.5 Weiterentwicklung

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

- die Festlegung der im Risikostrukturausgleich 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 gehörten im Jahr 2012 Prof. Dr. Saskia Drösler, Prof. Dr. Joerg Hasford, Dr. Bärbel-Maria Kurth, Prof. Dr. Marion Schaefer, Prof. Dr. Volker Ulrich, Prof. Dr. Jürgen Wasem (Vorsitzender) 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.

Basierend auf den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats für die im Ausgleichsjahr 2013 zu berücksichtigenden Krankheiten war bereits am 22. Dezember 2011 der erarbeitete Festlegungsentwurf in das vorgesehene Anhörungsverfahren gegeben worden. Nach Auswertung der Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes und weiterer Verbände und Institutionen hat

das Bundesversicherungsamt am 09. März 2012 die nach § 31 Abs. 1 Satz 2 RSAV zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013 festgelegt und bekannt gegeben.

Weiter werden nach den Grundsätzen des § 29 RSAV 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 24. April, 27. Juni und 24. Juli 2012 – unter Berücksichtigung der im Frühjahr 2012 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 2013 wurde am 27. Juli 2012 durch das Bundesversicherungsamt veröffentlicht und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes am 28. September 2012 als Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 bekannt gegeben.

Weitergehende Informationen zum Risikostrukturausgleich werden im Internet unter <http://www.bundesversicherungsamt.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. Euro übersteigen. Der Zahlungsbetrag einer Krankenkasse ergibt sich wie folgt:

Täglicher Zahlungsbetrag einer Krankenkasse

=

tägliche Einnahmen des Gesundheitsfonds

x

monatlicher Zuweisungsbetrag der Krankenkasse

./.

Summe der monatlichen Zuweisungsbeträge aller Krankenkassen

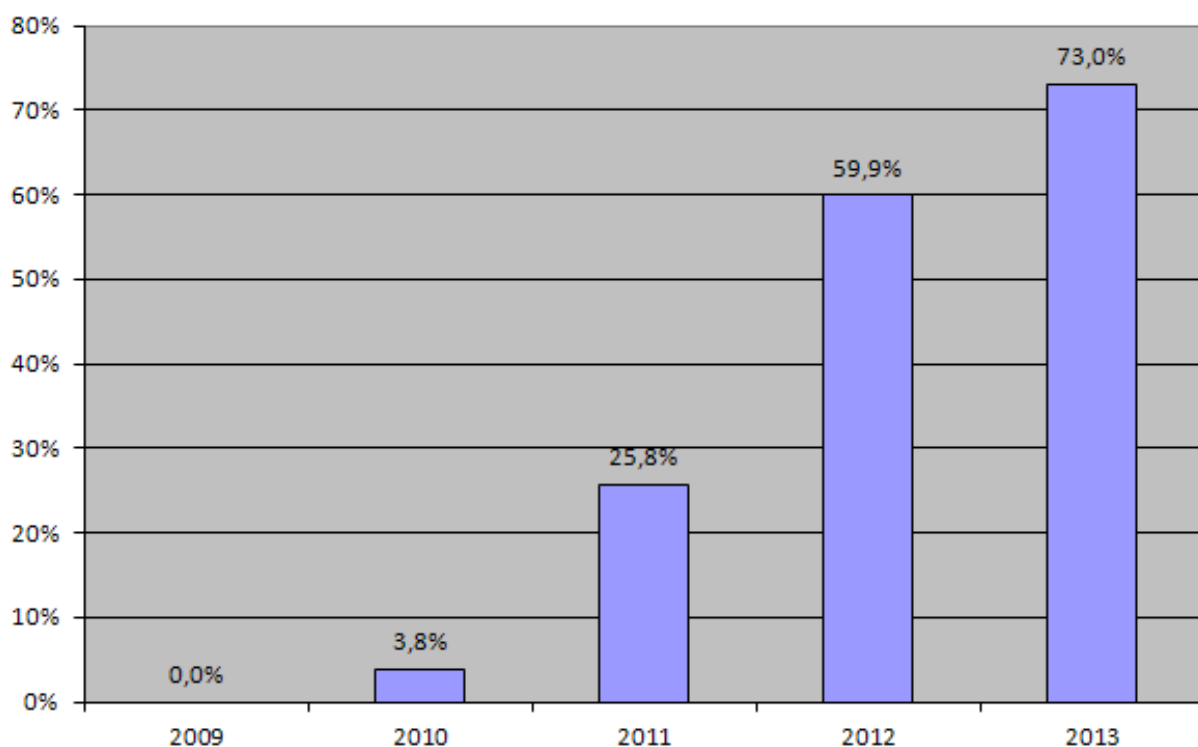
Die konkrete Höhe der täglichen Zuweisungen hängt von der Höhe der täglichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und somit von den Fälligkeitsterminen der verschiedenen Beitragsarten und des Bundeszuschusses ab. Die arbeitstägliche höchste Zuweisung erfolgte im Jahr 2012 am 18. Dezember 2012 mit rd. 12,075 Mrd. Euro.

Der monatliche Zuweisungsanspruch der Krankenkassen wird spätestens bis zum 15. des Folgemonats erfüllt. Infolge der positiven Entwicklung 2012 erhielten die Kran-

und im Februar 2012 bei rund 60 %. Auf diese Weise profitieren die Krankenkassen weiterhin unmittelbar von der hohen Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Neben den monatlichen Zuweisungen hat der Gesundheitsfonds im Jahr 2012 drei Strukturanpassungen sowie den Jahresausgleich 2011 abgewickelt. Im Rahmen der Strukturanpassungen werden die vorläufigen monatlichen Zuweisungen unter Berücksichtigung aktueller Datenmeldungen neu berechnet. Übersteigen die Neuberech-

Auszahlung am 1. Tag des Monats (in % der monatlichen Summe)



kenkassen ihre Zuweisungen im Verlauf eines Auszahlungsmonats deutlich früher. Aus der nachfolgenden Abbildung wird deutlich, dass die Krankenkassen mittlerweile (Stand: Februar 2013) ca. 73 % ihrer monatlichen Zuweisungen am 1. Tag des Auszahlungsmonats erhalten, im Februar 2011 lag dieser Wert erst bei knapp 26 %

neten monatlichen Zuweisungen die bisher festgesetzten Beträge, leistet der Gesundheitsfonds den überschießenden 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 werden die Zuweisungen für das abgelaufene Kalenderjahr neu ermittelt und der Unterschiedsbetrag an den Gesundheitsfonds 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. Der Übersicht lassen sich die Zahlungsströme zwischen Gesundheitsfonds und Krankenkassen im Rahmen der im Jahr 2012 abgewickelten Strukturanpassungen und des Jahresausgleiches 2011 entnehmen.

Im Jahr 2012 standen den Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von rd. 189,0 Mrd. Euro Ausgaben in Höhe von rd. 185,5 Mrd. Euro gegenüber. Dies führte zu einem Überschuss der Einnahmen von rd. 3,5 Mrd. Euro (siehe nachfolgende Tabelle).

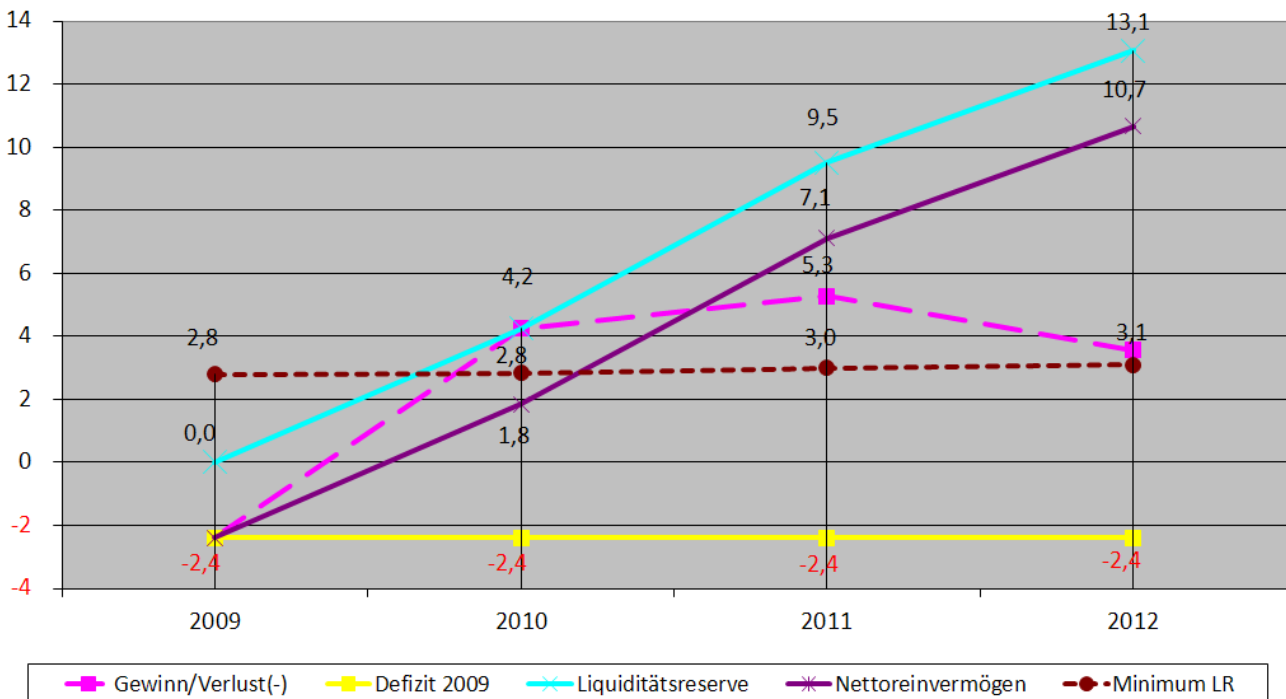
Vorraussichtliches Rechnungsergebnis 2012 des Gesundheitsfonds (lt. KV 45 4. Quartal 2012)	
Beitragseinnahmen	175.177.941.784
Sonstige Einnahmen (z.B. Bundeszuschuss, Zinsen)	13.852.353.649
Einnahmen gesamt	189.030.295.433
Zuweisungen an Krankenkassen	185.435.265.000
Verwaltungskosten	46.154.686
Überschuss der Einnahmen	3.548.875.747

	3. Strukturanpassung 2011	1. Strukturanpassung 2012	2. Strukturanpassung 2012
Strukturanpassungen	30.04.2012	30.04.2012	30.10.2012
Verpflichtung_GF (+)	181.793.504,15	115.266.645,38	239.060.336,81
Empfänger-kassen (Anzahl)	75	84	62
Forderung_GF (-)	-181.793.504,01	-115.266.645,34	-239.060.336,63
Zahlerkassen (Anzahl)	66	52	73
Saldo	0,14	0,04	0,18
		Jahresausgleich 2011	
Fälligkeit		30.11.2012	
Verpflichtung_GF (+)		291.374.067,72	
Empfänger-kassen (Anzahl)		93	
Forderung_GF (-)		-286.894.623,82	
Zahlerkassen (Anzahl)		46	
Saldo		4.479.443,90	

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 2012 hat keine Krankenkasse diese Möglichkeit in Anspruch genommen.

In den Netto-Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds sind neben der Einzugs-kosten-Vergütung der Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rd. 35,9 Mio. Euro auch Prüfungskosten von knapp 4 Mio. Euro sowie DMP-Vorhaltekosten von rd. 2 Mio. Euro enthalten. Die originären Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds belaufen sich auf rd. 4,3 Mio. Euro.

Vermögensentwicklung des GF (in Mrd. €)



Der Ausgabenüberschuss des Jahres 2009 in Höhe von rd. 2,4 Mrd. Euro wird laut Kontenrahmen bei der Ermittlung der Höhe der Liquiditätsreserve nicht berücksichtigt, so dass diese zum 31. Dezember 2012 rd. 13,1 Mrd. Euro beträgt. Unter Berücksichtigung des Defizits des Jahres 2009 beträgt das Netto-Reinvermögen des Gesundheitsfonds zum 31. Dezember 2012 rd. 10,7 Mrd. Euro.

Zwangsgeld bei fehlenden oder nicht ordnungsgemäß abgegebenen Monatsabrechnungen „Sonstige Beiträge“

Die Krankenkassen sind als Einzugstellen nach § 6a i.V.m. § 6 der Beitragsverfahrensverordnung (BVV) verpflichtet, die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge (z.B. der freiwilligen Mitglieder, der Studenten u.a.) gegenüber dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds abzugeben. Diese Abrechnungen

dienen vor allem der Überwachung des Beitragseinzugs, der technischen Abwicklung der Buchungen und der Erstellung der Jahresrechnungen des Gesundheitsfonds. Mit Wirkung zum 01. Januar 2012 haben die Aufsichtsbehörden die Befugnis erhalten, die Verpflichtung zur fristgerechten Abgabe vollständiger und richtiger Monatsabrechnungen erforderlichenfalls mit Zwangsgeld in Höhe von bis zu 50.000 Euro durchzusetzen (§ 252 Abs. 6 SGB V). Dieses Zwangsgeld kann auch mehrfach festgesetzt werden.

Das Bundesversicherungsamt hat die maßgeblichen Verfahrensschritte zur Anwendung dieser Bestimmung gründlich vorbereitet und die Ausübung der neuen Befugnis mittels eines an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen gerichteten Rundschreibens wirkungsvoll angekündigt. Im Rahmen einer vom Bundesversicherungsamt als Aufsicht und zugleich als Verwalter des Ge-

sundheitsfonds initiierten Zusammenkunft der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder wurden die Belange des Gesundheitsfonds und die Handlungsmöglichkeiten der Aufsicht gemeinsam erörtert.

Das zuständige Aufsichtsreferat des Bundesversicherungsamts, dessen Tätigwerden durch eine entsprechende Mitteilung des Verwalters des Gesundheitsfonds ausgelöst wird, hat im Jahr 2012 maßgeblich mit darauf hingewirkt, dass mittlerweile alle (bundesunmittelbaren) Krankenkassen ihre Monatsabrechnung „Sonstige Beiträge“ abgeben. Im Rahmen der nach § 252 Abs. 6 SGB V eröffneten Verfahren (13 Verfahren, 8 verschiedene Krankenkassen) wurden die betroffenen Krankenkassen umfänglich angehört. Das Bundesversicherungsamt hat dabei deutlich gemacht, dass ein Verweis der Krankenkassen auf das Handeln von Arbeitsgemeinschaften nicht entlastet; im Hinblick auf bereits dokumentiertes Fehlverhalten aus früherer Zeit wurde zudem auf ein mögliches Organisationsverschulden hingewiesen.

Ein Zwangsgeld musste im Rahmen aller bisher eröffneten Verfahren noch nicht verhängt werden, nachdem die Abrechnungen schließlich abgegeben wurden. Unter entsprechender Ermahnung der Träger konnte auf die gesonderte Verfolgung als Pflichtverletzung in Form der „nicht rechtzeitigen Abgabe“ unter Vorbehalt verzichtet werden. Nachdem der Tatbestand der „Nichtabgabe“ zunächst vordringlich verfolgt wurde, rückten im Laufe des Jahres andere Pflichtverletzungstatbestände in den Vordergrund. Auch hier konnten unter Verweis auf die neue Bestimmung im Rahmen einzelner

Gespräche mit den Trägern bereits Fehler beseitigt werden.

7.4 Entwicklung der Beitrags-einnahmen, Prüfungen

Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände

Das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds überwacht die Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und 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 01. Januar 2011 werden zusätzlich die sogenannten Sonstigen Krankenversicherungsbeiträge (bspw. Freiwillige Versicherung, Versorgungsbezüge) ausgewiesen.

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

Festzustellen ist, dass sich die Beitragsrückstände - sowohl im Bereich GSV-Beitrag als auch bei den Sonstigen Krankenversicherungsbeiträgen - seit Beginn der Überwachung unauffällig und stabil entwickeln. Hervorzuheben ist, dass 2012 beim GSV-Beitrag erneut über 99,5 vom Hundert aller Beitragsforderungen umgehend realisiert werden konnten.

Zur dauerhaften Sicherstellung der Beitrags-einnahmen wird die Innendienstprüfung des

Bundesversicherungsamtes seit dem Jahr 2011 u.a. ergänzt durch die sogenannte Einzugsstellenprüfung.

Gem. § 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 Krankenversicherungsanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag.

Die entsprechenden Vor-Ort-Prüfungen wurden im Jahr 2012 flächendeckend bei über 200 Prüfstellen durchgeführt. Durch diese kontinuierliche und auch anlassbezogene Überwachung wird gewährleistet, dass der Sozialversicherung keine vermeidbaren Beitragsverluste entstehen.

Prüfung der Beitragszahlung der Arbeitslosengeld I- und II- Empfänger an den Gesundheitsfonds

Die nach § 251 Abs. 5 Satz 2 ff. SGB V und § 60 Abs. 3 Satz 3 SGB XI im Auftrag des Bundesversicherungsamtes tätigen Prüfgruppen haben im Jahr 2012 bei zwanzig Institutionen (Jobcenter der Bundesagentur für Arbeit, Agenturen für Arbeit und zugelassenen kommunalen Trägern) die Beitragszahlung an den Gesundheitsfonds geprüft.

Schwerpunkt der Prüfungen war und wird auch in Zukunft die Beitragsabführung der Jobcenter für die Bezieher von Arbeitslosengeld II sein. In diesem Bereich wurden ca. 12.000 vorab selektierte Einzelfälle geprüft.

Aus den getroffenen Beanstandungen resultieren Nachforderungen an Krankenversicherungsbeiträgen und Säumniszuschlägen in Höhe von über zwei Mio. Euro zugunsten des Gesundheitsfonds.

Die Ergebnisse zeigen, dass Prüfungen der Beitragszahlung aus Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II ein wichtiges Element bei der Verwaltung des Gesundheitsfonds sind. Weil Prüfungen jedoch nur punktuell erfolgen können, wird neben dem monetären Effekt der Prüfungen großer Wert darauf gelegt, den geprüften Institutionen regelmäßig auftretende Fehlerquellen aufzuzeigen und somit langfristig zu deren Vermeidung zu gelangen.

8. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

8. PRÜFDIENST KRANKENVERSICHERUNG

8.1 Prüfstatistiken

Der Prüfdienst Krankenversicherung (PDK) hat im Jahr 2012 insgesamt 198 Prüfungen und damit 38 weniger als 2011 durchgeführt. Dies liegt darin begründet, dass in 2012 aufgrund des Wegfalls des Risikopools im RSA-Verfahren seit 2009 keine entsprechenden Prüfungen der Datenmeldungen zum Risikopool durchzuführen waren.

Hierfür wurde der Ansatz für die im Vergleich zeitintensiveren Prüfungen nach § 274 SGB V gestärkt.

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2012	Durchgeführte Prüfverfahren 2011
Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI	195	127
Turnusprüfungen bei Krankenkassen, davon:	158	95
Allgemeine Verwaltung	54	7
Finanzen/Kassensicherheit	22	24
Mitgliedschaft/Beiträge	26	29*
Leistungen Krankenversicherung	21	23
Leistungen Pflegeversicherung	26	12
DRG	9	6
Nachprüfungen	4	6
Turnusprüfungen bei Arbeitsgemeinschaften, davon:	17	3
Allgemeine Verwaltung	17	1
Finanzen	0	1
Personal	0	1
Prüfung von Eigenbetrieben	4	5
Prüfung bei Dienstleistern	0	1
Prüfungen EDV/Informationstechnik	8	8

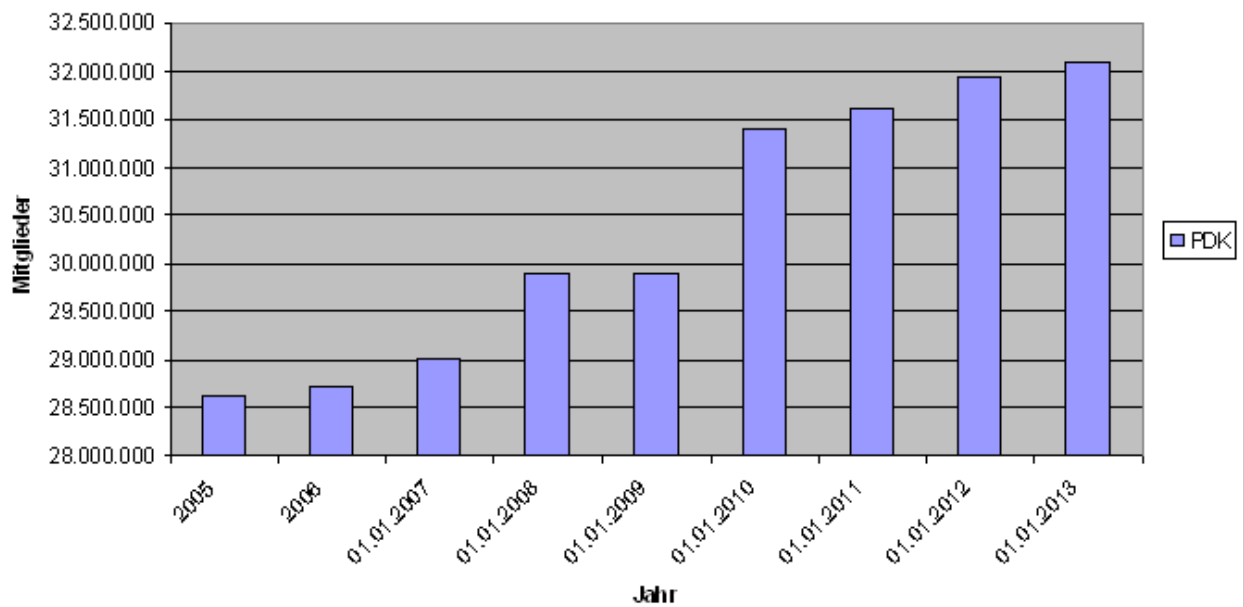
Prüfungen Spitzenverbände	3	1
Prüfungen AAG	1	2
Prüfungen nach § 88 SGB IV i.V.m. § 274 SGB V	3	5
Prüfungen Landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger	3	5
RSA-Prüfungen	0	92
Prüfungen Versicherungszeiten/DMP bzw. RP	0	91
Nachprüfungen nach § 15a Abs. 3 Satz 9 RSAV	0	1
Sonderprüfungen	0	12
Sonderprüfungen IT (Satzarten Morbi RSA)	0	5
Sonderprüfungen	0	7
Insgesamt	198	236

* davon zwei prüfgruppenübergreifend

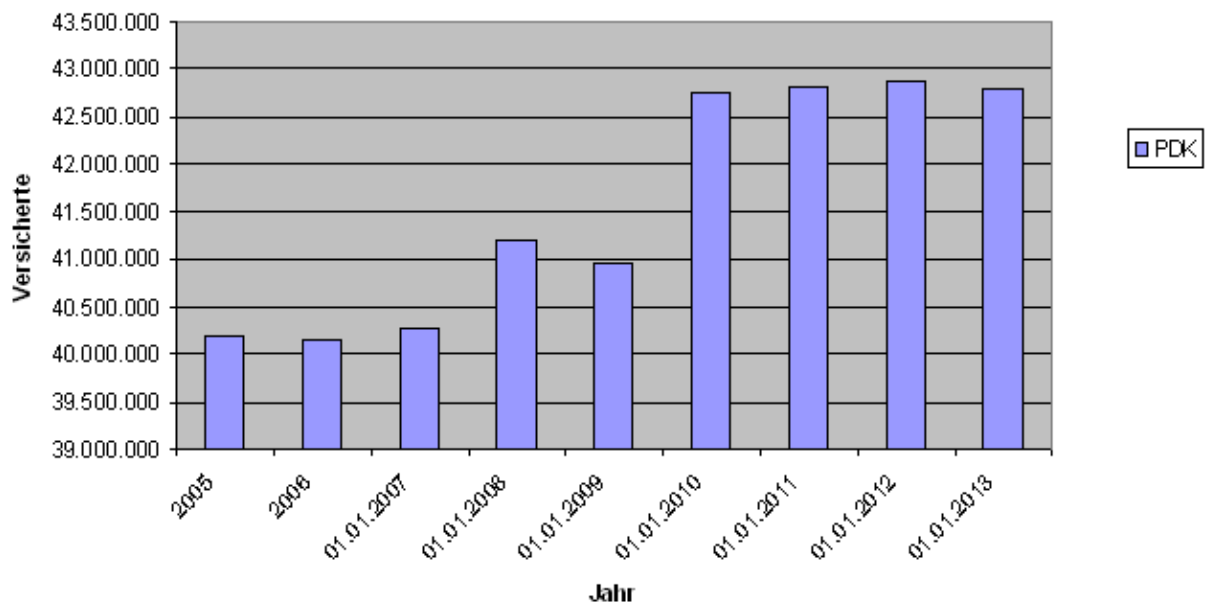
Die Gesamtzahl der Mitglieder in den vom PDK zu prüfenden Krankenkassen ist wie in den Vorjahren weiter gestiegen, während die Zahl der Versicherten nur leicht gefallen ist (vgl. nachstehende Abbildungen).

Da auch die Anzahl der zu prüfenden Krankenkassen nahezu stabil geblieben ist, sind Prüf- und Arbeitsaufwand für den PDK weiterhin in dem hohen Maße gegeben, zumal nunmehr auch die durch die Ergänzung des § 274 Abs. 1 Satz 1 SGB V seit 2011 turnusmäßig zu prüfenden Arbeitsgemeinschaften der gesetzlichen Krankenkassen einen stetigen Mehraufwand für den PDK bedingen.

Mitgliederentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



Versichertenentwicklung bundesunmittelbarer Krankenkassen



8.2 Maschinelle Datenanalyse (MASDAT)

Der PDK verfolgt mit dem Projekt MASDAT das Ziel, die Datenlieferungen der Krankenkassen für Prüfungen nach § 274 SGB V/ § 46 Abs. 6 SGB XI zu standardisieren und die für die Auswertung der Daten erforderlichen Routinen zu entwickeln. Im Kalenderjahr 2012 konnten die Datenlieferungen für das Prüfgebiet Mitgliedschaft und Beiträge mit zwei großen Krankenkassen umgesetzt werden. Die hierfür erforderliche Anpassung der bestehenden Auswertungsroutinen wurden ebenfalls angepasst.

Im Rahmen eines Teilprojektes „MASDAT|SQL“ wurden erhebliche Ressourcen darauf verwendet, die bestehenden Datenbanklösungen für die Auswertung von Daten im Prüfgebiet Krankenhausabrechnungen/ Abrechnung von diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) zu analysieren, im Hinblick auf technische und fachliche Optimierung zu überarbeiten und neue Abfragen zu erstellen. In einem nächsten Schritt wird eine DRG-Gruppierungs- und Kodierprüfsoftware an die Datenbanklösung angebunden werden, um die Effektivität der DRG-Prüfungen noch weiter steigern zu können.

8.3 Aus der Arbeit der Prüfgruppen

8.3.1 Allgemeine Verwaltung

Schwerpunktprüfung Mietverträge

Der PDK hat in den vergangenen Jahren immer wieder festgestellt, dass Krankenkassen bei der Auswahl von Mietobjekten unwirtschaftlich gehandelt oder für sie ungünstige Mietverträge abgeschlossen hatten. Je nach Kassengröße wurden dabei unterschiedliche Auffälligkeiten festgestellt. Die Anmietung von Objekten in Top-Lagen zu Top-Mieten sowie von überdimensionierten, aber repräsentativen Räumlichkeiten war kennzeichnend für einige mittelgroße, teilweise expandierende Krankenkassen. Handelte es sich hierbei um Einzelfälle, so stießen die Prüferinnen und Prüfer auf der anderen Seite insbesondere bei kleinen Krankenkassen immer wieder auf Mietverträge, in denen sich die Krankenkassen ohne Not wichtiger Rechte begeben hatten oder Verpflichtungen eingegangen waren, die eigentlich den Vermietern oblagen.

Dies veranlasste den PDK, im Rahmen einer Schwerpunktprüfung gezielt die von den Krankenkassen abgeschlossenen Mietverträge zu prüfen und Hinweise für künftige Vertragsverhandlungen zu geben. Aus der umfangreichen Liste von Mietvertragsbestimmungen, die die Krankenkassen als Mieter benachteiligen können, seien nachfolgend einige hervorgehoben:

- Mietzins oberhalb der örtlichen Vergleichsmiete,
- Mietanpassungsklausel gebunden an den Verbraucherindex bzw. Staffelmietvereinbarung,

- Mietzins zuzüglich Umsatzsteuer,
- keine Angaben zur Größe der angemieteten Fläche, kein exaktes Raumaufmaß,
- Untervermietung nur mit Zustimmung des Vermieters,
- Haftung des Mieters auch für Schäden, die er nicht zu verantworten hat,
- Pflicht zur laufenden Instandhaltung/ Instandsetzung
- und bei Beendigung des Mietverhältnisses Rückbauverpflichtung für alle Um- oder Anbauten.

Mietanpassungsklauseln, die bei Mieterhöhungen an die privaten Lebenshaltungskosten anknüpfen, koppeln den Mietzins von der Entwicklung der gewerblichen Mieten ab und können die Krankenkasse benachteiligen. Gleiches gilt für Staffelmieten.

Das Bundesversicherungsamt hat deshalb empfohlen, über die Streichung der Klauseln aus den Mietverträgen zu verhandeln bzw. sie künftig nicht mehr zu vereinbaren. Wird bei Abschluss eines Vertrages eine Anpassungsklausel seitens des Vermieters gewünscht, sollte statt einer Wertsicherungsklausel eine Spannungsklausel oder eine Leistungsvorbehaltsklausel vereinbart werden. Spannungsklauseln knüpfen die Mietzinserhöhung an einen vergleichbaren Wertmesser, beispielsweise an die Entwicklung eines bestimmten Gewerbemietenspiegels. Bei Leistungsvorbehaltsklauseln löst eine Änderung des amtlichen Lebenshaltungskostenindex lediglich einen Anspruch auf Neuverhandlungen des Mietzins

aus und führt nicht zu einer gleichwertigen Anpassung des geschuldeten Betrages.

Mehrfach enthielten Mietverträge die Verpflichtung des Mieters zur laufenden Instandhaltung des Mietobjektes bzw. zur Übernahme von Instandsetzungskosten, in einem Einzelfall bis zu einer Höhe von jährlich 2.500 Euro.

§ 535 BGB weist die Instandhaltungs- und Instandsetzungspflichten grundsätzlich dem Vermieter zu. Beide Pflichten können zwar auf den Mieter abgewälzt werden; wirtschaftlich betrachtet kommt dies jedoch einer Mietzinserhöhung gleich. Entsprechende Verpflichtungen sind i.d.R. mit erheblichen Kostenrisiken verbunden. So zählen zur Instandsetzung auch die Reparatur oder der Ersatz durch Verschleiß unbrauchbar gewordener Einrichtungsgegenstände (z.B. Öfen, klima- und lüftungstechnische Anlagen, Warmwasserbereitungsanlagen einschl. der Zu- und Ableitungen, Wasserhähne, Schlösser).

Eine solche Vereinbarung kann den Mieter unangemessen benachteiligen und ggf. (z.T.) unwirksam sein. Der Mieter darf nämlich nicht zu Aufwendungen gezwungen werden, die außer Verhältnis zum Wert der Mietsache, zu ihrem Nutzungswert und zum Mietzins stehen; insbesondere kann bei langfristiger Gebrauchsüberlassung der Mieter nicht verpflichtet werden, die naturgemäß verschlissene Mietsache zu ersetzen. Die Übernahme von Instandhaltungspflichten muss sich auf das Innere der Bürogebäude/ Büroräume beschränken, wobei Schönheitsreparaturen als Spezialfall der Instandhaltung im üblichen Umfang übernommen werden können.

Einige Mietverträge sahen eine Haftung der mietenden Krankenkasse für Schäden vor, die durch ihre Arbeiter, Angestellten, Besucher, Lieferanten, Handwerker usw. schuldhaft verursacht werden.

Die Erweiterung der Mieterhaftung stellt ein erhöhtes Risiko für die Krankenkassen dar, da sie für etwas verantwortlich gemacht werden, das sie i.d.R. nicht zu vertreten haben.

Mehrfach wurden Betriebs- und Nebenkosten pauschal und nicht verbrauchsabhängig berechnet. Aus einem Mietvertrag sollte eindeutig der Umlegungsschlüssel, wonach die Betriebskosten auf die einzelnen Mieter aufgeteilt werden, hervorgehen. Für die Versorgung mit Wärme und Warmwasser gilt dies zwingend über die Verordnung über die verbrauchsabhängige Abrechnung der Heiz- und Warmwasserkosten (Verordnung über die Heizkostenabrechnung - HeizkostenV) in der Fassung vom 05. Oktober 2009. Gem. § 4 HeizkostenV besteht die Pflicht des Gebäudeeigentümers, den tatsächlichen Verbrauch der Nutzer an Wärme und Warmwasser zu erfassen. In der Regel haben die Krankenkassen kein Sonderkündigungsrecht für den Fall einer fusionsbedingten Standortaufgabe vereinbart. Auch aufgrund ihrer Insolvenzfähigkeit und einer grundsätzlich möglichen Schließung durch die Aufsichtsbehörde sind die Krankenkassen seit Änderung der „Leitlinien 88“ in 2011 aufgefordert, für diese Fälle ein Sonderkündigungsrecht zu vereinbaren, um den Schaden für die Versichertengemeinschaft im Rahmen der treuhänderischen Verwaltung der Versichertengelder möglichst gering zu halten.

Aber selbst in den Fällen, in denen ein Sonderkündigungsrecht vereinbart wurde, bestand Beratungsbedarf, wenn etwa das Sonderkündigungsrecht mit einer Strafzahlung der mietenden Krankenkasse für Ausbaurkosten und entgangenen Mietertrag verbunden war. Nach einer Vertragsgestaltung fiel die Strafzahlung selbst dann an, obwohl der Vermieter das Objekt nach der Sonderkündigung der Krankenkasse sofort erneut an Dritte vermieten und hierdurch quasi das 1,5-fache der Mieterträge erwirtschaften konnte. Weil dem Vermieter im Fall einer Sonderkündigung üblicherweise ein Schadensausgleichsanspruch zusteht, hielt das Bundesversicherungsamt die Höhe der Strafzahlung für überzogen.

Einzelfeststellungen

Der PDK hat im Rahmen einer umfangreichen Prüfung bei einer Krankenkasse zahlreiche Verstöße im Prüffeld Selbstverwaltung und allgemeine Verwaltung insbesondere gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip festgestellt. Dabei handelte es sich u.a. um die Nichtbeachtung von Vergabevorschriften, Überschreitung des Kostenrahmens für Hotelkosten des Vorstandes und des Verwaltungsrates, die Reisekostenabrechnung von Beratern und Dienstleistern, die überdimensionierte Ausstattung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Mobilfunkanschlüssen (teilweise doppelt im Vorstandsbereich), den Abschluss von umfangreichen, teilweise überflüssigen Versicherungen, Verstöße gegen die Bewirtschaftungsleitlinien der Aufsichtsbehörden sowie der Finanzierung von Personalversammlungen deutlich jenseits des vom BPersVG i.V.m. dem Reisekostenrecht gesetzten finanziellen Rahmens.

Finanzen / Kassensicherheit

Die Erhebungen des Prüfdienstes bei einer großen Zahl gesetzlicher Krankenkassen im Zeitraum 2012 haben die von mehreren Seiten bereits festgestellte Tendenz bestätigt, dass sich die finanzielle Gesamtsituation der Krankenkassen auch im vergangenen Jahr insgesamt gesehen positiv weiterentwickelt hat. Waren in den Vorjahren bis zu 16 Finanzstatusprüfungen erforderlich, weil beispielsweise die liquiden Mittel der Krankenkassen nicht ausreichten oder sogar eine Insolvenz drohte, gab es in 2012 lediglich zwei Krankenkassen, die einer kurzfristigen Finanzstatusprüfung unterzogen werden mussten. Das Erfordernis für beide Sonderprüfungen wurde schon frühzeitig dadurch erkennbar, dass in einem Fall selbst die aufgrund einer überdurchschnittlichen Morbidität der Versicherten erheblich höheren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht zur Deckung der Leistungsausgaben ausreichten. Auch die Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages konnte in diesem Fall nicht dazu beitragen, den erforderlichen Finanzbedarf zu decken und die negative Entwicklung zu entschärfen. Im zweiten Fall war zu prüfen, ob die Krankenkasse auf die Erhebung des Zusatzbeitrages künftig wieder verzichten könne.

Im Rahmen der regulären Prüfungen des abgelaufenen Jahres im Prüfgebiet Finanzen/ Kassensicherheit hat der Prüfdienst eine Reihe bedeutsamer Schwerpunktthemen und Fragestellungen aufgegriffen und stärker in den Fokus gerückt:

Aufgrund der generell guten finanziellen Situation in der gesetzlichen Krankenversi-

cherung kommt es bei einer zunehmenden Zahl von Trägern mitunter zur Anhäufung von Finanzreserven in Form von Betriebsmitteln und Rücklagen, deren Höhe bisweilen auch über die gesetzlich vorgesehenen Obergrenzen hinausgeht. Dadurch sind die Träger verstärkt gefordert, sich der Verwaltung und Anlage ihrer erwirtschafteten Überschüsse zu widmen. Dazu bedienen sie sich immer häufiger auch des Sachverständigen von Dritten. So hat eine Krankenkasse die Anlage von Teilen ihrer Betriebsmittel und Rücklagen auf ein Kreditinstitut ausgelagert und dieses mit der Verwaltung beauftragt. Der Prüfdienst musste in diesem Fall zum einen feststellen, dass die Auslagerung der Vermögensverwaltung nicht der Aufsichtsbehörde angezeigt worden war. Darüber hinaus enthielt der Vertrag mit dem Kreditinstitut mehrere äußerst kritisch zu beurteilende Vereinbarungen, zum Beispiel im Hinblick auf wesentliche Aspekte der Anlagesicherheit. Die insoweit zwischen der Krankenkasse und dem Kreditinstitut getroffenen Vereinbarungen waren deshalb Gegenstand einer Beratung des Prüfdienstes, verbunden mit der dringenden Empfehlung, den Vertrag mit dem Kreditinstitut in Abstimmung mit der Rechtsaufsicht unbedingt anzupassen.

In zwei Fällen hatten Kreditinstitute die jeweiligen Krankenkassen bei der Ausgestaltung von Verträgen zur Abwicklung von Wertpapierdienstleistungen als „professionelle Kunden“ im Sinne des Wertpapierhandelsgesetzes eingestuft. Mit einer solchen Einstufung ist der Verzicht auf eine Reihe von Schutzrechten verbunden, weil die gesetzlichen Regelungen davon ausgehen, dass professionelle Anleger über aus-

reichende Erfahrungen und Kenntnisse sowie hinreichenden Sachverstand verfügen, um ihre Anlageentscheidungen vor dem Hintergrund aller damit einhergehenden denkbaren Risiken beurteilen und treffen zu können. Dieses umfangreiche Wissen ist jedoch bei einer Vielzahl von Trägern nicht in dem erforderlichen Maße vorhanden. Im Interesse einer Risikominimierung hat der Prüfdienst in beiden Fällen empfohlen, eine entsprechende Statusänderung mit dem jeweiligen Vertragspartner anzustreben.

In den Kontext einer sachgerechten Verwaltung und Bewirtschaftung von Kassenmitteln ist auch das Anlageverhalten einer Krankenkasse einzuordnen, die erkennbar noch nach Beginn der europäischen Staatsschuldenkrise und der sich abzeichnenden negativen Entwicklung auf den Kapitalmärkten Anleihen europäischer Krisenstaaten erworben und inzwischen mit erheblichen Verlusten wieder veräußert hat. Aus der Sicht des Prüfdienstes wurde hier dem Grundsatz der Anlagesicherheit nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen und der Krankenkasse angesichts der aktuellen und langfristig schwierig einzuschätzenden Lage dringend empfohlen, bei ihren Geldanlagen künftig deutlich vorsichtiger zu agieren.

Kassensicherheit

Wie bereits in den Vorjahren stand auch in 2012 erneut eine Vielzahl von Fragen zur Kassensicherheit im Blickpunkt des Prüfdienstes. Insgesamt hat der Prüfdienst im Prüfzeitraum 2012 feststellen können, dass die Bedeutung des Themas Kassensicherheit auch bei den Trägern inzwischen

einen höheren Stellenwert einnimmt. Die überwiegend positiven Reaktionen auf die Prüfansätze des Bundesversicherungsamtes und die damit einhergehenden Optimierungsvorschläge machen deutlich, wie wichtig es ist, die Krankenkassen verstärkt im Hinblick auf die rechtzeitige Erkennung von Schwachstellen in allen Bereichen ihres operativen Handelns zu sensibilisieren und sie dabei mit zielgerichteten Empfehlungen zu unterstützen.

8.3.2 Mitgliedschaft/ Beiträge

Den im Prüfgebiet Mitgliedschaft/ Beiträge geprüften Krankenkassen konnte der Prüfdienst im Berichtszeitraum überwiegend bestätigen, im Wesentlichen sorgfältig gearbeitet zu haben. Gravierende Fehler in der Sachbearbeitung traten nicht auf. Dennoch gab es in einigen Prüfbereichen Fehlerhäufungen, die sich sowohl als Einzelfälle wie auch als grundsätzlich fehlerhafte Verfahrensweisen der Krankenkassen darstellten.

Studenten

Etliche Krankenkassen hatten Probleme mit der versicherungsrechtlichen Einordnung von Werkstudenten. Dies gilt sowohl für in der Krankenversicherung der Studenten (KVdS) pflichtversicherte wie auch familienversicherte Studenten, die eine Tätigkeit als Werkstudent aufgenommen hatten und dabei teilweise erhebliche Einkünfte erzielten. Die Krankenkassen prüften in diesen Fällen nicht, ob diese als Arbeitnehmer einzustufen und dementsprechend nach § 5 Abs.1 Nr.1 SGB V versicherungspflichtig waren. Studenten sind nach § 6 Abs. 1 Nr. 9 SGB V grundsätzlich kranken-, pfl-

ge- und arbeitslosenversicherungsfrei, wenn sie während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind. Nach ständiger Rechtsprechung kommt Versicherungsfreiheit allerdings nur dann in Betracht, wenn die Beschäftigung den Studenten grundsätzlich nicht mehr als zwanzig Stunden in der Woche (während der Vorlesungszeit) in Anspruch nimmt. Ist der Student neben seinem Studium wöchentlich mehr als zwanzig Stunden beschäftigt, ist er seinem Erscheinungsbild nach grundsätzlich als Arbeitnehmer anzusehen mit der Folge, dass er der Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung unterliegt.

Die Krankenkassen sagten zu, künftig jedenfalls bei Studenten mit auffällig hohen monatlichen Einkünften aus einem Beschäftigungsverhältnis die Voraussetzungen für die Fortführung der KVdS bzw. Familienversicherung regelmäßig zu prüfen.

Beiträge freiwilliger Mitglieder

Probleme der Krankenkassen bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder sind bereits im letzten Tätigkeitsbericht thematisiert worden. Sie betrafen z.B. die regelmäßige Überprüfung der Beitragsbemessung auf Basis der jeweils aktuellen Einkommensteuerbescheide sowie die Beitragseinstufung bei einkommensschwachen Selbständigen (siehe Tätigkeitsbericht 2011, S. 125f.). Auch für das aktuelle Berichtsjahr ist zu konstatieren, dass sich einige Krankenkassen den Beginn einer selbständigen Tätigkeit oder die Höhe des Einkommens

bei freiwillig versicherten Selbständigen nicht durchgängig nachweisen lassen oder der Beitragsbemessung nicht alle relevanten Einkommen zugrunde legen. Letzteres gilt insbesondere für die Beitragsbemessung freiwillig versicherter Beamter.

Bei der Beitragsbemessung der freiwillig Versicherten berücksichtigen einige Körperschaften die eventuell gewährten jährlichen Sonderzahlungen nicht (z.B. Weihnachtsgeld). Als Grundlage für die Beitragseinstufung greifen sie auf Bezügemitteilungen der Monate Januar bis November zurück, in denen das Weihnachtsgeld üblicherweise nicht ausgewiesen ist.

Die Beiträge freiwilliger Mitglieder werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds bemessen. Dabei hat die Beitragsbemessung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu berücksichtigen. Einmalige Zahlungen wie beispielsweise das Weihnachtsgeld sind dem Arbeitsentgelt und damit den beitragspflichtigen Einnahmen zuzurechnen. Die Krankenkasse hat die beitragspflichtigen Einnahmen regelmäßig auf der Grundlage geeigneter Nachweise zu überprüfen. Diese Überprüfung ist spätestens nach zwölf Monaten seit der letzten Feststellung oder Überprüfung einzuleiten. Von einer Überprüfung kann für die Dauer von längstens 24 Monaten seit der letzten Feststellung oder Überprüfung nur abgesehen werden, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass keine Änderungen in den Verhältnissen, die für die Beitragsbemessung erheblich sind, eingetreten sind.

Zwischen Bundesbeamten und den Beamten der Länder und Kommunen gibt es Unterschiede hinsichtlich der Zahlungsweise der jährlichen Sonderzahlung. Während bei Bundesbeamten durch das Dienstrechtsneuordnungsgesetz vom 05. Februar 2009 die jährliche Sonderzahlung ab 01. Juli 2009 mit den monatlichen Bezügen verteilt über das gesamte Jahr ausgezahlt wird, sehen die Landesbesoldungsordnungen hierzu unterschiedliche Regelungen vor.

Um die beitragspflichtigen Einnahmen der freiwillig versicherten Beamten einheitlich und in korrekter Höhe ermitteln zu können, hat der Prüfdienst den Krankenkassen empfohlen, die Einstufung bzw. Überprüfung auf Grundlage der Bezügemitteilung für den Monat Dezember oder der Lohnsteuerjahresbescheinigung durchzuführen.

Beitragszuschlag für Kinderlose

Mehrere Krankenkassen erhoben Beiträge zur Pflegeversicherung ohne Berücksichtigung des gesetzlichen Beitragszuschlags für kinderlose Mitglieder. Mit Einführung des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes (KiBG) erhöht sich der Beitragssatz in der Pflegeversicherung für kinderlose Mitglieder ab dem 23. Lebensjahr um 0,25 Beitragssatzpunkte. Der Beitragszuschlag ist u.a. nicht zu zahlen, wenn die Elterneigenschaft des Mitglieds gegenüber der beitragsabführenden Stelle bzw. bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse nachgewiesen wird oder diesen Stellen die Elterneigenschaft bereits aus anderem Anlass bekannt ist. Der Prüfdienst hat die Krankenkassen dahingehend beraten, die Elterneigenschaft künftig konsequent zu überprüfen und für kinderlose

Mitglieder ab dem 23. Lebensjahr den Beitragszuschlag ausnahmslos zu erheben. Die Krankenkassen sagten zu, dies künftig zu beachten.

Bescheiderteilung

Das Fehlen von Rechtsbehelfsbelehrungen bei Bescheiden, die die Kranken- bzw. Pflegekassen erteilen, ist quasi ein Dauerthema und beschäftigt den Prüfdienst seit Jahren. Im Berichtszeitraum fiel dies insbesondere bei den Bescheiden zur Feststellung der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner und der Pflegeversicherung (siehe unten) auf. Diese Verfahrensweise widerspricht der Vorschrift des § 36 SGB X, der bestimmt, wann eine Rechtsbehelfsbelehrung erforderlich ist, was sie zu enthalten hat und welche Form sie haben muss. Die Rechtsbehelfsbelehrung dient vor allem dem Zweck, rechtsunkundige Beteiligte darüber zu unterrichten, auf welchem Wege sie die ergangene Entscheidung anfechten können.

Erlässt eine Behörde einen Verwaltungsakt, der Entscheidungselemente enthält, durch die ein Beteiligter beschwert wird, hat dieser sowohl aus Gründen der Rechtssicherheit als auch im Interesse des Rechtsschutzes des Beteiligten generell eine Rechtsbehelfsbelehrung zu enthalten.

Fehlt die Rechtsbehelfsbelehrung, so ist der Verwaltungsakt zwar nicht unwirksam; das Fehlen hat aber Einfluss auf die Rechtsbehelfsfrist. Diese Frist beläuft sich dann auf ein Jahr, gerechnet ab der Bekanntgabe der Zustellung des Verwaltungsakts. Leider ist aber vielen Versicherten diese Möglichkeit unbekannt und bleibt deshalb ungenutzt.

Der Prüfdienst hat den Krankenkassen geraten, alle schriftlichen Verwaltungsakte oder schriftliche Bestätigungen von Verwaltungsakten, die einen Beteiligten beschweren, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.

8.3.3 Leistungen

Allgemeine Prüffeststellungen

Die Prüfungen im Leistungsbereich der Krankenkassen zeigten im Berichtszeitraum überwiegend unauffällige Ergebnisse. Lediglich bei der Thematik der Kostenerstattung und bei den Präventionsmaßnahmen konnten - wie schon in den vergangenen Jahren - immer wieder Auffälligkeiten beobachtet werden.

Es handelte sich zum einen um die Übernahme von Kosten, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind, um die Kostenübernahme ohne Rechtsgrundlage für privatärztliche Leistungen, um die Erstattung Individueller Gesundheitsleistungen (IGEL) sowie Behandlungen durch Heilpraktiker.

Eine Krankenkasse erstattete in einer Reihe von Fällen Kosten für Heilmittel, Zahnersatz und insbesondere Kurmaßnahmen im Ausland, die Versicherte ohne vorherige Antragstellung bei der Krankenkasse in Anspruch genommen hatten, obwohl die rechtlichen Vorschriften eine vorherige Antragstellung und Genehmigung durch den Leistungserbringer zwingend vorsehen.

Aufgrund der besonderen Bedeutung dieser Thematik hat das Bundesversicherungsamt bereits mit Rundschreiben vom 25. April 2007 an alle bundesunmittelbaren Kran-

kenversicherungsträger die Rechtslage eingehend erläutert. Die Gewährung von Leistungen im Ausland darf nicht dazu führen, dass allgemeinverbindliche Regeln, wie sie für alle Versicherten im Inland obligatorisch sind, unterlaufen werden.

Zum anderen beteiligten sich einige Krankenkassen mehrfach an Kosten vermeintlich primärpräventiver Maßnahmen, die dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes nicht entsprachen. Dazu gehörten zum Beispiel Kurse wie „Bodyforming“, „Bauch-Beine-Po“ oder „Eltern-Kind-Turnen“. Nach Beratung durch den Prüfdienst sagten die betroffenen Krankenkassen zu, künftig bei der Kostenübernahme für Präventionsmaßnahmen den Präventionsleitfaden zu beachten.

Eine Krankenkasse gewährte Zuschüsse für die Teilnahme an mehreren Präventionskursen mit gleichen Kursinhalten über ein Kalenderjahr hinaus. Gemäß der Intention des Leitfadens Prävention soll die Maßnahme den Teilnehmer befähigen und motivieren, nach Abschluss der Intervention das erworbene Wissen bzw. die erworbenen Fertigkeiten/ Übungen selbständig anzuwenden und fortzuführen sowie in den (beruflichen) Alltag zu integrieren. Die kontinuierlich wiederholte Teilnahme an Maßnahmen des gleichen Präventionsprinzips entspricht nicht den Zielsetzungen der Primärprävention und darf von der Krankenkasse nicht finanziert werden. Auch dies ist eine Problematik, die schon bei anderen Trägern in den vergangenen Jahren vom Prüfdienst aufgegriffen wurde.

Krankenhausabrechnungen (DRG)

Die Krankenhaus-Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen bietet nach wie vor ein breites Feld für Prüfanmerkungen des Prüfdienstes. Dies zeigte sich beispielsweise wiederum bei den Fallzusammenführungen im Rahmen von Wiederaufnahmen oder Rückverlegungen sowie bei Verlegungen (siehe Tätigkeitsbericht 2011, S. 128). Die Erfahrungen aus den vergangenen DRG-Prüfungen zeigten, dass die Krankenkassen bis zu 90% der vom Prüfdienst festgestellten Einsparpotentiale realisieren konnten. Als Ergebnis der Prüfungen des Jahres 2012 haben die Krankenhäuser von den festgestellten Rückforderungsbeträgen in Höhe von insgesamt 1.807.927,41 Euro zeitnah 1.176.614,03 Euro an die Krankenkassen zurück überwiesen. Diese gute Bilanz bestätigt auch die Zielgenauigkeit der vom Prüfdienst entwickelten und eingesetzten Prüfsoftware.

Darüber hinaus hat der Prüfdienst weitere Feststellungen bei der Prüfung der Geschäftsprozesse getroffen. Dabei fiel auf, dass insbesondere das Controlling der Fallbearbeitung teilweise nur rudimentär vorhanden war. Die Krankenkassen erkannten aufgrund der Prüffeststellungen, dass verstärkt interne Controllingmaßnahmen notwendig sind, um die Effizienz der Krankenhausabrechnungsprüfung zukünftig weiter steigern zu können. Der Prüfdienst kam dem Anliegen der Krankenkassen auf entsprechende Unterstützung im Rahmen seines Beratungsauftrages nach und gab wertvolle Hinweise zur Implementierung geeigneter Controllingmaßnahmen.

Zudem erweiterte der Prüfdienst in den vergangenen Prüfungen sein Prüfportfolio, um die laufenden Veränderungen des komplexen Fallpauschalen-Systems zu berücksichtigen. So selektierte der Prüfdienst Fälle mit besonderen und kostenintensiven Behandlungsmethoden und gab den Krankenkassen die Empfehlung, diese künftig mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung abzuklären.

Bei der Abrechnung von Versorgungskosten für gesunde Neugeborene hat der Prüfdienst wiederum in zahlreichen Fällen festgestellt, dass Fallpauschalen abgerechnet wurden, die nur dann angesetzt werden können, wenn eine Versorgung des Neugeborenen außerhalb des Kreißsaales erforderlich ist (siehe Tätigkeitsbericht 2010, S. 128). Dennoch rechneten Krankenhäuser diese (teurere) DRG ab, auch wenn nur eine Routineversorgung des Neugeborenen im Kreißsaal vorlag. Der Anregung des Prüfdienstes, eine entsprechende Prüfregel in die kasseninterne Abrechnungsprüfungssoftware aufzunehmen, kamen die Krankenkassen nach.

Des Weiteren stellte der Prüfdienst fest, dass zwei Krankenkassen in Einzelfällen unberechtigtweise Diagnosedaten aus Kostenerstattungsfällen in Zusammenhang mit Abrechnungen ausländischer Krankenhäuser bzw. Diagnosedaten aus Erstattungsfällen nicht zugelassener Krankenhäuser in den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) meldeten. Der Prüfdienst klärte die Krankenkassen dahingehend auf, entsprechende Fälle korrekt zu kennzeichnen und somit eine fehlerhafte Meldung in den Morbi-RSA zu vermeiden.

8.3.4 Pflegeversicherung

Bei den Prüfungen der Pflegekassen stellte der Prüfdienst im vergangenen Jahr insbesondere Auffälligkeiten bei der Wahrnehmung von Informations- und Beratungspflichten, der Gewährung von Leistungen sowie beim Verwaltungsverfahren fest. Weitere Prüffragen, die häufig zu Beanstandungen führten, waren der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor pflegerischen Leistungen, die Nichteinhaltung der Fünf-Wochen-Frist zwischen Antragstellung und Bescheiderteilung für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, die Realisierung von Ersatzansprüchen gegen Dritte sowie die Rentenversicherungspflicht für Pflegepersonen. Hierzu enthalten bereits die Tätigkeitsberichte 2010 und 2011 umfangreiche Ausführungen. Die dort geschilderten Probleme bestanden auch bei vielen im vorigen Jahr geprüften Pflegekassen.

Informations- und Beratungspflichten

Der Gesetzgeber hat in den §§ 7 und 7a SGB XI umfangreiche Informations- und Beratungspflichten normiert, denen viele Pflegekassen teils gar nicht, teils nur unvollständig nachkommen.

Nach § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB XI hat die zuständige Pflegekasse zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 SGB XI sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots dem Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang seines Antrags auf Leistungen eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pfe-

geeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Dies gilt ebenfalls für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf. Dieser Personenkreis ist nach § 7 Abs. 3 Satz 6 SGB XI insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote zu unterrichten und zu beraten. Gleichzeitig sind die Pflegebedürftigen über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt, die Pflegeberatung und darüber zu unterrichten, dass diese Beratungsleistungen unentgeltlich sind. Weiterhin ist nach § 7 Abs. 3 Satz 4 SGB XI den Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für sie in ihrer persönlichen Situation in Betracht kommen. Die Pflegebedürftigen sind ferner auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen. Die Pflegekasse hat den Pflegebedürftigen unaufgefordert derartige Informationen zukommen zu lassen. Dieser Verpflichtung kamen die vom Prüfdienst geprüften Krankenkassen überwiegend nicht nach. Eine Übermittlung von Leistungs- und Preisvergleichslisten, eine Unterrichtung über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt und die zuständige Pflegeberatung und deren unentgeltliche Beratungsleistung sowie eine Information über die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen erfolgte so gut wie nie. Sofern die Pflegekassen auf Internetauftritte verwiesen, konnte dies nicht als hinreichende Information im Sinne des Gesetzes anerkannt werden.

§ 7a SGB XI sichert Versicherten ab dem 01. Januar 2009 einen eigenen Rechtsanspruch auf eine umfassende Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanage-

ments zu. Dieser individuelle Leistungsanspruch reicht von der Feststellung und systematischen Erfassung des Hilfebedarfs über die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, welcher Aussagen zu den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen enthalten soll, bis zu der Hinwirkung der Pflegekasse auf die Durchführung der Maßnahmen sowie deren Überwachung. Bei besonders komplexen Fallgestaltungen soll der Hilfebedarf ausgewertet und dokumentiert werden.

Zur Wahrnehmung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI haben die Pflegekassen zum Teil eigene Pflegeberater/-innen ausgebildet bzw. qualifiziert. Zum Teil haben sie als einrichtungsbeauftragte Pflege- bzw. Krankenkasse und Mitträger eines Pflegestützpunktes, diesen die Aufgaben übertragen, zum Teil sind sie dem BKK-Bundesrahmenvertrag Pflegeberatung beigetreten oder haben die Aufgaben einem Dritten übertragen. Eine konkrete Aufgabenwahrnehmung i.S.d. § 7a SGB XI liegt zumeist nicht vor. Auch verfügen die Pflegekassen häufig über keine Konzeption zur Umsetzung des individuellen Fallmanagements (z.B. Struktur und Inhalt des Fallmanagements, Bedarfsermittlung, Schnittstellenregelungen zum internen Versorgungsmanagement sowie zu anderen Sozialleistungsträger und den Pflegestützpunkten usw.). In einem Fall war eine Mitarbeiterin für zwei in der Region angesiedelte Pflegestützpunkte tätig. Sie nahm autark ihre Tätigkeit als Pflegeberaterin wahr; eine Regelung zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht lag nicht vor.

Leistungen

Verhinderungspflege

Ist eine Pflegeperson wegen Urlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse nach § 39 SGB XI die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen im Kalenderjahr. Die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistung nach § 39 SGB XI sind gegeben, wenn die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Bei vielen Pflegekassen stellte der Prüfdienst Auffälligkeiten bei der Anspruchsprüfung für Verhinderungspflege fest:

- Pflegebedürftige wurden keine sechs Monate (Vorpflegezeit) im häuslichen Umfeld gepflegt,
- für die durchgeführte Maßnahme erstatten die Pflegekassen nicht nur die pflegebedingten Aufwendungen, sondern auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder Essen auf Rädern,
- Pflegekassen prüfen nicht den Verwandtschaftsgrad der Ersatzpflegeperson zum Pflegebedürftigen,
- Pflegekassen zahlen ohne Berücksichtigung des in der Pflegeeinrichtung geltenden täglichen Pflegesatzes und Begrenzung auf die Höchstdauer von 28 Tagen,
- Pflegekassen prüfen nicht, ob die Pflegeperson überhaupt an der Pflege gehin-

dert ist bzw. ob möglicherweise vorrangig Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII greifen,

- bei stundenweiser Verhinderungspflege prüfen die Pflegekassen nicht die konkreten Ersatzpflegezeiten und die Zeiträume der Verhinderung der Pflegeperson.

Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

Für die Bewilligung von Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes lassen viele Pflegekassen folgende Anspruchsprüfungen außer Acht:

- Prüfung der Vorrangigkeit anderer Leistungsträger,
- Prüfung auf Notwendigkeit und Angemessenheit der Maßnahme,
- Dokumentation der Gründe für die jeweilige Entscheidung zur Wohnumfeldmaßnahme,
- kein Abgleich mit dem Hilfebedarf des aktuell vorliegenden Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen,
- Fehlen von Kostenvoranschlägen,
- Bezuschussung von Folgemaßnahmen, ohne zu überprüfen, ob eine Änderung der Pflegesituation vorliegt.

Nach § 40 Abs. 4 SGB XI können die Pflegekassen nur subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebe-

dürftigen bis zu einer Höhe von maximal 2.557 Euro erbringen. Leistungen der Pflegekasse kommen mithin nur dann in Betracht, wenn kein anderer Leistungsträger vorrangig verpflichtet ist.

Beispielsweise übernehmen die für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger (z.B. Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit) auch Kosten der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang. Darüber hinaus gewährt die Unfallversicherung vorrangig Wohnungshilfe, wenn sie wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls erforderlich wird. Die Integrationsämter können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben Geldleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des schwerbehinderten Menschen entspricht, gewähren.

Verwaltungsverfahren

Mehrere Pflegekassen versahen Bescheide über die Festsetzung einer Pflegestufe, die Rückstufung oder Aberkennung einer Pflegestufe sowie ablehnende Bescheide nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung. Der Prüfdienst hat die Krankenkassen darauf aufmerksam gemacht, dass die Ablehnung einer höherwertigen Pflegestufe für den oder die Betroffene eine Beschwerde beinhaltet und deshalb mit einer Rechtsbehelfsbelehrung nach § 36 SGB X zu versehen ist.

Legen Pflegebedürftige Widerspruch gegen die Ablehnung einer Pflegestufe bzw.

Ablehnung einer Höherstufung ein, veranlassen die Pflegekassen in aller Regel eine erneute Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Bleibt es bei der vormals getroffenen Entscheidung oder stellt der Medizinische Dienst die Zuordnung in die höhere Pflegestufe erst zu einem späteren Zeitpunkt fest, teilen die Pflegekassen den Pflegebedürftigen oft mit, dass es bei der Entscheidung bleibt und betrachten das Verfahren grundsätzlich als erledigt. Zum Teil fragen sie an, ob die Pflegebedürftigen den Widerspruch aufrecht erhalten; sofern keine Rückantwort kommt, betrachten sie dies als Zustimmung. Dieses Verfahren widerspricht den Vorschriften des Sozialgerichtsgesetzes (SGG): Wenn die Pflegekasse ihre Erstentscheidung für rechtmäßig hält, trifft nach § 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG der Widerspruchsausschuss die Entscheidung, ob dem Widerspruch abzuweichen ist. Widerspruchsausschüsse sind gesetzlich geregelte Ausschüsse, die intern die Verwaltungsentscheidung im Widerspruchsverfahren (sog. Vorverfahren nach § 78 SGG) überprüfen. Dem Widerspruchsausschuss obliegt es, den Widerspruch ggf. zurückzuweisen. Er hat in solchen Fällen einen Widerspruchsbescheid mit entsprechender Rechtsbehelfsbelehrung zu erlassen (§ 66 SGG). Es ist nicht zulässig, dass die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen das ablehnende Ergebnis ohne Einschaltung des Widerspruchsausschusses formlos mitteilt und das Vorverfahren auf diese Weise beendet.

8.3.5 Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung

Der Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung (PDL) hat im Jahre 2012 letztmalig die in seinen Zuständigkeitsbereich fallenden landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger geprüft. Prüfungsthemen waren die Bearbeitung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen durch den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und die Leistungsansprüche der Versicherten der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften.

Zum 01. Januar 2009 übernahm der damalige Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (ab 01. Januar 2013 Bundesträger der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, SVLFG) die zentrale Bearbeitung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen. Bereits im Jahre 2011 führte der PDL eine Prüfung der neu errichteten Abteilung "Regress" durch. Die örtlichen Erhebungen des Jahres 2012 sollten nunmehr zeigen, inwieweit der Spitzenverband die seinerzeit getroffenen Prüffeststellungen und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der zentralen Bearbeitung und Abwicklung der Erstattungs- und Ersatzansprüche umgesetzt hat.

Der PDL zeigte sich mit dem Prüfergebnis zufrieden. Trotz der Neuorganisation war die Qualität der Sachbearbeitung gut. Die Regresseinnahmen erreichten im Jahr 2012 wieder das Niveau vor der Zentralisierung dieses Aufgabenbereiches. Auch war es dem Spitzenverband gelungen, Bearbeitungsrückstände zu senken.

Beim zweiten Thema beschäftigte sich der PDL mit den Leistungsansprüchen der Versicherten der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften nach Eintritt eines Versicherungsfalles. Diese Leistungen gewähren die Berufsgenossenschaften nach den §§ 26 bis 55 SGB VII.

Auch hier bezog sich der PDL auf eine im Jahr 2004 durchgeführte Prüfung der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften. Die örtlichen Erhebungen des Jahres 2012 sollten zeigen, inwieweit die seinerzeit getroffenen Prüffeststellungen und Verbesserungsvorschläge umgesetzt worden waren. Im Mittelpunkt standen die sachliche Rechnungsprüfung der gezahlten Leistungen gegenüber Dritten sowie die Frage, ob die Berufsgenossenschaften ein professionelles Reha-Management als notwendiges Steuerungsinstrument einsetzen, um die Kosten für Rehabilitationsausgaben zu senken.

Die vom PDL in Stichproben durchgeführte Fallprüfung einzelner Leistungsarten blieb unauffällig.

Nachdem ab dem 01. Januar 2013 nur noch ein Bundesträger, die SVLFG, besteht, beendete der Prüfdienst Landwirtschaftliche Sozialversicherung mit Ende des Jahres 2012 seine Tätigkeit.

8.3.6 Kassenärztliche Bundesvereinigungen und GKV-Spitzenverband

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

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 der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und des GKV-Spitzenverbandes initiiert.

Der Gegenstand der Prüfung erstreckte sich auf die organisatorische Anbindung, die Aufgabenzuweisung sowie das Verwaltungshandeln der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

In diesem Zusammenhang wurde festgestellt, dass die in §§ 81a, 197a SGB V geforderte Zusammenarbeit der Stellen auf Bundesebene bisher nicht umgesetzt wurde. Daher wurden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der GKV-Spitzenverband aufgefordert, baldmöglichst miteinander in Verbindung zu treten und gemeinsame Standards für die an den jeweiligen Vorstand gerichteten Berichte zu erarbeiten.

9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ

9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ

9.1 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31. Dezember 2012 betreute das Bundesversicherungsamt insgesamt 3.373 Ausbildungsverhältnisse (um die abgebrochenen Ausbildungsverhältnisse bereinigte Anzahl) der Einstellungsjahrgänge 2010 bis 2012 in den verwaltungseigenen Berufen, davon 3.347 Ausbildungsverhältnisse zu Sozialversicherungsfachangestellten (SFA), sechs zu Verwaltungsfachangestellten (VFA), neunzehn zu Fachangestellten für Bürokommunikation (FAB) und eines zum Fachangestellten für Medien und Informationsdienste. Beim Bundesversicherungsamt selbst waren sechzehn Ausbildungsverhältnisse zu betreuen, neun zu VFA und sieben zu FAB.

Nachdem bei den Sozialversicherungsträgern die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge in den verwaltungseigenen Berufen seit 2009 wieder gestiegen war, ging sie in 2012 gegenüber dem Vorjahr von 1263 auf 1244 (rund 1,5 Prozent) zurück. Hiervon entfielen 1240 auf SFA, 2 auf VFA und 2 auf FAB.

Die Verteilung der neuen Ausbildungsverträge auf die Sozialversicherungsträger hat sich in den vergangenen drei Jahren – von leichten Schwankungen abgesehen – kaum verändert.

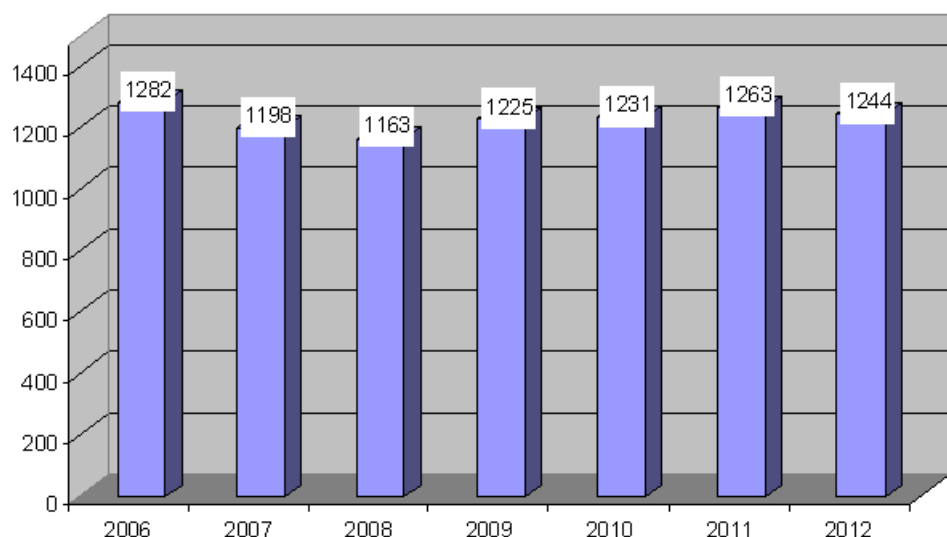
Verteilung der Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

KV			
Einstellungsjahr	SFA	VFA	FAB
2010	894	0	10
2011	913	0	0
2012	912	0	0

RV			
Einstellungsjahr	SFA	VFA	FAB
2010	78	0	0
2011	75	0	0
2012	77	0	0

KBS			
Einstellungsjahr	SFA	VFA	FAB
2010	123	0	0
2011	126	2	0
2012	121	0	0

Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in verwaltungseigenen Berufen (einschl. Abbrecher)



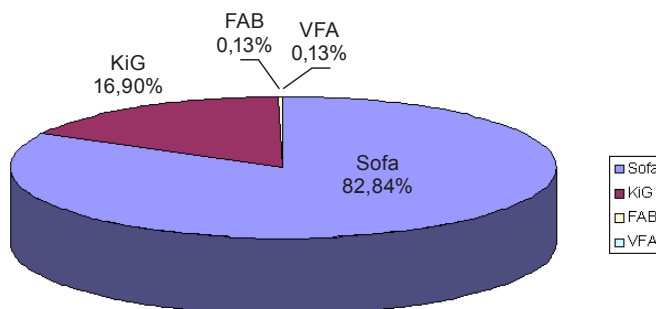
LSV			
Einstellungs-jahr	SFA	VFA	FAB
2010	7	0	0
2011	7	2	0
2012	7	0	0

UV			
Einstellungs-jahr	SFA	VFA	FAB
2010	107	2	5
2011	130	2	5
2012	123	2	2

Von diesen Auszubildenden verfügen rd. 75,82 % über einen Hoch- oder Fachhochschulabschluss, 23,89 Prozent über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss und 0,29 Prozent über einen Hauptschulabschluss. Eine Auszubildende hat den Schulabschluss im Ausland erworben.

Neben den bei den Sozialversicherungsträgern abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen in verwaltungseigenen Berufen, die das Bundesversicherungsamt als zuständige Stelle überwacht und bei denen das Bundesversicherungsamt auch die Zwischen- und Abschlussprüfungen abnimmt, wurden von den Sozialversicherungsträgern im Berichtsjahr auch 253 Ausbildungsverträge im Beruf Kaufmann/ Kauffrau im Gesundheitswesen geschlossen. Diese Ausbildungsverhältnisse hat das Bundesversicherungsamt im Rahmen der sog. geteilten Zuständigkeit zu überwachen (siehe hierzu im Einzelnen Abschnitt 9.3, S. 294ff.).

Ausbildungsverhältnisse 2012 in der (geteilten) Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes



9.2 Prüfungen

Im Jahr 2012 hat das Bundesversicherungsamt 2.597 Prüflinge und damit etwas mehr als im Vorjahr geprüft.

An 14 Zwischenprüfungen nahmen 1.091 Auszubildende zu Sozialversicherungsfachangestellten, 16 zu Fachangestellten für Bürokommunikation und 4 angehende Verwaltungsfachangestellte teil. Dabei wurden 64 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 18 Abschlussprüfungen, bei denen 77 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 1.214 Prüflinge teil, darunter 21 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf Sozialversicherungsfachangestellte/ r entfielen 1.171 Prüflinge, 27 auf den Ausbildungsberuf Verwaltungsfachangestellte/ r und 16 auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte/ r für Bürokommunikation. 1.189 Prüflinge bestanden die Prüfung (98,0 %). Unter den 1.171 Prüflingen für den Beruf Sozialversicherungsfachangestellte/ r waren 23, die nach § 45 Abs. 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Von diesen kamen alle von Betriebskrankenkassen.

An der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin/ zum Krankenkassenfachwirt nahmen 122 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen teil. 16 davon kamen von landesunmittelbaren Krankenkassen und wurden vom Bundesversicherungsamt in Amtshilfe für die zuständigen Stellen geprüft, die noch keine entsprechende Prüfungsordnung erlassen haben. Fünf Prüfungsausschüsse waren im Einsatz. 117 Prüflinge bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das Bundesversicherungsamt von der BKK Akademie und der IKK Akademie unterstützt.

Eine Prüfungsteilnehmerin musste in diesem Jahr die 2011 einmalig vom Bundesversicherungsamt für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Rheinland-Pfalz und der Allgemeinen Ortskrankenkasse Nordost durchgeführte Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin/ zum Krankenkassenfachwirt wiederholen. Die Teilnehmerin bestand die Prüfung, bei deren Organisation das Bundesversicherungsamt - wie auch im letzten Jahr - vom AOK-Bundesverband unterstützt wurde.

Die im Dezember 2011 begonnene Fortbildungsprüfung zur Sozialversicherungsfachwirtin/ zum Sozialversicherungsfachwirt für 47 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wurde in diesem Jahr abgeschlossen. Es waren drei Prüfungsausschüsse im Einsatz. 44 Prüflinge bestanden die Prüfung. Das Gleiche gilt für eine Mitarbeiterin des Bundesversicherungsamtes, die an der Fortbildungsprüfung zum/ zur Verwaltungsfachwirt/ in, teilgenommen hat.

Zudem hat das Bundesversicherungsamt 8 Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 101 Ausbilderinnen und Ausbilder - und damit etwas weniger als im Vorjahr - teilnahmen. 63 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 23 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und 15 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Alle Prüfungsteilnehmer und - teilnehmerinnen bestanden die Prüfung.

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

9.3 Überwachung und Beratung

Im Berichtszeitraum hat das Bundesversicherungsamt als zuständige Stelle bundesweit rund 2.600 angehende Sozialversicherungsfachangestellte, Kaufleute im Gesundheitswesen, Verwaltungsfachangestellte, Fachinformatiker und Fachangestellte für Bürokommunikation beraten. Die meisten Ausbildungsberatungen fanden - wie immer - bei den angehenden Sozialversicherungsfachangestellten statt, von denen mehr als zwei Drittel bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung ausgebildet werden.

Anzahl der beratenen Auszubildenden

	in Lehrgängen	in Geschäftsstellen	Gesamt	in %
KV	1857	165	2022	78,01
RV	77	15	92	3,55
UV	245	12	257	9,92
LSV	13	0	13	0,50
KBS	208	0	208	8,02
Summe:	2400	192	2592	100,00

In den Lehrgängen und Geschäftsstellen informierten die Ausbildungsberater die Nachwuchskräfte über alles, was mit der Ausbildung zu tun hat, insbesondere den Ablauf und Inhalt der Zwischen- und Abschlussprüfungen. Dabei kommen auch die Auszubildenden zu Wort und können im anschließenden Erfahrungsaustausch aus ihrer Sicht über den bisherigen Verlauf und die Qualität ihrer Ausbildung berichten.

Die Auswahl der zu besuchenden Geschäftsstellen erfolgte überwiegend nach allgemeinen organisatorischen Kriterien. In Einzelfällen hatten allerdings Auszubildende oder Ausbilder um Unterstützung gebeten oder es hatten sich anlässlich der Beratungen in den Lehrgängen Defizite in der praktischen Ausbildung gezeigt, die einer Klärung in den Geschäftsstellen bedurften. Bei den dortigen Gesprächen mit kleineren Gruppen von Auszubildenden sowie durch den persönlichen Erfahrungsaustausch mit den ausbildenden Personen ergeben sich erfahrungsgemäß deutlich mehr Erkenntnisse und Lösungsmöglichkeiten.

Die Ausbildung der Sozialversicherungsfachangestellten in den Fachrichtungen gesetzliche Renten- und Unfallversicherung sowie landwirtschaftliche Sozialversiche-

rung verlief gewohnt ruhig und kontinuierlich. In diesen Zweigen der Sozialversicherung zeigt sich der hohe Stellenwert der Ausbildung in überzeugenden Konzeptionen und intensiver Betreuung der Auszubildenden und insgesamt einem hohem Qualitätsstandard. Wenn gleichwohl die Prüfungsergebnisse nicht bei allen Rentenversicherungsträgern zufriedenstellend waren, sondern teilweise deutlich hinter denen anderer Bereiche zurückblieben, sieht das Bundesversicherungsamt die Ursachen deshalb nicht in der Ausbildungsqualität. Den Gründen, die zu diesem Ergebnissen beigetragen haben könnten, wird seitens des Trägers unter Einbeziehung der bei der Ausbildungsberatung gewonnenen Eindrücke eingehend nachgegangen.

Die Ausbildung in der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Träger sich in Struktur und Arbeitsweise bereits Wirtschaftsunternehmen annähern, ist infolgedessen auch sehr viel mehr geprägt von Wandel und Veränderung. So konzentriert man sich aus Kostengründen zunehmend auf einige wenige Ausbildungszentren. Dies zieht für viele Auszubildende deutlich längere Anfahrtszeiten nach sich. Zumindest in der Umstrukturierungsphase hat man mit Qualitätseinbußen infolge mangelhafter Organisation und unzureichender Stoffvermittlung zu kämpfen.

Mehr Eigenverantwortung, weniger Zeit und hoher Leistungsdruck waren – so wurde es dem Bundesversicherungsamt vermittelt - ursächlich für eine ungewöhnlich hohe Anzahl psychischer Auffälligkeiten bei den Auszubildenden. In den meisten Fällen ließ sich jedoch mit Unterstützung der Ausbil-

dungsberater des Bundesversicherungsamtes eine zufriedenstellende Lösung der Probleme finden.

Drei Trends der vergangenen Jahre, die überwiegend die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen, haben sich fortgesetzt:

Mehreren Krankenkassen gelingt es infolge der Auslagerung von Aufgaben in Fach- bzw. Kompetenzzentren nicht mehr, alle im Ausbildungsrahmenplan vorgesehenen Themen in der Ausbildungsstätte praktisch zu vermitteln. Zwar versuchen sie, dieses Defizit durch Hospitationen der Auszubildenden in diesen spezialisierten Fachzentren zu kompensieren – der Organisationsaufwand und die Kosten für Reisen und Unterbringung sind jedoch so beträchtlich, dass oft nur ein Drittel der notwendigen Hospitation gewährleistet werden kann. Im Ergebnis führt diese rudimentäre Praxisausbildung dazu, dass Auszubildende bei einigen Trägern nur 30 % bis 50 % der Inhalte in der tatsächlichen Berufspraxis kennenlernen. Unzweifelhaft werden die Inhalte vollständig und regelmäßig in der Theorie vermittelt. Aber gerade durch die Berufspraxis erwerben die Auszubildenden die Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeit), die den Ausbildungsgang kennzeichnen. Deshalb drängt das Bundesversicherungsamt bei den Ausbildungsbetrieben immer wieder darauf, möglichst alle Inhalte in Theorie und Praxis zu vermitteln und prüft gegebenenfalls die Einsatzpläne der Auszubildenden in der praktischen Ausbildung. Bei einer Ersatzkasse, deren neues Ausbildungskonzept für Sozialversicherungsfachangestellte im Jahr

zuvor überprüft wurde, hat sich das Bundesversicherungsamt im Berichtszeitraum durch Vorlage der individuellen Einsatzpläne der Einstellungsjahrgänge 2010 bis 2012 überzeugen können, dass die Auszubildenden nicht nur in den „Servicezentren“, im sogenannten „Frontoffice“, sondern auch im vereinbarten Umfang in den Regional- und Kompetenzzentren, d.h. im „Backoffice“, wo die eigentliche fachliche Sachbearbeitung stattfindet, eingesetzt und damit umfassend ausgebildet werden.

Ungebrochen ist der Trend, Auszubildende frühzeitig so intensiv und eigenverantwortlich in der Sachbearbeitung einzusetzen, dass hierbei der Ausbildungscharakter zurücktritt. Dazu tragen insbesondere zwei Entwicklungen bei: Viele Träger machen sich die Schulgesetze der Länder zu Nutze, die Ausnahmen von der Berufsschulpflicht, insbesondere für Auszubildende mit Hochschulreife oder eines bestimmten Alters zulassen. Diese Auszubildenden erhalten dann den prüfungsrelevanten Berufsschulstoff in betriebsinternen Lehrgängen von nur sechs Wochen vermittelt. Ein weiterer Zeitvorteil wird durch die eingangs erwähnte lückenhafte Praxisvermittlung erzielt. Die gewonnene Zeit nutzen die Träger für die frühzeitige Einbeziehung der Auszubildenden in die Arbeitsprozesse, was im Hinblick auf den späteren Arbeitsplatz sicherlich auch vorteilhaft sein kann: Erfahrungen in der Sachbearbeitung sowie die Erlangung von Selbständigkeit tragen zur beruflichen Handlungsfähigkeit bei. Derartige Einsätze müssen aber immer noch Ausbildungscharakter haben und dürfen nicht auf Kosten der Vollständigkeit und Qualität der Ausbildung gehen. In einem vom Bundesversicherungs-

amt im Rahmen einer Beobachtung von mündlichen Prüfungen festgestellten Fall zeigten mehrere Prüflinge einer Ersatzkasse erhebliche Defizite im Versicherungs- und Beitragsrecht und in der Führung von Kundenberatungsgesprächen. Hier rächte sich eine lückenhafte Vermittlung wesentlicher Ausbildungsinhalte in der Praxis zugunsten von Spezialisierungen und frühzeitigem Einsatz in der Sachbearbeitung ohne ausreichende Möglichkeiten, das für die spätere Berufspraxis zentrale und deshalb auch für die mündliche Prüfung unerlässliche Beratungsgespräch zu üben. Das Bundesversicherungsamt hat bei dem betroffenen Träger eindringlich die Sicherstellung einer umfassenden Praxisvermittlung angemahnt. Nicht nur die örtlichen Ausbilder des betroffenen Leistungszentrums, sondern alle Praxisausbilder des Trägers wurden zur Einhaltung des mit dem Bundesversicherungsamt abgestimmten Ausbildungskonzepts angehalten.

Verstärkt hat sich der dritte Trend, nämlich die Ausbildung von Kaufleuten im Gesundheitswesen (KiG). Waren es 2010 noch 183 neue Ausbildungsverhältnisse, so wurden im Berichtszeitraum bereits insgesamt 253 Auszubildende eingestellt, davon rund 90 Prozent bei den Ersatzkassen.

Die Gründe für den fortlaufenden Anstieg dieser Ausbildungsverhältnisse sind vielschichtig. Gerade die großen Krankenkassen sehen sich heute zunehmendem Wettbewerb und Kostendruck ausgesetzt. In bestimmten Fachbereichen der Krankenkassen stehen deshalb Wirtschaftlichkeitsberechnungen und Kostenvergleiche im Vordergrund, die aus Sicht der Krankenkassen den Einsatz kaufmännisch ausgebilde-

ter Mitarbeiter erforderlich machen. Sozialversicherungsfachangestellte und Kaufleute im Gesundheitswesen werden dort gleichermaßen ausgebildet, erstere überwiegend in den rechtlich, letztere in den kaufmännisch orientierten Bereichen. Bei einigen Krankenkassen findet sich aber auch die Tendenz, in bestimmten Bereichen, nämlich den Fach- bzw. Kompetenzzentren, die Ausbildung von Sozialversicherungsfachangestellten mehr und mehr durch die Ausbildung von KiGs zu ersetzen. Denn die Ausbildungsordnung der KiGs lässt den Trägern einen größeren Spielraum für eine an ihren Bedarf angepasste Ausbildung.

Angesichts dieser Entwicklungen hat das Bundesversicherungsamt begonnen, die Ausbildung der KiGs bei den Trägern deutlicher als bisher zu überwachen und dabei insbesondere die Eignungsbestätigungen für die Ausbildungsstätten nicht nur an die bereits festgestellte Eignung für Sozialversicherungsfachangestellte zu knüpfen, sondern dem besonderen Profil der Ausbildung zum KiG entsprechend den Fokus auf die Vermittlung der kaufmännischen und dienstleistungsorientierten Qualifikationen zu richten. Denn wie Auszubildende in den typischen Einsatzbereichen der KiGs (Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Rettungsdienste usw.) müssen auch die KiG-Auszubildenden der Sozialversicherungsträger auf eine spätere Tätigkeit in den unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens vorbereitet werden und dürfen nicht nur speziell für die Berufstätigkeit bei den Krankenkassen ausgebildet werden.

Konkret heißt das, das Bundesversicherungsamt hat sich im Berichtszeitraum aus Anlass der Anträge auf Eignungsfeststellung für neue Ausbildungsstätten von zwei Krankenkassen die Ausbildungskonzepte für KiGs vorlegen lassen und umfangreich geprüft. Während bei der einen Krankenkasse die Auszubildenden zumindest in den ersten zwei Jahren in allen unterschiedlichen Sachgebieten eingesetzt werden, wo auch der größte Teil der geforderten Inhalte im Zusammenhang mit den Fachthemen vermittelt werden soll, erfolgt die praktische Ausbildung bei der anderen Krankenkasse schwerpunktmäßig im Vertrieb, in einzelnen Regionalzentren und in spezialisierten Kompetenzzentren (z.B. Krankenhaus-, Zahn-, Regresszentren). In letzteren ist dann auch der spätere Einsatz nach Beendigung der Ausbildung vorgesehen. Für die Vermittlung von Themen, die in der Arbeitspraxis einer Krankenkasse nicht vorkommen, arbeiten beide Krankenkassen mit Rettungs- bzw. Hilfsdiensten, Apotheken und teilweise mit Reha-Einrichtungen und Krankenhäusern zusammen. Eine der Krankenkassen nutzt darüber hinaus speziell für die Verhältnisse in Unternehmen des Gesundheitswesens konzipierte Unternehmensplanspiele, in denen die Auszubildenden in der Rolle eines Mitarbeiters einer Übungsfirma „Krankenhaus“ oder „Pflegeeinrichtung“ realistische Situationen zu meistern haben und dabei die erforderlichen Arbeitsschritte durch praktisches Tun in der Simulation lernen.

Problematisch sah das Bundesversicherungsamt die Planung des dritten Ausbildungsjahres einer der Krankenkassen. Danach sollte jeder Auszubildende in diesem

Zeitraum ausschließlich in einem inhaltlich begrenzten Fachbereich eingesetzt werden. Selbst, wenn man im Idealfall davon ausgeht, dass bis zur Abschlussprüfung noch ausgebildet wird, widerspricht diese Spezialisierung der Struktur des Ausbildungsberufs als Monoberuf ohne Spezialisierungen in Fachrichtungen und Schwerpunkte. Die Auszubildenden sollen eine breit gefächerte berufliche Handlungsfähigkeit in den Dienstleistungszweigen des Gesundheitswesens erlangen. Auf Initiative des Bundesversicherungsamtes hat die betreffende Kasse die praktische Ausbildung der KiGs im dritten Ausbildungsjahr auf vier Fachbereiche erweitert.

Letztlich hat das Bundesversicherungsamt die Überzeugung gewonnen, dass bei beiden Krankenkassen eine den Vorgaben des Ausbildungsrahmenplans entsprechende praktische Ausbildung insbesondere in den kaufmännischen und dienstleistungsorientierten Themen stattfinden kann. Damit konnte in beiden Fällen die Eignung der Ausbildungsstätte für den Beruf Kaufmann/ Kauffrau im Gesundheitswesen bestätigt werden. Selbstverständlich werden die Ausbildungsberater weiter beobachten, ob die Ausbildung auch in Zukunft ihrem speziellen Profil entsprechend auf die spätere Tätigkeit im Gesundheitswesen vorbereitet.

9.4 Begabtenförderung

Maximal 1 Prozent der Jahrgangsabsolventinnen und -absolventen der dualen Ausbildung oder eines bundesgesetzlich geregelten Gesundheitsberufes können grundsätzlich im Rahmen der Begabtenförderung finan-

ziell unterstützt werden. Die Mittel hierfür stellt das Bundesministerium für Bildung und Forschung zur Verfügung. Die Förderdauer beträgt jeweils drei Jahre, die Förderungssumme jährlich bis zu 2.000 Euro, insgesamt also bis zu 6.000 Euro je Stipendiat/in.

Seit 2010 hat sich die Anzahl geeigneter Bewerber und Bewerberinnen bundesunmittelbarer Sozialversicherungsträger merklich erhöht, seit 2011 überschreitet die Bewerberanzahl die 1-Prozentmarke deutlich. Zwar durfte das Bundesversicherungsamt wie schon in 2011 auch in 2012 mit Zustimmung der Stiftung Begabtenförderung ausnahmsweise mehr als 1 Prozent der Absolventinnen und Absolventen in die Förderung aufnehmen (in 2011 waren es rund 66,7 % mehr als in der Richtlinie vorgesehen, in 2012 rund 33,3 %). Die danach zu vergebenden Stipendien reichten aber trotzdem erneut nicht für alle Bewerberinnen und Bewerber aus, so dass wieder ein Auswahlverfahren durchgeführt werden musste. Wesentliches Auswahlkriterium war dabei die bei der Abschlussprüfung erreichte Durchschnittspunktzahl.

Zu bemerken ist zudem, dass sich die Stipendiatinnen und Stipendiaten mit zunehmender Tendenz für langfristige Maßnahmen entscheiden, für deren Finanzierung die Zuschüsse aus der Begabtenförderung nicht ausreichen. So kostete die teuerste im Berichtsjahr begonnene Maßnahme ohne Berücksichtigung von Nebenkosten wie Literatur und Fahrtkosten 12.390 Euro. Die in diesen Fällen zusätzlich einzubringenden Eigenmittel übersteigen den von der Richtlinie über die Begabtenförderung für jede Maßnahme von den Stipendiatinnen und Stipendiaten zu tragenden Eigenanteil in Höhe von 10 % doch erheblich.

9.5 Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Fortbildungsabschluss Geprüfte/ r Sozialversicherungsfachwirt/ in in der Fachrichtung gesetzliche Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung nach § 53 Berufsbildungsgesetz

Mit Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt I, Nr. 7, vom 18. Februar 2013, trat die Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Fortbildungsabschluss Geprüfte/ r Sozialversicherungsfachwirt/ in Fachrichtung gesetzliche Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung nach § 53 Berufsbildungsgesetz (BBiG) in Kraft. Auf Initiative der Träger der Deutschen Rentenversicherung, die insbesondere in Folge ihrer Organisationsreform an einer Vergleichbarkeit der staatlichen Fortbildungsabschlüsse interessiert waren, regelt diese Verordnung erstmals bundeseinheitlich für Fortbildungen bei diesen Sozialversicherungsträgern Ziel, Inhalt und Anforderungen an die Prüfung, die Zulassungsvoraussetzungen und das Verfahren der Prüfung sowie die Bezeichnung des mit der erfolgreichen Teilnahme an der Prüfung erworbenen Fortbildungsabschlusses. Die auf der Grundlage von § 54 BBiG vom Berufsbildungsausschuss beim Bundesversicherungsamt am 20. November 2006 beschlossene und vom Bundesversicherungsamt am 27. Dezember 2006 erlassene Prüfungsordnung zur Durchführung von Fortbildungsprüfungen zur Sozialversicherungsfachwirtin und zum Sozialversicherungsfachwirt – Fachrichtungen gesetzliche Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung – findet somit künftig nach Ablauf einer Übergangsregelung keine Anwendung mehr. Am Ordnungsverfahren war auch das Bundesversicherungsamt beteiligt.

Die Prüfungen nach der neuen Verordnung nehmen die für die bundes- und landesunmittelbaren Sozialversicherungsträger jeweils „zuständigen Stellen nach dem BBiG“ ab; für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, also weiterhin das Bundesversicherungsamt.

Anders als die bisherige Regelung für die Rentenversicherungsträger des Bundes sieht die neue Verordnung keine verpflichtende Teilnahme an einer bestimmte Mindestanforderungen erfüllenden einschlägigen Fortbildungsmaßnahme, während der eine bestimmte Anzahl mit „ausreichend“ bewertete Leistungsnachweise zu erbringen sind, mehr vor. Auch die Anforderungen an die erworbene Berufspraxis der Bewerberinnen und Bewerber bleiben größtenteils hinter der bisherigen Regelung zurück.

Dieser, aus Sicht des Bundesversicherungsamtes erleichterte Zugang zur Prüfung soll sich aber – darüber waren sich alle Beteiligten einig – nicht negativ auf die Wertigkeit des Abschlusses auswirken. Dementsprechend haben die beiden bundesunmittelbaren Rentenversicherungsträger dem Bundesversicherungsamt gegenüber versichert, wie gewohnt hochwertige vorbereitende Fortbildungsmaßnahmen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzubieten und auf diesem Wege dazu beizutragen, dass sich ausreichend qualifizierte Kandidaten zur Prüfung anmelden. Verabredet wurde auch, bei der Durchführung des Prüfungsverfahrens in enger fachlicher Abstimmung wie bisher auf die Sicherstellung des Qualitätsniveaus hinzuwirken. Die Entwicklungen in der Praxis bleiben zu beobachten.

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

10. PRÜFUNGSAMT FÜR DEN GEHOBENEN NICHTECHNISCHEN DIENST IN DER SOZIALVERSICHERUNG

Ergebnisse der Laufbahnprüfungen

In zwei Laufbahnprüfungen wurden insgesamt 100 Anwärter/innen geprüft (49 von der Deutschen Rentenversicherung Bund, 51 von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, darunter 4, die das Bundesversicherungsamt dort ausbilden lässt).

Von sechs Teilnehmer/innen der Deutschen Rentenversicherung Bund an der Frühjahrsprüfung haben alle die Prüfung bestanden. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wurden 23 Anwärterinnen/Anwärter geprüft. Ein Teilnehmer bestand die Laufbahnprüfung nicht (4,34 %).

Das Ergebnis der Herbstprüfung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund war ebenfalls erfreulich. Von 43 Prüflingen erreichten lediglich zwei (4,65 %) das Ziel des Erwerbs der Laufbahnbefähigung nicht. Dieses Ergebnis ist deutlich besser als das der vergleichbaren Herbstprüfung aus dem Jahr 2011 mit 21,43 %. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verlief die Herbstprüfung nicht so erfolgreich. Von 28 Prüflingen haben sechs die Prüfung nicht bestanden, das sind 21,43 %. Dieses Ergebnis ist deutlich schlechter als das der vergleichbaren Herbstprüfung aus dem Jahr 2011 mit 7,69 %.

19 Prüflinge legten gegen die Prüfungsentcheidung Widerspruch ein. 14 nahmen ihn nach Einsichtnahme in ihre Prüfungsarbeiten zurück. 5 Widersprüche wurden als unzulässig bzw. als unbegründet zurückgewiesen.

Die positive Entwicklung des Jahres 2011 zur Übernahme von Studierenden nach bestandener Laufbahnprüfung hat sich sowohl bei der Deutschen Rentenversicherung Bund als auch bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See fortgesetzt.

Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund wurden die Studierenden mit guten oder befriedigenden Prüfungsergebnissen als Tarifbeschäftigte überwiegend unbefristet übernommen.

Die Anwärter/innen bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See mit guten oder befriedigenden Prüfungsergebnissen wurden in ein Beamtenverhältnis auf Probe bzw. in einem Fall als Tarifbeschäftigte mit einem Zeitvertrag übernommen.

Durch die gelockerte Übernahmep Praxis der Rentenversicherungsträger sahen die Prüflinge offensichtlich keine Notwendigkeit mehr gegen das Prüfungszeugnis vermehrt Widerspruch zu erheben, um zur Verbesserung der Übernahmechancen ein für sie günstigeres Prüfungsergebnis zu erzielen.

Im Rahmen der Laufbahnprüfungen dieses Jahres haben 43 Studierende der Deutschen

Rentenversicherung Bund, 46 der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und 4 des Bundesversicherungsamtes Diplomarbeiten - als ersten Teil ihrer schriftlichen Prüfung - vorgelegt.

Auch diesmal konnte das Bundesversicherungsamt alle eingereichten Themenvorschläge genehmigen. Bemerkenswert war wieder die Themenvielfalt gesellschaftspolitisch, sozialrechtlich und sozialversicherungsrechtlich relevanter Themen und dass sich einige Diplomanden nicht scheuten, sich mit aktuell relevanten und kontrovers diskutierten Themen wie Sterbehilfe, Organtransplantation, die derzeitige Situation der Pflege, kritische Betrachtung sozialer Netzwerke, Cybermobbing, den Krankheitsbildern Demenz, Burnout usw. auseinander zu setzen. Zum größten Teil sind die Studierenden dem wissenschaftlichen Anspruch einer Diplomarbeit gerecht geworden und haben nicht nur Materialien zusammengetragen, dargestellt und ausgewertet, sondern auch eigene Ansätze beige-steuert bzw. Stellung bezogen.

Die mit einer speziellen Software vorgenommene Untersuchung auf Plagiate hat - wie schon in den Vorjahren - keine Beanstandungen ergeben. Man könne also davon ausgehen, dass die Diplomarbeiten ohne unzulässige Zuhilfenahme bereits erschienener Literatur erstellt wurden.

Das Ergebnis der Bewertungen der Diplomarbeiten kann sich sehen lassen: Mehr als zwei Drittel der Arbeiten (69,9 %) sind nach nachvollziehbarem Urteil der Korrektoren mit den Noten „gut“ oder „sehr gut“ bewertet worden, 18,3 % mit „befriedigend“ und

11,8 % mit „ausreichend“. Niemand hat diesen Prüfungsteil nicht bestanden. Ein Teilnehmer konnte seine Arbeit aus persönlichen Gründen nicht abschließen und musste eine neue Arbeit zu einem anderen Thema vorlegen.

11. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

11. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

Das Bundesversicherungsamt ist seit dem Ende der 70er Jahre bundesweit für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes nach § 13 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG) in Höhe von maximal 210 Euro zuständig. Anspruchsberechtigt sind Frauen, die zu Beginn ihrer Schutzfrist in einem Arbeitsverhältnis stehen und die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Wird das Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder Schutzfrist nach § 6 Abs. 1 MuSchG zulässig durch den Arbeitgeber gekündigt oder wurde dieser wegen Eintritts eines Insolvenzereignisses i.S.v. § 183 Abs. 1 Satz 1 SGB III zahlungsunfähig, ist das Bundesversicherungsamt bei diesem Personenkreis auch für die Zahlung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 2 bzw. 3 MuSchG zuständig.

Im Jahr 2012 beantragten rd. 22.600 Frauen Mutterschaftsgeld beim Bundesversicherungsamt. Insgesamt wurden rd. 18.000 Anträge beschieden, davon etwa 75 % positiv. Ausgezahlt wurden insgesamt 3,3 Millionen Euro. Darin enthalten sind rd. 33.500 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 347 Nr. 8 SGB III für Frauen, die vor Beginn der Schutzfrist versicherungspflichtig beschäftigt waren. Ebenso enthalten sind Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld nach § 14 Abs. 2 und 3 MuSchG i.H.v. rd. 21.000 Euro.

12. ANHANG

Übersicht der bundesunmittelbaren Träger, Verbände und Einrichtungen der Sozialversicherung

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

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ¹

Betriebskrankenkassen (69)

- actimonda BKK
- atlas BKK ahlmann
- Audi BKK
- BAHN-BKK
- Bertelsmann BKK
- BKK Diakonie
- BKK A.T.U
- BKK advita
- Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG
- Betriebskrankenkasse der BMW AG
- Betriebskrankenkasse Braun-Gillette
- BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI
- Betriebskrankenkasse der Deutsche Bank Aktiengesellschaft
- Gemeinsame Betriebskrankenkasse der Wieland-Werke AG
- BKK ESSANELLE
- Betriebskrankenkasse exklusiv (BKK exklusiv)
- Betriebskrankenkasse firmus (BKK firmus)
- BKK Freudenberg
- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg
- BKK IHV Krankenkasse für Industrie, Handel und Versicherungen
- BKK Kassana
- Betriebskrankenkasse Linde
- BKK Medicus
- BKK Melitta Plus
- Betriebskrankenkasse Miele
- Betriebskrankenkasse Mobil Oil
- Betriebskrankenkasse der MTU Friedrichshafen GmbH
- BKK Pfalz

¹ nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

- Betriebskrankenkasse PHOENIX - BKK PHOENIX
- Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers
- Betriebskrankenkasse RWE
- BKK Salzgitter
- Betriebskrankenkasse der SIEMAG (SIEMAG BKK)
- Betriebskrankenkasse Technoform
- BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)
- BKK VerbundPlus
- Betriebskrankenkasse der VICTORIA und D.A.S. Versicherungs-Gesellschaften (BKK VICTORIA – D.A.S.)
- BKK vor Ort
- BKK Wirtschaft & Finanzen Die BKK der wirtschaftsprüfenden und -beratenden Berufe
- BKK ZF & Partner
- BKK - Würth
- BKK24
- Bosch BKK
- Continentale Betriebskrankenkasse
- Daimler Betriebskrankenkasse
- Debeka BKK
- Deutsche Betriebskrankenkasse (Deutsche BKK)
- E.ON Betriebskrankenkasse
- energie-Betriebskrankenkasse
- Ernst & Young BKK
- Esso Betriebskrankenkasse
- Heimat BKK
- HypoVereinsbank Betriebskrankenkasse
- mhplus Betriebskrankenkasse
- Novitas BKK
- pronova BKK
- R+V Betriebskrankenkasse
- Salus BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- Schwenninger Betriebskrankenkasse
- SECURVITA BKK
- Shell BKK/LIFE
- SKD BKK
- Südzucker-Betriebskrankenkasse
- TUI BKK
- Vaillant BKK
- Vereinigte BKK
- Betriebskrankenkasse WMF Württembergische Metallwarenfabrik AG

Innungskrankenkassen (3)

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

Ersatzkassen (6)

- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk
- Kaufmännischer Krankenkasse - KKH
- Techniker Krankenkasse (TK)

Knappschaft

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Krankenversicherungsträger insgesamt

80

Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

Rentenversicherung (3)

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Rentenversicherungsträger insgesamt

3

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Gewerbliche Berufsgenossenschaften (9)

- Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft
- Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse
- Berufsgenossenschaft Holz und Metall
- Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie
- Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft
- Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution
- Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

Unfallkassen (3)

- Eisenbahn-Unfallkasse
- Unfallkasse Post und Telekom
- Unfallkasse des Bundes

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Unfallversicherungsträger insgesamt

13

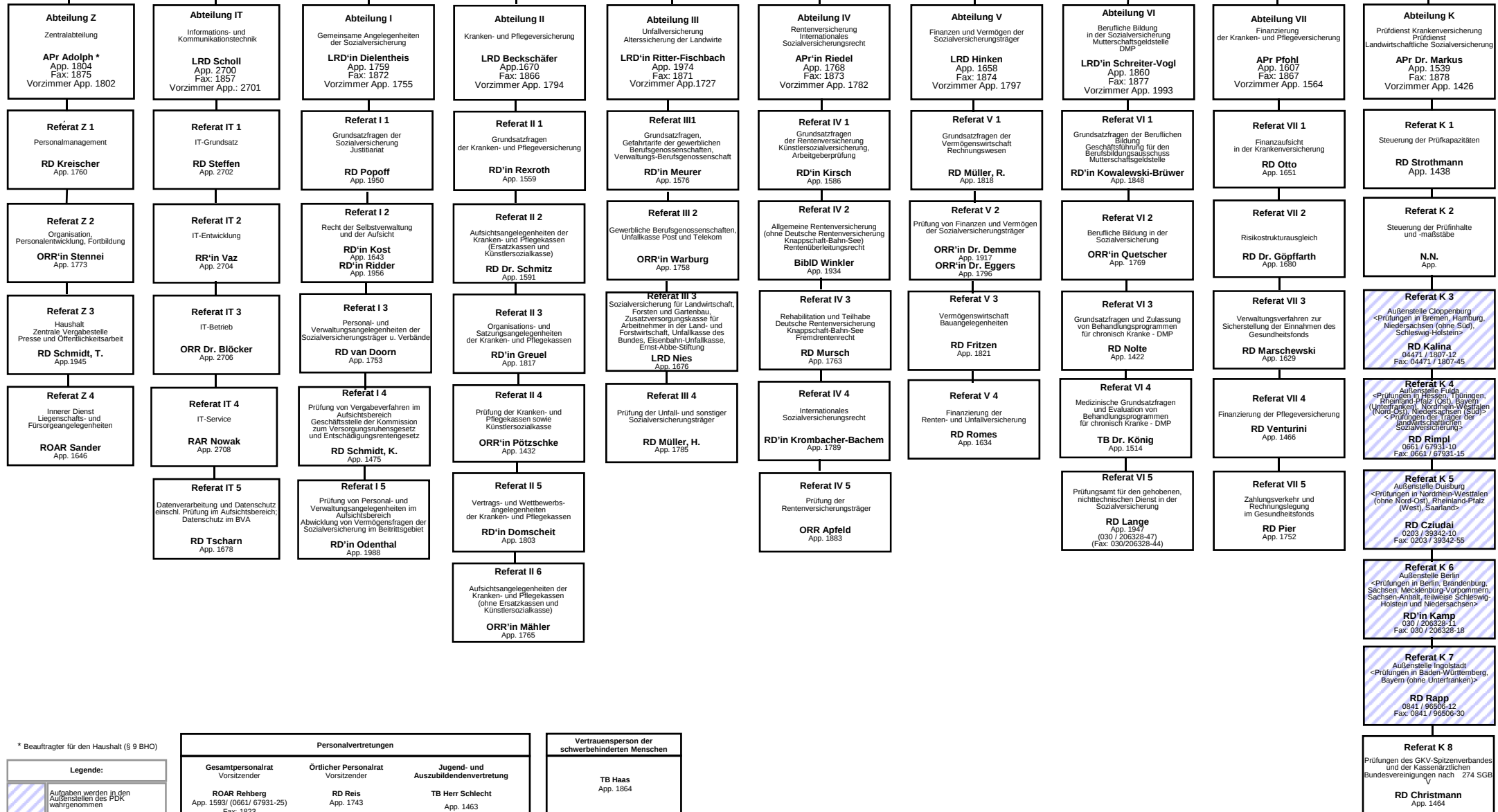
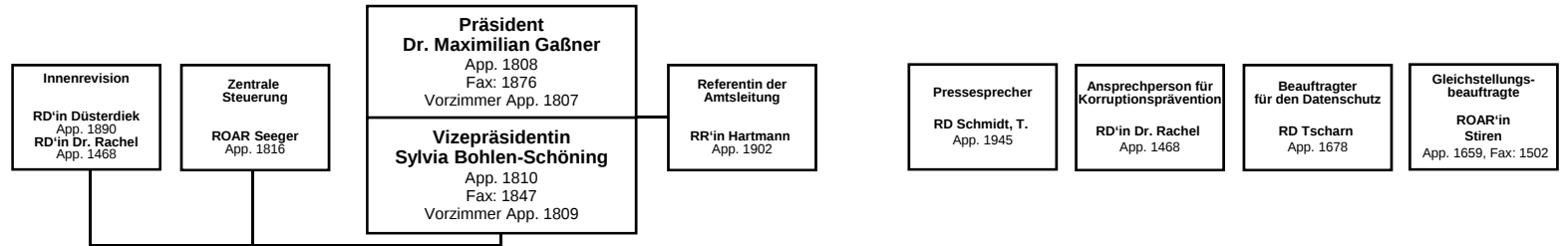
Sonstige

- Spitzenverband Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.
- Zusatzversorgungskasse für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft (ZLA)
- Seemannskasse
- Künstlersozialkasse
- Ernst-Abbe-Stiftung
- Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) sowie weitere 29 Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungsträger



Bundesversicherungsamt

Friedrich-Ebert-Allee 38 • 53113 Bonn
Telefon: (0228) 619 - 0 • Fax: (0228) 619 - 1870
E-Mail: poststelle@bva.de • www.bva.de
Stand: August 2013



* Beauftragter für den Haushalt (§ 9 BHO)

Legende:
 Aufgaben werden in den Außenstellen des PDK wahrgenommen

Personalvertretungen		
Gesamtpersonalrat Vorsitzender ROAR Rehberg App. 1593 / 0661 / 67931-25 Fax: 1823	Örtlicher Personalrat Vorsitzender RD Reis App. 1743	Jugend- und Auszubildendenvertretung TB Herr Schlecht App. 1463

Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen
TB Haas App. 1864

