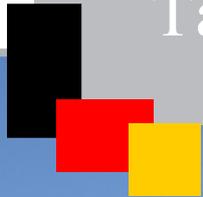




Bundesversicherungsamt



Tätigkeitsbericht 2014



Herausgeber:

Bundesversicherungsamt

Öffentlichkeitsarbeit

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Telefon (02 28) 619 - 0

Telefax (02 28) 619 - 18 29

www.bva.de



Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

mit dem nachfolgenden Tätigkeitsbericht gibt das Bundesversicherungsamt, das ich seit März 2015 als Präsident leiten darf, einen Überblick über seine Tätigkeiten im Jahr 2014. Das Aufgabengebiet des Bundesversicherungsamtes ist überaus breit gefächert und erstreckt sich von der Aufsicht über die bundesunmittelbaren Träger und Einrichtungen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung bis hin zu äußerst facettenreichen

Verwaltungsaufgaben wie der Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, der Verwaltung des Gesundheitsfonds, dem Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung, der zuständigen Stelle für die Berufsausbildung in der Sozialversicherung und der Mutterschaftsgeldstelle.

Der Themenkomplex Verbesserung der Pflege und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung steht derzeit auf der politischen Agenda. Nachdem das erste Pflegestärkungsgesetz zum 01. Januar 2015 in Kraft getreten ist, liegt bereits der Entwurf zu einem zweiten Pflegestärkungsgesetz vor. Dieses soll ebenfalls noch in dieser Wahlperiode verabschiedet und umgesetzt werden. Auch das Bundesversicherungsamt hat 2014 sowohl im Bereich der Aufsicht als auch beim Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung einen Schwerpunkt auf den Bereich Pflege gelegt. Dementsprechend berichtet das Bundesversicherungsamt in diesem Jahr besonders ausführlich über dieses Thema (S. 37 ff.). Das Bundesversicherungsamt ist insbesondere aufgrund seiner Prüferkenntnisse und der Bearbeitung von Beschwerden der Versicherten auf dem Gebiet der Pflege ein kompetenter Ansprechpartner bei der Vorbereitung von Gesetzgebungsverfahren und kann wertvolle praxisorientierte Anregungen für eine Verbesserung bei der Pflegeversorgung geben.

Im Fokus der Öffentlichkeit stehen auch immer wieder die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherung. Kein anderer Bereich in der Sozialversicherung unterliegt so häufigen und zum Teil so erheblichen Veränderungen wie die Krankenversicherung, die wiederum weitreichende Konsequenzen für die Versicherten haben. Die Krankenkassen erledigen beispielsweise zunehmend einen Teil ihrer Aufgaben in Form von Arbeitsgemeinschaften. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, da dies zu Effizienzgewinnen führen kann. Es ergeben sich jedoch auch vielfältige Probleme, die die organisationsrechtlichen und aufgabenbezogenen Grenzen für das Tätigwerden von Arbeitsgemeinschaften aufzeigen (S. 21 f.). Hier wäre eine (gesetzliche) Stärkung der Aufsichtsrechte wünschenswert, um die Qualität der Versorgung und der Betreuung der Versicherten durch die Arbeitsgemeinschaften sicherstellen zu können.

Das Bundesversicherungsamt hat in 2014 entscheidend dazu beigetragen, dass der neue kassenindividuelle prozentuale Zusatzbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 01. Januar 2015 reibungslos starten konnte. Innerhalb kürzester Zeit hat es den bundesunmittelbaren Krankenkassen die entsprechenden Satzungsgenehmigungen erteilt. Außerdem hat das Bundesversicherungsamt dafür Sorge getragen, dass die Sonderkündigungsrechte und Informationen im Zusammenhang mit der Erhebung des einkommensabhängigen Zusatzbeitrages den Versicherten rechtskonform kommuniziert wurden (S. 13 ff.).

Im Jahr 2014 konnte das Bundesversicherungsamt auf fünf Jahre morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zurückblicken. Auch wenn das Verfahren inzwischen etabliert ist, wozu auch eine umfangreiche z.T. höchstrichterliche Rechtsprechung gehört, ist es ein lernendes System, das fortlaufend Nachjustierungen erfordert (S. 113 und S. 95 ff.).

Auch das Thema Datensicherheit beschäftigt das Bundesversicherungsamt bei seiner Tätigkeit immer wieder, sei es bei Online-Portalen der Krankenkassen (S. 103 f.), unzulässigen Kodierungsprüfungen durch Krankenkassen (S. 120 ff.) oder beim Outsourcing von Aufgaben der Krankenkassen auf private Dritte (S. 26 f.). Hier hat der Schutz der sensiblen Gesundheitsdaten der Versicherten oberste Priorität.

Im Bereich der Rentenversicherung war ein Tätigkeitsschwerpunkt die Neuordnung der Vertragsgrundlagen mit den Reha-Kliniken (S. 76 f.). Hier konnte das Bundesversicherungsamt dafür sorgen, dass diese Verträge nunmehr den Anforderungen der SGB IX-Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen entsprechen.

Dem breiten Aufgabenspektrum des Bundesversicherungsamtes entsprechend greift der Tätigkeitsbericht eine Fülle von Themen auf, die jedoch nur einen Teil der tatsächlich geleisteten Arbeit wiedergeben können. Ich würde mich freuen, wenn Sie durch unseren Tätigkeitsbericht durchblättern und den einen oder anderen Beitrag auch zu den Themen Rentenversicherung, Landwirtschaftliche Sozialversicherung, Unfallversicherung, Vermögenswirtschaft sowie zu unseren sonstigen Verwaltungsaufgaben lesen – es lohnt sich.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

A handwritten signature in black ink, reading "Frank Plate". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Frank Plate
Präsident des Bundesversicherungsamtes

1. KRANKENVERSICHERUNG	11
1.1 Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung	13
1.2 Eingabenstatistik	14
1.3 Aufsicht bei den Krankenkassen	14
1.4 Satzungs- und Organisationsrecht	27
1.5 Aus dem Prüfreferat	28
1.6 Strukturierte Behandlungsprogramme	31
2. PFLEGEVERSICHERUNG	35
2.1 Finanzen der sozialen Pflegeversicherung	37
2.2 Eingabenstatistik	46
2.3 Aufsicht bei den Pflegekassen	46
2.4 Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) – Ergebnis der Prüfungen des Prüfdienstes Kranken- und Pflegeversicherung 2013 und 2014 zur Umsetzung des PNG	48
2.4.1 Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	48
2.4.2 Ausweitung der Beratungspflichten	49
2.4.3 Erweiterung des Personenkreises der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen	50
2.4.4 Stärkung neuer Wohnformen	51
2.4.5 Stärkung der häuslichen Pflege	52
2.4.6 Neuerungen und Ergänzungen im Begutachtungsverfahren	53
2.4.7 Häusliche Betreuung als neue Sachleistung	54
2.4.8 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen	55
2.5 Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen	55

3. UNFALLVERSICHERUNG	59
3.1 Finanzen der gesetzlichen Unfallversicherung	61
3.2 Eingabenstatistik	61
3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten	62
3.4 Aufsichtsprüfungen	63
4. RENTENVERSICHERUNG, VERSORGUNG DER SCHORN- STEINFEGER UND INTERNATIONALES SOZIALVER- SICHERUNGSRECHT	67
4.1 Finanzen der gesetzlichen Rentenversicherung	69
4.2 Eingabenstatistik	70
4.3 Grundsatzfragen	70
4.4 Aufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Bund, soweit sie Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung wahrnimmt	77
4.5 Aufsichtsprüfungen bei den Rentenversicherungsträgern	78
4.6 Aufsicht über die Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirks- schornsteinfeger	83
4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht	83
5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG	87
6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN	93
6.1 Gerichtsverfahren	95
6.2 Selbstverwaltung	98
6.3 Personal- und Dienstrecht	99
6.4 Allgemeines Aufsichtsrecht	100
6.5 Vermögenwirtschaft	104

7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS 113

7.1	Allgemeines/ Verfahren	115
7.2	Risikostrukturausgleich	116
7.2.1	Grundlagen	116
7.2.2	Monatliches Abschlagsverfahren 2014	117
7.2.3	Jahresausgleich 2013	118
7.2.4	Weiterentwicklung	119
7.2.5	Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich	120
7.3	Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds	123
7.4	Prüfung der Beitragszahlung gem. § 251 Abs. 5 Satz 2 ff. SGB V und § 60 Abs. 3 Satz 3 SGB XI	126

8. PRÜFDIENST KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG 129

8.1	Prüfstatistiken	131
8.2	Maschinelle Datenanalyse	133
8.3	Prüfungen nach § 42 RSAV	134
8.4	Prüfung Datenmeldung Morbi-RSA	134
8.5	Prüfung Versicherungszeiten/ DMP	134
8.6	Aus der Arbeit der Prüfgruppen	135
8.6.1	Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V	135
8.6.2	IT-Prüfungen	135
8.6.3	Allgemeine Verwaltung	138
8.6.4	Mitgliedschaft/ Beiträge	139
8.6.5	Leistungen der Krankenversicherung	140
8.6.6	Finanzen und Kassensicherheit	141

8.6.7	Pflegeversicherung	143
8.6.8	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	146
9.	ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ	149
9.1	Ausbildungsplatzsituation	151
9.2	Prüfungen	153
9.3	Berufungen der Prüfungsausschüsse	154
9.4	Überwachung und Beratung	155
10.	MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE	161
11.	ANHANG	167

1. KRANKENVERSICHERUNG

1. KRANKENVERSICHERUNG

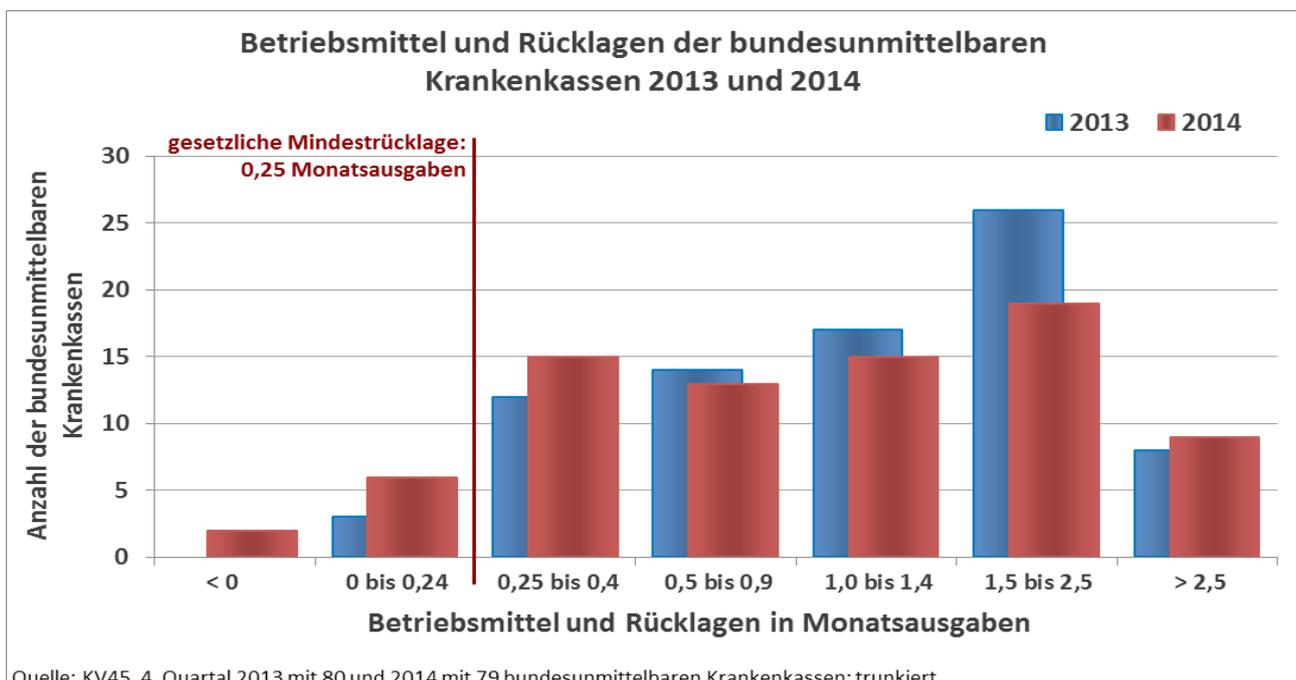
1.1 Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung

Finanzentwicklung der bundesunmittelbaren Krankenkassen

Im Jahr 2014 erzielten die bundesunmittelbaren Krankenkassen einen Überschuss der Ausgaben in Höhe von rd. 1,6 Mrd. Euro. Hiervon entfielen 706 Mio. Euro auf Prämien, die neun Krankenkassen aufgrund ihrer guten Vermögenslage an ihre Mitglieder auszahlten; Zusatzbeiträge wurden nicht erhoben. Von den zum Jahresende 78 bundesunmittelbaren Krankenkassen verzeichneten 52 einen Überschuss der Ausgaben. Acht Krankenkassen verfügten am 31. Dezember 2014 nicht in vollem Umfang über die vorgeschriebene Mindestrücklage in Höhe von 0,25 Monatsausgaben. Von diesen acht Krankenkassen vereinigten sich zwei zum 01. Januar 2015 mit anderen Krankenkassen.

Einkommensabhängige Zusatzbeiträge

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstrukturen und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) wurde der einheitliche, allein von den Mitgliedern zu tragende Beitragssatzanteil von 0,9 % abgeschafft und der allgemeine Beitragssatz zum 01. Januar 2015 auf 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder abgesenkt. Die daraus resultierenden Mindereinnahmen müssen seitdem durch allein von den Mitgliedern zu zahlende, kassenindividuelle Zusatzbeiträge gedeckt werden, die von den Krankenkassen als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen von den Mitgliedern erhoben werden. Damit ist es nicht mehr zulässig, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge zu erheben oder Prämien an die Mitglieder auszus zahlen. Der Gesetzgeber verfolgte mit dieser Umstellung das Ziel, die Zusatzbeiträge als Finanzierungsinstrument zu etab-



lieren und dadurch den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt zu stärken (BT-Drs. 18/1307, S. 31).

Das Bundesversicherungsamt hat Ende 2014 die Haushaltspläne von 71 bundesunmittelbaren Krankenkassen für das Jahr 2015 geprüft und Zusatzbeitragssätze zwischen 0,4 % und 1,2 % genehmigt. Für 18,1 Mio. Mitglieder bei 31 Krankenkassen gilt seit dem 01. Januar 2015 (unverändert) ein Zusatzbeitragssatz von 0,9 %; fünf Krankenkassen mit ca. 0,2 Mio. Mitgliedern erheben einen Zusatzbeitragssatz von mehr als 0,9 %. Bei 35 Krankenkassen mit etwa 14,8 Mio. Mitgliedern liegt der Zusatzbeitragssatz am 01. Januar 2015 unter 0,9 %. Bei der Festsetzung der Höhe des Zusatzbeitragssatzes haben einige Krankenkassen von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, vorhandenes Vermögen im zulässigen Rahmen abzubauen. Einige Krankenkassen erheben somit keine ausgabendeckenden Zusatzbeiträge und werden in Zukunft voraussichtlich stärkere Beitragsanhebungen durchführen müssen als Krankenkassen, die bereits heute einen ausgabendeckenden Zusatzbeitrag erheben.

Tagesaktuelle Informationen über die Höhe der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen können dem Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden (www.gkv-spitzenverband.de).

1.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
KV	2.751

Fallzahlen: Eingaben, Petitionen und Berichtssachen

1.3 Aufsicht bei den Krankenkassen

Verschiebung der Kündigungsfrist bei verspätetem Hinweis auf das Sonderkündigungsrecht (§ 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V) bei Erhebung eines Zusatzbeitrags ab dem 01. Januar 2015

Im Zusammenhang mit den im Rahmen des GKV-FQWG ab dem Jahr 2015 neu eingeführten Zusatzbeiträgen bzw. Zusatzbeitragssätzen galt es, noch im Vorfeld des tatsächlichen Inkrafttretens, eine Reihe von Fragen zu klären, um zum Jahreswechsel Probleme in der Umsetzung für Versicherte und Krankenkassen gleichermaßen möglichst zu vermeiden.

Klärungsbedarf bestand etwa bei der Frage, wie im Falle eines kassenseitig verspätet erfolgten (ggf. nachgeholt) Hinweises auf das Sonderkündigungsrecht (§ 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V) zu verfahren ist.

§ 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V i.d.F. des GKV-FQWG sieht vor, dass die Krankenkasse spätestens einen Monat vor Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitrag erhoben/erhöht wird, auf das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V hinzuweisen hat. Kommt sie dem nicht oder verspätet nach, so gilt nach § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V n.F. eine dennoch (ggf. nach entsprechend nachgeholtem Hinweis der Krankenkasse) erfolgte Kündigung „fiktiv“ als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erhoben/erhöht worden ist. Das Gesetz regelt nur die Folge einer aufgrund verspäteten Hinweises erklärten Kündigung, lässt aber offen, in welchem Zeitraum die Sonderkündigung bei verspätetem Hinweis

erklärt werden muss. Demzufolge könnte bei verspätetem Hinweis die Kündigung zeitlich unbegrenzt ausgeübt werden. Dies ginge aber nicht zuletzt auch erheblich zu Lasten der Rechtssicherheit.

Auf Veranlassung des Bundesversicherungsamtes haben die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder das Thema auf ihrer Aufsichtsbehördentagung im November 2014 erörtert und sind zu der Auffassung gekommen, dass ein Sonderkündigungsrecht von einem Monat ab dem nachgeholtem Hinweis besteht. Bestimmend dafür war die Gesetzesbegründung zu § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V, wonach die Regelung weiterhin „sicherstelle, dass bei einem verspäteten Hinweis die Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechtes hinausgeschoben wird, nicht aber der Zeitpunkt des Kassenwechsels.“ Dies spricht dafür, dass der Gesetzgeber kein unbefristetes Sonderkündigungsrecht eröffnen wollte, sondern insoweit die Fortsetzung der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Regelung beabsichtigte, die eine Verschiebung um den entsprechende Zeitraum vorsah, auch wenn sich das im nun geltenden Gesetzeswortlaut nicht (mehr) widerspiegelt. Allerdings war auch bei der früheren Regelung strittig diskutiert worden, welcher Zeitraum unter „entsprechenden Zeitraum“ zu verstehen ist.

Im Wesentlichen sind zur damaligen Rechtslage zwei Möglichkeiten diskutiert worden:

- entweder die Kündigungsfrist wird um den Zeitraum zwischen dem Zeitpunkt der gesetzlichen spätesten Hinweispflicht und dem Zeitpunkt des tatsächlichen (nachgeholten) Hinweises hinaus-

geschoben (d.h. wenn der Hinweis bspw. zwei Monate zu spät erfolgte, besteht das Kündigungsrecht für zwei Monate fort)

oder

- Anknüpfungspunkt ist die gesetzliche Mindestfrist von einem Monat zwischen Hinweispflicht und Ablauf des Monats der erstmaligen/ erhöhten Erhebung eines Zusatzbeitrages.

Da die zweite Variante zum einen eine Entsprechung in § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V findet und sich dieser Zeitraum auch klar und eindeutig bestimmen lässt, haben sich die Aufsichtsbehörden für diese Auffassung ausgesprochen.

Sie teilen damit auch die Meinung des GKV-Spitzenverbandes in seinem Rundschreiben vom 19. Juni 2014 (RS 2014/ 254).

Wahlmöglichkeit des Krankengeldes nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V für hauptberuflich Selbständige, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Auffangversicherungspflicht) pflichtversichert sind

Im Berichtsjahr befasste sich das Bundesversicherungsamt mit der Frage, ob ein hauptberuflich Selbständiger – auch wenn er pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist – die Möglichkeit hat, eine Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu wählen.

Problematisch war hierbei, dass der Personenkreis der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversicherten hauptberuflich

Selbständigen sowohl vom Gesetzeswortlaut des § 4 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V als auch von § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfasst wird und deshalb die Beantwortung nicht eindeutig ist. Denn Nr. 1 bestimmt, dass Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V keinen Anspruch auf Krankengeld haben, während Nr. 2 hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen die Möglichkeit eröffnet, einen Krankengeldanspruch zu wählen.

Das Bundesversicherungsamt vertritt die Auffassung, dass dem Personenkreis eine Wahlmöglichkeit zusteht. Ansonsten entstünde eine Ungleichbehandlung zwischen hauptberuflich Selbständigen, die freiwillig versichert und solchen, die pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind. Dass eine solche Ungleichbehandlung gewollt ist, lässt sich aber weder der Gesetzesbegründung noch dem Sinn und Zweck der Regelung entnehmen. Vom Krankengeld ausgenommen sind nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V Personen, denen im Krankheitsfall keine Einnahmen von wirtschaftlicher Bedeutung entgehen. Hauptberuflich Selbständige haben dagegen – ob pflicht- oder freiwillig versichert – Bedarf für einen Einkommensersatz: Gerade deswegen hat der Gesetzgeber die Wahlmöglichkeit nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (wieder) eingeführt. Zwischenzeitlich wurde mit den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder hierüber Einigkeit hergestellt und eine gesetzliche Klarstellung angeregt.

Krankengeldansprüche aus einer Pflichtmitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V während des Ruhens von Arbeitslosengeld I wegen Urlaubsabgeltung

Im Zusammenhang mit einer Petition war die Frage zu klären, ob eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V auch eintritt, wenn während des Ruhens von Ansprüchen auf Arbeitslosengeld aufgrund einer Urlaubsabgeltung ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit eintritt (und länger als einen Monat fortbesteht, vgl. § 19 Abs. 2 SGB V).

Die Konstellation stellte sich wie folgt dar: Der Versicherte meldete sich nach beendetem Arbeitsverhältnis bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos. Die Bundesagentur für Arbeit stellte zunächst das Ruhens des Anspruchs auf Arbeitslosengeld wegen Urlaubsabgeltung (hier ca. zwei Wochen) fest. Während dieses Ruhenszeitraums trat Arbeitsunfähigkeit ein und bestand bis auf weiteres fort. Die Bundesagentur für Arbeit lehnte eine Leistungsgewährung für den Ruhenszeitraum ebenso ab wie für die sich daran anschließende Zeit, in der die Arbeitsunfähigkeit fortbestand.

Die Krankenkasse wiederum lehnte einen Anspruch auf Krankengeld zunächst aufgrund einer dort gesehenen „Versicherungslücke“ ab, schlug nach neuerlicher Prüfung allerdings – unter Bezugnahme auf ein Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 25. September 2008 (Az. L 16 KR 37/08) – vor, von einer Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V auszugehen.

Nach aufsichtsrechtlicher Prüfung der Sach- und Rechtslage kam das Bundesversicherungsamt allerdings zu der Auffassung, dass dem Tenor des besagten Urteils und der Auffassung der Krankenkasse – aufgrund der Rechtsentwicklung der letzten Jahre – nicht gefolgt werden kann. Im Ergebnis war vielmehr festzustellen, dass sich der Schutzzweck des § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zwischenzeitlich erheblich verschoben hat bzw. weitreichend eingeschränkt ist. Daher sah das Bundesversicherungsamt weder die Möglichkeit, eine Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu bejahen noch einen Anspruch auf Krankengeld aus diesem Versicherungsverhältnis. Vielmehr ist vom Eintreten von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. einer Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 SGB V auszugehen, die im Ergebnis beide keine Krankengeldansprüche umfassen. Zudem fehlt es vorliegend wegen der Arbeitsunfähigkeit bereits an der tatbestandlichen Voraussetzung eines Arbeitslosengeldanspruchs, der entsprechend auch nicht ruhen kann.

Grundsätzlich sind nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V nur Personen versicherungspflichtig, die Arbeitslosengeld I beziehen. Diejenigen, die nur deshalb kein Arbeitslosengeld beziehen, weil ihr Anspruch (hier) ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) ruht, sind – als Ausnahme zum vorgenannten Grundsatz – gleichwohl ebenfalls versicherungspflichtig. Dem Wortlaut nach bezieht sich die ausnahmsweise Versicherungspflicht auf Personen, die „nur deshalb“ keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld haben, weil er wegen Urlaubsabgeltung ruht. D.h. Perso-

nen deren Anspruch wegen während des Ruhenszeitraums (aufgrund einer Urlaubsabgeltung) eingetretener Arbeitsunfähigkeit ruht, sind von der Regelung nicht unmittelbar mit erfasst.

Hintergrund der Ausnahmeregelung war (vgl. BT-Drs. 14/6944, S. 52), dass der betroffene Personenkreis nach dem Ablauf des Monats eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V nicht ohne Versicherungsschutz bleiben, sondern für die Dauer dieses Ruhenszeitraums dem Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen sollte.

Mittlerweile ist jedoch durch die Einführung der sog. „Auffangversicherungspflicht“ nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V als auch durch die sog. „obligatorische Anschlussversicherung“ nach § 188 Abs. 4 SGB V ein umfassendes Netz an Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen worden, das einer weiten Auslegung des Schutzzwecks des § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (quasi als Reflexwirkung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht) entgegensteht.

Nachdem in der Rechtsprechung die Tendenz erkennbar wurde (vgl. Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 27. November 2012, Az. L 4 KR 427/11; Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 31. August 2012, Az. L 8 AL 3396/11), bei der zugrunde liegenden Konstellation eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V anzunehmen und § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V nur anzuwenden, wenn das Ruhen des Arbeitslosengeldanspruchs aufgrund Urlaubsabgeltung ein-

tritt, konnte das Bundesversicherungsamt einen Krankengeldanspruch nicht bejahen.

Im Nachgang zur Entscheidung des Bundesversicherungsamtes wurde eine Entscheidung des Bundessozialgerichts veröffentlicht (Urteil vom 04. März 2014, Az. B 1 KR 68/12 R), das grundsätzlich die vom Bundesversicherungsamt vertretene Auffassung bestätigt (wobei besagtes Urteil sich allerdings auf einen Sachverhalt aus dem Jahr 2008, d.h. vor Einführung des aktuellen § 188 Abs. 4 SGB V bezog).

Elektronische Gesundheitskarte

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wird seit deren erstmaliger gesetzlicher Verankerung im Jahr 2003 von Konflikten begleitet, die auch in den Beschwerden der Versicherten an das Bundesversicherungsamt ihren Niederschlag finden.

Neben ganz praktischen Umsetzungsproblemen im Zusammenhang mit der Einführung der eGK werden von einigen Versicherten grundsätzliche Vorbehalte gegen die eGK geltend gemacht. Diese lehnen die eGK wegen datenschutzrechtlicher Bedenken ab, weigern sich regelmäßig, das zur Erstellung der eGK erforderliche Lichtbild zur Verfügung zu stellen und suchen nach Möglichkeiten, die Inanspruchnahme der eGK zu umgehen.

Die Rechtslage in Zusammenhang mit dem für die Ausstellung der eGK erforderlichen Lichtbild ist eindeutig.

Nach § 291a in Verbindung mit § 291 Abs. 2 Satz 1 SGB V enthält die eGK ein Lichtbild

des Versicherten. Durch das Lichtbild auf der eGK soll Missbrauch im Gesundheitswesen zu Lasten der Versichertengemeinschaft verhindert werden.

Lediglich Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine eGK ohne Lichtbild.

Der Zweck der vom Gesetz vorstehend geregelten Ausnahme besteht darin, entsprechend der praktischen Bedürfnisse auf ein Lichtbild nur dann zu verzichten, wenn der Versicherte keine sozialrechtliche Handlungsfähigkeit hat beziehungsweise es ihm etwa wegen Bettlägerigkeit „nicht möglich ist, selbst ein Lichtbild zu beschaffen“ (vgl. BR-Drs. 676/04, S. 53). In allen sonstigen Fällen ist ein Lichtbild grundsätzlich zwingend erforderlich.

Im Berichtszeitraum beschwerten sich Versicherte schwerpunktmäßig über die Entscheidung gesetzlicher Krankenkassen, sog. papiergebundene Anspruchsbescheinigungen nicht oder nicht im beantragten zeitlichen Umfang auszustellen, mit denen gegenüber dem Leistungserbringer (z.B. Arzt oder Krankenhaus) der bestehende Leistungsanspruch aus der gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen werden kann. Diese Anspruchsbescheinigung wurde von gesetzlichen Krankenkassen im Berichtszeitraum in unterschiedlichem zeitlichem Umfang ausgestellt. Der Anspruch auf Ausstellung einer solchen Bescheinigung wurde im Verlauf des Berichtszeitraums von den gesetzlichen Krankenkassen zunehmend bestritten. Mit Urteil vom 18.

November 2014 (Az. B 1 KR 35/13 R) hat das Bundessozialgericht die Auffassung der Krankenkassen bestätigt und den Anspruch auf Ausstellung einer befristeten Ersatzbescheinigung grundsätzlich verneint.

Legt der Versicherte in der Arztpraxis keine eGK vor, gilt ab dem 01. Januar 2015 folgende Verfahrensweise:

Falls der Versicherte innerhalb kurzer Zeit nach der Behandlung dem Arzt eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige eGK vorlegt, kann die regelhafte Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung mit der Krankenkasse erfolgen.

Sofern der zeitnahe Versicherungsnachweis nicht erbracht wird, darf der Arzt dem Versicherten eine Privatvergütung in Rechnung stellen. Wenn dem Arzt bis zum Ende des Quartals, in dem die Behandlung erfolgte, eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige eGK (oder ein anderer auf den einzelnen Behandlungsfall bezogener gültiger Anspruchsnachweis) vorgelegt wird, ist der Arzt verpflichtet, die Privatvergütung zurückzuerstatten und entsprechend dem Regelfall über die Kassenärztliche Vereinigung mit der Krankenkasse abzurechnen.

Durch diese Verfahrensweise wird einerseits sichergestellt, dass die Versicherten die gesetzlichen Mitwirkungspflichten hinsichtlich der Vorgabe des Lichtbildes für die Erstellung der eGK erfüllen, ohne dass andererseits der Behandlungsanspruch des Versicherten in Frage gestellt wird.

Darüber hinaus dürfen die Krankenkassen für Versicherte ohne eGK ab dem 01. Januar 2015 nur im Ausnahmefall zur Überbrü-

ckung von Übergangszeiten und zeitlich befristet einen sog. Anspruchsnachweis ausstellen. Das haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Bundesmantelvertrag-Ärzte klargestellt.

Rechtswidriger Einsatz der Krankenversicherungskarte/ elektronischen Gesundheitskarte

Im Berichtsjahr hat eine das Bundesversicherungsamt bereits seit 2012 beschäftigende Frage ihren gerichtlichen Abschluss gefunden: Für welche Zwecke darf die Krankenversichertenkarte verwendet werden?

Einige Krankenkassen hatten Vereinbarungen getroffen, wonach Versicherten gegen Vorlage der Krankenversichertenkarte (KVK) Rabatte in Freizeiteinrichtungen und Vergnügungsparks gewährt wurden. Die KVK diente also als Berechtigungsnachweis für die Inanspruchnahme von Angeboten, die in keinerlei Zusammenhang mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung stehen. Das Bundesversicherungsamt hatte eine solche Zweckentfremdung der KVK beanstandet, weil sie nach § 291 Abs. 1 Satz 3 SGB V ausschließlich zur Vorlage bei Vertragsleistungserbringern für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verwendet werden darf.

Die Verfahrensweise widerspricht auch dann den gesetzlichen Gegebenheiten, wenn diese Identifikationsmöglichkeit lediglich wahlweise und freiwillig angeboten wird. Die eindeutige Beschränkung der Verwendung der KVK „nur für den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von

Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Abrechnung mit den Leistungserbringern“ lässt ihren Einsatz für den Nachweis der Berechtigung eines Versicherten, gesetzesfremde Angebote in Anspruch zu nehmen, gerade nicht zu. Das Bundesversicherungsamt hat daher die Krankenkasse verpflichtet, die KVK ihren Versicherten nicht mehr zu anderen als den in § 291 Abs. 1 Satz 3 SGB V zugelassenen Zwecken zu nutzen und die Krankenkasse aufgefordert, eine entsprechende Bestätigung abzugeben. Auf die Rechtslage hatte das Bundesversicherungsamt die Krankenkassen bereits im Jahr 2010 durch Rundschreiben hingewiesen.

Nunmehr hat das Landessozialgericht Baden-Württemberg mit rechtskräftigem Urteil vom 15. August 2014 (Az. L 4 KR 2163/13 KL) diese Auffassung bestätigt. Danach darf die KVK vorbehaltlich § 291a SGB V (Bestimmungen zur elektronischen Gesundheitskarte) nur für den Nachweis der Berechtigung der Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit Leistungserbringern verwendet werden. Diese Regelung verbietet ohne Ausnahme die Nutzung der KVK als Versicherungsnachweis zu anderen Zwecken. Das Gericht hat im Hinblick auf den datenschutzrechtlichen Charakter des § 291 SGB V insoweit ausgeführt, der Gesetzgeber habe die Erfassung, Verwendung und Übermittlung von Leistungs- und Gesundheitsdaten im Umfang auf das für den jeweiligen Zweck unerlässliche Minimum beschränken und die personenbezogenen Daten der Versicherten bereits im frühen Vorfeld umfassend schützen wollen. Hierdurch solle ver-

hindert werden, dass Personen, die nicht zu den Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung gehören in den auch nur kurzfristigen Besitz von KVK gelangen können.

Die Nutzung bzw. auch das Angebot der Nutzung der KVK als allgemeines Ausweispapier über die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse ist mithin rechtswidrig.

Im weiteren Lauf des Jahres wurden gleichartige Angebote bei weiteren Krankenkassen untersagt.

Da die Bestimmungen für die eGK in diesen Punkten nicht von den Regelungen der KVK abweichen, gilt die Rechtslage dafür fort.

Unzulässige Telefonwerbung durch eingeschaltete Dienstleister/ Werber

Durch Informationen betroffener Versicherter und Krankenkassen wurden unzulässige Marketingaktionen im Namen einer bundesunmittelbaren Krankenkasse zum Gegenstand aufsichtsrechtlicher Prüfungen. Versicherte wurden, ohne eine Einwilligung dazu erteilt zu haben, von Personen angerufen, die sich teilweise als Mitarbeiter der Krankenkasse ausgegeben haben. Ziel war es einen Mitgliedschaftswechsel zu erreichen oder Zusatzversicherungen abzuschließen (sog. Cold-Calls). Nach dem derzeitigen Stand der Ermittlungen hat die bundesunmittelbare Krankenkasse die Anrufe nicht selbst durchgeführt und hat sie auch nicht in Auftrag gegeben.

Eine telefonische Werbung gegenüber Verbrauchern ist nur nach deren vorheriger aus-

drücklicher Einwilligung zulässig (Urteil des Bundesgerichtshofs vom 10. Februar 2011, Az. I ZR 164/09). In den vorliegenden Fällen fehlte diese allerdings. Die telefonische Kontaktaufnahme durch nicht autorisierte Dritte war mithin rechtswidrig.

Da weder die Krankenkasse noch das Bundesversicherungsamt die Quelle der Anrufe ermitteln konnte, hat die betroffene Krankenkasse die Bundesnetzagentur eingeschaltet. Die dortigen Ermittlungen ergaben, dass die Anrufe teilweise mit manipulierten Rufnummern erfolgt sind. In einigen Fällen dauern die Ermittlungen noch an.

Organisationsrechtliche und aufgabebezogene Grenzen für das Tätigwerden von Arbeitsgemeinschaften

Krankenkassen arbeiten im Rahmen der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben zusammen. Zu diesem Zweck können sie gem. § 94 Abs. 1a SGB X mit anderen Krankenkassen und nach § 219 SGB V mit weiteren Stellen Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) bilden. Die Wahl der Rechtsform für die insoweit mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestatteten ARGEn ist grundsätzlich freigestellt.

Seit einiger Zeit sind Tendenzen einer Verselbständigung der ARGEn zu beobachten, die das Recht herausfordern. Dabei unterstehen auch ARGEn – wie ihre Mitglieds- bzw. Gesellschafterkassen – der Aufsicht und sind dieser gegenüber auskunftspflichtig (§ 88 SGB IV i.V.m. § 94 Abs. 2 Satz 1 SGB X). Die Auskunftspflicht gilt uneingeschränkt, denn sowohl die Befugnis zur Errichtung als auch die Befugnis zur gemein-

samen Aufgabenerfüllung ergeben sich aus dem Sozialrecht.

Das Bundesversicherungsamt hat sich jüngst gegen die Ausweitung der Geschäftstätigkeit einer ARGE gewendet, die Dienstleistungen für private Dritte mit „gesundheitsbezogener“ Tätigkeit erbringen wollte. Eine solche Unterstützung Privater durch ARGEn ist rechtswidrig. Denn Wesen der ARGE ist die gemeinschaftliche Wahrnehmung eigener Aufgaben der Mitglieder, d.h. solcher der Krankenkassen nach § 30 SGB IV. Die Unterstützung Privater zählt nicht dazu. Krankenkassen dürfen solche Geschäfte weder tätigen, noch Mittel dafür verwenden (§ 30 Abs. 1, § 69 Abs. 2 SGB IV). In diesem Sinne gestattet auch das besondere Auftragsrecht nach § 197b SGB V allein den Krankenkassen (nicht aber den ARGEn), die ihnen obliegenden Aufgaben durch Dritte wahrnehmen zu lassen, hingegen nicht für Dritte tätig zu werden.

Weil ARGEn im Unterschied zu Krankenkassen nicht als Auftraggeber im Sinne des § 197b SGB V in Frage kommen, dürfen sie Aufgaben, für deren gemeinsame Wahrnehmung sich die Krankenkassen in der ARGE zusammen gefunden haben, nicht ihrerseits „outsourcen“. Das Bundesversicherungsamt hat entsprechende Vorhaben moniert. Solche Auftragsansinnen stellen die zweckbezogene Errichtung der ARGE und den insoweit wirtschaftlichen Mitteleinsatz grundlegend in Frage, zumal die Aufgabenerledigung durch Dritte im Übrigen voraussetzt, dass die Wahrnehmung der Aufgaben durch den Dritten „wirtschaftlicher“ ist. Vor diesem Hintergrund kommt

auch eine Unterauftragsvergabe nicht in Betracht, zumal auch diese in § 197b SGB V keine Grundlage findet (während sie im Rahmen von Hilfstätigkeiten nicht ausgeschlossen sind, vgl. § 80 Abs. 2 Satz 2 Nr. 6, Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB X). Aus denselben Gründen hat sich das Bundesversicherungsamt dagegen gewendet, dass eine ARGE die gemeinsam wahrzunehmenden Aufgaben durch eine andere, d.h. dritte ARGE ausführen lassen wollte.

Schließlich hatte sich das Bundesversicherungsamt mit Fragen der versicherungszweigübergreifenden Tätigkeit einer ARGE (mit Verbandfunktion) zu beschäftigen und dabei zu berücksichtigen, dass ARGEn (anders als Träger und Verbände) grundsätzlich nicht selbst Gründungspartner einer ARGE sein können (siehe § 94 Abs. 1a Satz 1 SGB X).

Die Prüfung des Tätigwerdens der ARGEn wird dadurch erschwert, dass die gem. § 94 Abs. 1a Satz 2 SGB V bestehende Anzeigepflicht, die auch für ARGEn im Sinne des § 219 SGB V zur Anwendung kommt, mitunter nicht beachtet wird. Dies gilt zumal dann, wenn die ARGE mittlerweile andere oder nur noch teilweise die Aufgaben wahrnimmt, für die sie gegründet wurde, oder wenn derart unterschiedliche „Dienstleistungen“ angeboten werden, dass von einer gemeinsamen Aufgabenerfüllung kaum mehr gesprochen werden kann. Insgesamt ist zu beobachten, dass es viele Krankenkassen bevorzugen, nicht Mitglied einer ARGE zu sein, sondern eine bereits bestehende ARGE als „Drittkasse“ nach § 197 SGB V beauftragen; auch dies ist nach § 197b Satz 3 SGB V i.V.m. § 97 Abs. 1

Satz 3 SGB X der Aufsichtsbehörde anzuzeigen.

Um darauf hinzuwirken, eine Rechtsverletzung zu beheben, muss sich das Bundesversicherungsamt an die Mitgliedskassen (bzw. im Falle des § 197b SGB V an die auftraggebenden Krankenkassen) halten. Es würde die Effektivität des Aufsichtshandelns befördern, wenn die Aufsicht über die ARGEn als solche nicht nur das Recht zur Prüfung, zur Unterrichtung und zur allgemeinen Beratung umfasste (vgl. § 94 Abs. 2 SGB X), sondern auch förmliche Aufsichtsmittel, jedenfalls mit Wirkung für und gegen diejenigen Mitgliedskassen, die derselben Aufsicht unterstehen.

Gewährung von Bonusleistungen im Zusammenhang mit durch Fitness-Apps gesammelten und übermittelten Daten

Gegenüber mehreren Krankenkassen hat das Bundesversicherungsamt im Berichtszeitraum die Gewährung von Bonusleistungen für ihre Versicherten auf der Grundlage von Datenerhebungen über sog. Fitness-Apps aufsichtsrechtlich aufgegriffen.

Bonuspunkte oder Prämien im Rahmen der von den Krankenkassen angebotenen Bonusprogramme waren in diesen Fällen insbesondere dann erreichbar, wenn der Krankenkasse Daten zum Nachweis einer sportlichen Betätigung übermittelt wurden, die von den Versicherten selbst durch eine Fitness-App per Smartphone erhoben wurden.

Das Bundesversicherungsamt hat gegenüber den Krankenkassen erhebliche Zweifel an dieser Vorgehensweise deutlich gemacht.

Der Gesetzgeber eröffnet den Krankenkassen zwar die Möglichkeit, in ihren Satzungen durch finanzielle Anreize gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern. Die Krankenkassen können danach ihren Versicherten Bonusleistungen anbieten, welche an die regelmäßige Inanspruchnahme qualitätsgesicherter Maßnahmen geknüpft sind. Sportliche Betätigungen können nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes aber nur dann als qualitätsgesicherte Maßnahmen eingestuft werden, wenn diese nachweisbar unter fachlicher Anleitung erfolgen.

Die Vorgehensweise der Krankenkassen, von Versicherten übermittelte Daten als Nachweis sportlicher Betätigung für eine Bonifizierung zu akzeptieren, steht nicht in Einklang mit den vorstehend dargelegten rechtlichen Grundlagen.

Der erforderliche Nachweis, dass es sich bei der sportlichen Betätigung der Versicherten um qualitätsgesicherte Maßnahmen handelt, wird damit nicht geführt. Ferner hält das Bundesversicherungsamt die Gefahr eines Missbrauchs für gegeben. Es findet keine Kontrolle statt, ob die sportlichen Aktivitäten vom Versicherten selbst tatsächlich erbracht wurden. Zudem bestehen erhebliche datenschutzrechtliche Bedenken.

In mehreren Fällen sind die betroffenen Krankenkassen den Bedenken des Bundesversicherungsamtes gefolgt und haben die Bonifizierung per App übermittelter Daten über sportliche Betätigungen eingestellt. Ein weiteres aufsichtsrechtliches Verfahren dauert zurzeit noch an.

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

Auch im Jahr 2014 hatte sich das Bundesversicherungsamt mit der Prüfung von Selektivverträgen über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V) und solchen über eine integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) zu beschäftigen. Seit dem 01. Januar 2012 obliegt den Krankenkassen die Pflicht, diese Verträge beim Bundesversicherungsamt und den (bis zu 16) Landesaufsichtsbehörden anzuzeigen. So wurden dem Bundesversicherungsamt im Jahr 2014 insgesamt 789 Verträge zugeleitet.

Weiterhin stellt die in § 71 Abs. 4 Satz 3 SGB V normierte Beanstandungsfrist von zwei Monaten, binnen derer die Verträge zu prüfen und ggf. zu beanstanden sind, das Bundesversicherungsamt und die ihm unterstehenden Krankenkassen vor besondere Herausforderungen. So ist die Frist für eine qualifizierte Anhörung der Krankenkassen sehr begrenzt und die Beteiligung der Landesaufsichtsbehörden nur erschwert möglich.

Das inzwischen etablierte Vorgehen des Bundesversicherungsamtes, eine rechtskonforme Gestaltung der Verträge im Dialog mit den Krankenkassen herbeizuführen, führte im Berichtsjahr dazu, dass das Bundesversicherungsamt lediglich in zwei Fällen von seinem Recht auf Beanstandung Gebrauch machen musste.

Prüffeststellungen ergaben sich im Berichtsjahr weiterhin, soweit die Verträge sich nicht von der Regelversorgung absetz-

ten, eine Beteiligung nicht zugelassener Leistungserbringer zu erkennen war, für die Versicherten diskriminierende Teilnahmebeschränkungen vereinbart wurden, eine nicht statthafte Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich beabsichtigt wurde oder sogar Qualitätsverluste gegenüber der Regelversorgung zu befürchten waren. Fortgesetzt wurden die Bestrebungen des Bundesversicherungsamtes, einem Missverhältnis bei der Vergütung in solchen Fällen entgegenzuwirken, in denen bei Einschaltung einer Managementgesellschaft der wesentliche Vergütungsanteil nicht der medizinischen Versorgung zufließt.

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2014 mehrere Verträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gem. § 73c SGB V aufgegriffen, die keine Regelungen über ein Teilnahmeverfahren für Ärzte vorsahen. Um eine Bindung der einzelnen Vertragsärzte an einen solchen Vertrag zu erreichen, bedarf es einer schriftlichen Teilnahmeerklärung des einzelnen Vertragsarztes.

Einen weiteren Schwerpunkt bei der Vertragsprüfung bildete die Umsetzung der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gem. § 217f Abs. 4a SGB V, welche die allgemeinen Vorgaben zur Abgabe der Teilnahmeerklärung in den besonderen Versorgungsformen zur Sicherstellung einer einheitlichen Gewährleistung des Verbraucherschutzes bei der Einschreibung der Versicherten ermöglichen soll.

Der Selektivvertragsbereich steht vor durchgreifenden Reformen:

Der Gesetzentwurf über ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 17. Dezember 2014 fasst die verschiedenen Vertragstypen in einem Paragraphen zusammen (Verträge über besondere Versorgungsformen – § 140a SGB V n.F.). Der Gesetzgeber will damit die bisherigen Selektivvertragstypen in einer Vorschrift bündeln, die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitern und bürokratische Hemmnisse beseitigen. So wird bspw. gesetzlich klargestellt werden, dass vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht ausgeschlossene individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) in den Verträgen vereinbart werden können. Zudem sollen auch Vereinbarungen möglich sein, die allein die Organisation der Versorgung zum Gegenstand haben (sog. Managementverträge).

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf vor, dass nicht mehr sämtliche Leistungen, die im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden können, über den Selektivvertrag vergütet werden müssen. Hierdurch werden künftig sog. „Add-on“ Vergütungsmodelle auf eine rechtmäßige Grundlage gestellt. Die Bereinigungsverfahren sollen durch Zulassung pauschalierter Bereinigungsbeträge vereinfacht werden. Die Vertragspartner sollen von einer Bereinigung zukünftig absehen können, wenn das zu bereinigende Vergütungsvolumen gering ist.

Die nach heutigem Recht den Krankenkassen auferlegte Pflicht, Teilnahmebedingungen in der Satzung zu regeln, soll aufgehoben werden. Künftig sollen die Teilnahmebedingungen ausschließlich in den Teilnahmeerklärungen enthalten sein.

Die Vorlagepflicht nach § 71 Abs. 4 SGB V soll einer auf Anforderung der Aufsichtsbehörde zu erbringenden Nachweispflicht über die Wirtschaftlichkeit der Verträge vier Jahre nach deren Wirksamwerden weichen. Die regressiven Aufsichtsrechte sollen im Fall erheblicher Rechtsverletzungen durch die Möglichkeit der Erhebung eines Zwangsgeldes zur Durchsetzung von Vertragsanpassungen oder Kündigungen gestärkt werden.

Regelung zu Hautkrebscreening für Versicherte unter 35 Jahren in einem Gesamtvertrag

Eine der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehende Krankenkasse bietet auf der Grundlage einer Anlage zum Gesamtvertrag in der KV-Region Saarland jedes zweite Kalenderjahr ein Hautkrebscreening für Versicherte unter 35 Jahren an. Es handelt sich um eine allgemeine Früherkennungsuntersuchung für Versicherte ohne Krankheitsverdacht.

Eine solche Leistung ist jedoch durch Festlegung der anspruchsbegründenden Altersgrenze (Vollendung des 35. Lebensjahres) durch den G-BA nicht Gegenstand der Regelversorgung (§ 25 Abs. 2 und 4 SGB V, Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen, § 72 SGB V). Sie zählt zu den sog. IGeL, die nicht als Gegenstand eines Gesamtvertrages geregelt werden darf.

Gegen die vom Bundesversicherungsamt letztlich im Rahmen einer aufsichtsrechtlichen Verpflichtung angestrebte Leistungsbeendigung durch Kündigung der Anlage zum Gesamtvertrag erhob die Kranken-

kasse Klage vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen. Dieses bestätigte die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes zur Rechtswidrigkeit der Leistungserbringung mit Urteil vom 26. November 2014 (Az. L 11 KA 29/13 KL).

Vergütungsniveau bei Verträgen mit nicht zugelassenen Leistungserbringern

Zum 01. Januar 2012 hat der Gesetzgeber für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung eine Leistungserbringung auch über die Zulassungsbeschränkungen der Regelversorgung hinaus im Rahmen von Satzungsleistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V eröffnet.

Diese gesetzliche Ermächtigung erlaubt Vertragsgestaltungen der Krankenkassen z.B. mit ansonsten nur für Selbstzahler zugänglichen Ärzten. Mehrere Krankenkassen im Aufsichtsbereich des Bundesversicherungsamtes nutzten dies zu Vertragsgestaltungen, um insbesondere bei Ärzten mit hohem Bekanntheitsgrad Versorgungsmöglichkeiten für ihre Versicherten zu schaffen.

Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen seiner aufsichtsrechtlichen Tätigkeit mehrere Vergütungsvereinbarungen in solchen Verträgen mit einem renommierten Arzt im Ruhrgebiet geprüft. Dabei fiel auf, dass die Vergütungen, welche für die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert wurden, teilweise weit über den Preisen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen, die Grundlage für privatärztliche Leistungen ist. Derartige Vergütungsregelungen verstoßen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot

gem. der §§ 12, 70 SGB V i.V.m. § 69 Abs. 2 SGB IV.

Auf Intervention des Bundesversicherungsamtes ist die Vergütung zum Teil deutlich nach unten korrigiert worden.

Beauftragung von externen Hilfsmittelberatern durch gesetzliche Krankenkassen

Auch im Berichtsjahr 2014 wurde die Beauftragung von externen Hilfsmittelberatern durch gesetzliche Krankenkassen vom Bundesversicherungsamt aufsichtsrechtlich aufgegriffen. In der Folge kam es zu erforderlichen Vertragsänderungen bis hin zu Vertragskündigungen.

Das Bundesversicherungsamt vertritt die Auffassung, dass für die Inanspruchnahme von externen Hilfsmittelberatern aktuell keine gesetzliche Grundlage vorhanden ist.

Die Bewertung, ob und wenn ja welches Hilfsmittel von einer Krankenkasse gem. § 33 SGB V bewilligt wird, obliegt der Krankenkasse im Rahmen ihrer hoheitlichen Aufgabe, welche ohne gesetzliche Grundlage nicht an einen Dritten ausgegliedert werden darf. Jede – auch technische – Bewertung, welches Hilfsmittel in Frage kommt, tangiert die sozialrechtliche Prüfung der Erforderlichkeit der Versorgung im Sinne der §§ 2, 12 SGB V. Ein Besuch bei dem Versicherten und damit einhergehend die Aufnahme von persönlichen und räumlichen Verhältnissen des Versicherten vor Ort sind der Krankenkasse dabei datenschutzrechtlich nicht erlaubt. Wenn bereits die Krankenkasse selbst nicht berechtigt ist, Hausbesuche bei ihren Versicherten mit

dem Ziel der Hilfsmittelberatung durchzuführen, darf dies auch nicht an einen privaten Dritten ausgegliedert werden.

Aktuell wird die Inanspruchnahme der externen Hilfsmittelberater durch das Bundesversicherungsamt jedoch nach einer Beschlussfassung unter allen Aufsichtsbehörden aufsichtsrechtlich toleriert, soweit es alleine um die Beurteilung von technischen Fragestellungen nach Aktenlage ohne die Kontaktaufnahme zum Versicherten oder z.B. zu dessen Arzt geht. Unverzichtbar ist dabei jedoch die Einholung einer schriftlichen Einverständniserklärung des Versicherten. Sofern der Versicherte sein Einverständnis verweigern sollte, darf ihm dies nicht zum Nachteil gereichen.

Outsourcing von Aufgaben der Krankenkassen auf externe Dienstleister

Im Berichtsjahr 2014 wurden auf der Basis von Feststellungen der Prüfreferate und der nach § 97 Satz 3 SGB X bestehenden Vorlagepflicht für Outsourcingverträge zahlreiche Verträge von Krankenkassen mit externen Dienstleistern durch das Bundesversicherungsamt geprüft.

Ein Prüfungsschwerpunkt war die Prüfung von Verträgen der Krankenkassen mit privaten Dritten zur Beratung von Versicherten und Arbeitgebern. Beratungsleistungen zu den Rechten und Pflichten nach dem SGB gehören zu den Kernaufgaben der Krankenkassen, die nicht ausgliederungsfähig sind. Der Wunsch der Krankenkassen, den Aufgabenbereich komplett in die Hände des Dienstleisters zu geben, stößt unabhängig vom jeweiligen Gegenstand des Vertrages

immer wieder auf rechtliche Grenzen.

Eine Vielzahl der Verträge betraf Beratungsleistungen für psychisch Kranke im Rahmen von Patientenberatungsprogrammen. Nur selten erfüllten diese Programme die gesetzlichen Voraussetzungen einer Patientenschulungsmaßnahme nach § 43 SGB V. Oftmals verstoßen derartige Dienstleistungsverträge gegen den Sozialdatenschutz und greifen im Einzelfall in das Arzt-Patienten-Verhältnis ein. Unter dem Deckmantel eines „Krankengeldfallmanagements“ werden psychisch kranke Versicherte von privaten Dienstleistern angerufen und beraten.

Besonders problematisch waren hier Verträge, bei denen die Krankenkassen den Dienstleistern die Sozialdaten ihrer Versicherten mit dem Auftrag übermittelt haben, die geeigneten Versicherten zu eruieren und dann zur Teilnahme an den Beratungsprogrammen mittels telefonischer Kontaktaufnahme zu bewegen. Für diese Datenübermittlung und -verarbeitung besteht keine Rechtsgrundlage, wenn der Versicherte nicht zuvor in die Datenübermittlung eingewilligt hat und der Erstkontakt mit dem Versicherten durch die Krankenkasse erfolgt. Im Kabinettsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) ist vorgesehen, in § 44 Abs. 4 SGB V zu regeln, dass eine individuelle Beratung der Versicherten auf private Dritte unter keinen Umständen ausgelagert werden kann.

1.4 Satzungs- und Organisationsrecht

Vereinigungsverfahren von Krankenkassen

Mit Wirkung zum 01. Januar 2014 wurden zwei Vereinigungen von Krankenkassen genehmigt. Die Bearbeitung eines weiteren Vereinigungsverfahrens erfolgte zum 01. Juli 2014.

Satzungsmehrleistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V)

Wie schon in den Vorjahren bleibt es insgesamt bei der anhaltenden Tendenz der Krankenkassen, die zusätzlichen Satzungsmehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V als ein Instrument des Leistungswettbewerbes zu nutzen. Als zusätzliche Leistungen neu in 2014 hinzugekommen sind die Kostenübernahme für chiropraktische Leistungen sowie für die neurologische Früh-Rehabilitation.

Zwei ablehnende Entscheidungen zur Kostenübernahme von Hilfsmitteln (Sehhilfen für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres) und Leistungen zur künstlichen Befruchtung für nicht verheiratete Paare in einer auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft wurden im Jahr 2014 gerichtlich überprüft. Die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes hat dabei sowohl das Landessozialgericht Hessen, Az. L 1 KR 56/13, das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Az. L 1 KR 435/12, als auch das Bundessozialgericht, Az. B 1 A 1/14 R, rechtskräftig bestätigt.

Evaluierung der Bonusprogramme

Seit dem Jahr 2004 können Krankenkassen nach § 65a SGB V für ihre Versicherten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten vorsehen.

Im Jahr 2014 haben 77 von 79 bundesunmittelbaren Krankenkassen ihren Versicherten ein Bonusprogramm mit unterschiedlichem Beginn und unterschiedlicher Gestaltung nach § 65a Abs. 1 SGB V angeboten.

Für Krankenkassen, die nach ihrer Satzung einen Bonusanspruch gewähren, verlangt § 65a Abs. 3 Satz 1 SGB V, dass die Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 1 aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Nach § 65a Abs. 3 Satz 2 SGB V haben die Krankenkassen regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Sofern keine Einsparungen erzielt werden, dürfen gem. § 65a Abs. 3 Satz 3 SGB V keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden.

Die Krankenkassen, die für ihre Versicherten einen entsprechenden Bonus vorsehen, weisen die sich hieraus ergebenden Einsparungen durch Evaluationsberichte nach. Die Dokumentation und Auswertung der Kosten und des Nutzens der vergangenen drei Jahre orientiert sich an bestimmten Kriterien, die das Bundesversicherungsamt in einem Rundschreiben vom 19. Mai 2005 vorgegeben hat.

Die durchschnittlichen Ausgaben für die

Bonusprogramme aller bundesunmittelbaren Krankenkassen sind ausgehend vom Jahr 2010 bis zum Jahr 2014 um insgesamt ca. 138 % gestiegen. Die Krankenkassen geben, gerechnet pro Kopf ihrer Versicherten, zwischen 0,47 Euro und 41,78 Euro (vorläufige Zahlen aus dem Jahr 2014) für ihre Bonusprogramme aus.

Die Auswertung der Bonusprogramme erbrachte überwiegend positive Ergebnisse, d. h. die Mehrheit der Krankenkassen konnte bisher Einsparungen durch die Bonusprogramme belegen.

In den Fällen, in denen die Programme jedoch keine oder nur unerhebliche Einsparungen erreichten oder trotz erheblicher Einsparungen wegen der dafür eingesetzten hohen Ausgaben die Effizienz nicht gegeben war, hat das Bundesversicherungsamt auf Änderung der Ausgestaltung der Bonusprogramme hingewirkt. Dies haben die betroffenen Krankenkassen zum Anlass genommen, ihre Bonusprogramme zum 01. Januar 2015 entsprechend anzupassen.

1.5 Aus dem Prüfreferat

Aufsichtsprüfung des Verfahrens bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (§ 23 Abs. 2 und Abs. 4, § 24, § 40 Abs. 2, § 41 SGB V)

Ziel der im Jahr 2014 begonnenen Aufsichtsprüfung zum o.g. Themenbereich war es festzustellen, ob die Krankenkassen hinsichtlich der Leistungsantragsbearbeitung und deren Entscheidung entsprechend der Rechtslage verfahren.

Bei den Prüfungen war u.a. festzustellen,

dass die Krankenkassen die leistungsrechtlichen Voraussetzungen in einigen Fällen nicht vollständig geprüft und dokumentiert haben. So wurden beispielsweise ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten vorzeitig vor Ablauf der nach § 23 Abs. 5 Satz 4 SGB V festgelegten Frist von drei Jahren bewilligt, ohne dass die für die Bewilligung erforderlichen dringenden medizinischen Gründe dokumentiert waren.

Die Krankenkassen haben nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) die Leistungsanträge der Versicherten innerhalb einer Bearbeitungsfrist von drei Wochen und mit Einschaltung des MDK innerhalb von fünf Wochen zu bearbeiten. Die Norm wurde durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 (BGBl. I, S. 277) eingeführt – mit dem Ziel einer gestärkten individuellen Rechtsstellung der Versicherten gegenüber den Krankenkassen. In den bislang durchgeführten Prüfungen ist positiv festzustellen, dass die Krankenkassen in der Regel die vom Gesetzgeber festgelegten Bearbeitungsfristen einhalten.

Allerdings waren bei den geprüften Krankenkassen auch Defizite bei der Erstellung von Verwaltungsakten sowie bei der Widerspruchsbearbeitung erkennbar.

Das Bundesversicherungsamt wird die Aufsichtsprüfungen zu diesem Thema fortsetzen.

Verwaltungsverfahren bei Kostenerstattungen für stationäre Behandlungen in der Schweiz (§ 13 Abs. 4 und 5 SGB V)

Versicherte können Leistungsansprüche bei vorübergehendem Aufenthalt in der Schweiz wahlweise auf Basis des überstaatlichen Rechts im Rahmen der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 sowie des innerstaatlichen Rechts im Rahmen des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V geltend machen.

Davon abweichend haben einige Krankenkassen Kostenpauschalen für gezielte Behandlungen in der Schweiz auf der Grundlage eines sog. „Lörracher Abkommens“ erstattet. Bei diesem Abkommen handelt es sich um eine Vereinbarung zwischen u.a. in Lörrach vertretenen Krankenkassen über eine von der Rechtslage abweichende Vergütung in Form von Tagespauschalen. Diese rechtswidrige Verfahrensweise hat das Bundesversicherungsamt bereits in der Vergangenheit beanstandet.

Aktuell lagen dem Bundesversicherungsamt Hinweise vor, dass diese Praxis von einigen Krankenkassen nicht aufgegeben wurde. Das Bundesversicherungsamt hat dies zum Anlass genommen, Aufsichtsprüfungen zu dieser Thematik durchzuführen.

Die Ergebnisse der ersten Aufsichtsprüfungen bestätigten, dass einige Krankenkassen nach wie vor rechtswidrig Kostenpauschalen nach dem „Lörracher Abkommen“ erstatten.

Das Bundesversicherungsamt hat die entsprechenden Krankenkassen daher aufgefordert, diese rechtswidrige Verfahrensweise abzustellen.

In diesem Zusammenhang hat das Bundesversicherungsamt zudem festgestellt, dass Erstattungen geleistet wurden, obwohl die nach § 13 Abs. 5 Satz 1 SGB V erforderliche vorherige Zustimmung der Krankenkasse nicht vorlag. Ein Anspruch auf Erstattung besteht in diesen Fällen nicht.

Daneben wurden bei vielen Krankenkassen weitere Mängel im Verwaltungsverfahren offenbar. So wurden Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 13 Abs. 4 Satz 5 SGB V) nicht immer und teilweise in unrichtiger Höhe vom Erstattungsbetrag abgezogen. Weiterhin entsprachen die Bescheide an die Versicherten in einigen Fällen nicht den gesetzlichen Anforderungen, weil sie nicht ausreichend begründet (§ 35 SGB X) und trotz belastender Elemente nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung (§ 36 SGB X) versehen waren.

Das Bundesversicherungsamt wird die Aufsichtsprüfungen zu diesem Thema fortsetzen.

Fortsetzung der Aufsichtsprüfungen zum Wettbewerbsverhalten der gesetzlichen Krankenkassen

Das Aufsichtsprüferat hat im Jahr 2014 seine örtlichen Erhebungen zum Thema Wettbewerbsverhalten der gesetzlichen Krankenkassen fortgeführt.

Maßstab sind u.a. die „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung“ (i.d.F. vom 09. November 2006), nach denen sich die wettbewerblichen Aktivitäten der Krankenkassen und ihrer Verbände zu

richten haben.

Hiernach dürfen die gesetzlichen Krankenkassen Ausgaben für Werbemaßnahmen nur bis zu einer festgelegten Höchstgrenze tätigen, die u.a. von der Zahl ihrer Mitglieder abhängt. Eine Krankenkasse hatte hierbei mehrere Jahre in Folge das zulässige Wettbewerbsbudget überschritten, in einem Jahr sogar um mehr als 80 %. Neben einem Verstoß gegen die Wettbewerbsgrundsätze wurde somit auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht hinreichend beachtet. Die Krankenkasse hat sich hiermit einen erheblichen Wettbewerbsvorteil verschafft.

Darüber hinaus haben die Krankenkassen Ausgaben für Werbemaßnahmen nach den Bestimmungen zum Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und für den Gesundheitsfonds dem Konto 7108 (Werbemaßnahmen) zuzuordnen. Bei den Aufsichtsprüfungen zeigte sich abermals, dass die Krankenkassen Ausgaben für Werbemaßnahmen nicht immer korrekt verbucht und somit ihre Gesamtausgaben für Werbemaßnahmen zu niedrig ausgewiesen hatten. So wurden in einem Fall Vergütungen für Werbeagenturen unter dem Konto 7390 (Sonstige Vergütungen an andere) verbucht, obwohl es sich eindeutig um Dienstleistungen im Zusammenhang mit Werbung gehandelt hat. Der Kontenrahmen schließt jedoch eine Verbuchung von Ausgaben für Werbemaßnahmen auf das Konto 7390 ausdrücklich aus.

Soweit ein wie auch immer gearteter Zusammenhang mit Werbemaßnahmen besteht, sind die Kosten unter 7108 zu buchen.

Nur in dem Fall, dass klar abgrenzbar nur in Bezug auf kasseninterne Belange Beratungs-/ Agenturleistungen erbracht wurden, wäre eine Verbuchung unter 7390 akzeptabel – soweit diese nicht auf „Kundenbindung“ gerichtet sind. D.h. der Maßstab der Abgrenzung ist allein inhaltlicher Natur.

Zudem wurde in zahlreichen Fällen festgestellt, dass Kosten für Flyer oder Werbeproschüren, welche eindeutig der Werbung dienen, nicht auf Konto 7108 sondern auf dem Konto 7106 (Aufklärungsmaßnahmen) verbucht und deshalb auch hier die Höhe der tatsächlich angefallenen Ausgaben für Wettbewerbsmaßnahmen verfälscht wurden. Sofern die entsprechenden Geschäftsjahre noch nicht abgeschlossen waren, wurden Korrekturbuchungen veranlasst.

Nach § 30 Abs. 1 SGB IV dürfen gesetzliche Krankenkassen nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben verwenden. Bei einer Krankenkasse wurden Verträge über Mitgliedschaften in diversen Vereinen, wie z.B. einer Werbe- oder Wirtschaftsvereinigung festgestellt. Da Mitgliedschaften in privatwirtschaftlichen Werbe- und Wirtschaftsvereinigungen nicht unter die Aufgaben im Sinne des § 30 SGB IV fallen, wurde die Krankenkasse dazu aufgefordert, die Mitgliedschaften umgehend zu kündigen.

Das Bundesversicherungsamt wird die Aufsichtsprüfungen zu diesem Thema fortsetzen.

1.6 Strukturierte Behandlungsprogramme

Auswirkungen neuer rechtlicher Entwicklungen

Vor dem Hintergrund des zum 01. Januar 2012 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) – das die unbefristete Zulassung der Behandlungsprogramme eingeführt hat – sind im Jahr 2014 weitere 325 strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) auf Antrag entfristet worden. Derzeit sind damit lediglich nur noch 236 Behandlungsprogramme (ca. 2,4 Prozent) von ca. 10.000 Programmen befristet.

Zum 01. Juli 2014 ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des G-BA in Kraft getreten, die die bisherigen Regelungen zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1) und Koronare Herzkrankheit (KHK) aus den Anlagen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) in die G-BA-Richtlinien überführt. Damit befinden sich von den indikationsspezifischen Regelungen nur noch die zu Diabetes mellitus Typ 2 (DM 2) und zum Modul Herzinsuffizienz bei KHK in den Anlagen der RSAV. Die Krankenkassen müssen insoweit im Rahmen der einjährigen Anpassungsfrist bis zum 30. Juni 2015 gem. § 137g Abs. 2 Satz 1 SGB V ihre Verträge an die Rechtsänderungen anpassen. Das Bundesversicherungsamt als Zulassungsbehörde hat damit die Aufgabe zu überprüfen, ob die Anpassungen an die neuen Regelungen innerhalb der Umsetzungsfristen rechtskonform vorgenommen wurden.

Zulassungsstand

Derzeit sind insgesamt 9.917 Programmzulassungen mit über 6,5 Mio. eingeschriebenen Versicherten, die zum Teil an mehr als einem DMP teilnehmen, erteilt.

Indikation	Zulassungen	Teilnahme am DMP	Versicherte, die in einem (oder mehreren) DMP eingeschrieben sind
Asthma bronchiale	1.673	853.727	
Brustkrebs	1.613	116.646	
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	1.684	689.628	
Diabetes mellitus Typ 1	1.556	172.775	
Diabetes mellitus Typ 2	1.717	3.969.019	
Koronare Herzkrankheit	1.674	1.764.396	
Insgesamt	9.917	6.566.191	511.158

Stand: 31. Dezember 2014

Evaluation und Qualitätssicherung

Zum 19. September 2014 ist der Beschluss zur Änderung der DMP-A-Richtlinie des G-BA in Kraft getreten, durch die die Evaluation und die Qualitätssicherung im DMP neu geregelt wird.

Bezüglich der Evaluation werden dem Bundesversicherungsamt zukünftig keine Evaluationsberichte mehr vorgelegt. Stattdessen erhält das Bundesversicherungsamt von den Evaluationsinstituten eine regionenspezifische Übersicht über die Krankenkassen, die Daten für die Evaluationsberichte vorgelegt haben. Die Durchführung der Evaluation ist nach wie vor Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der DMP-Zulassung (§ 137g Abs. 3 Satz 2 SGB V). Die „Ergebnisse“ der Evaluation sind nicht mehr Gegenstand der Prüfung durch das Bundesversicherungs-

amt.

Die Krankenkassen werden zukünftig für jede Indikation dem G-BA einen Evaluations-Gesamtbericht vorlegen (§ 6 Abs. 3 DMP-A-RL). Darüber hinaus räumt

die Richtlinie des G-BA dem Bundesversicherungsamt ein Prüfrecht gegenüber den Evaluationsinstituten ein.

Nach Inkrafttreten der G-BA-Regelungen zur Qualitätssicherung müssen jetzt erstmals zum 01. Oktober 2015 (§ 137f Abs. 4 Satz 2 SGB V) dem Bundesversicherungsamt standardisierte Qualitätsberichte – zunächst nur für DM 1 und KHK – vorgelegt werden, deren Inhalt der G-BA in seiner Richtlinie definiert hat. Auch die Vorlage der Qualitätsberichte ist – wie die Durchführung der Evaluation – eine Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der DMP-Zulassung (§ 137g Abs. 3 Satz 3 SGB V).

DMP-Eingaben im Jahr 2014

Im Jahr 2014 bezogen sich die Eingaben im Bereich DMP ausschließlich auf Beschwerden von Versicherten bezüglich der vorzeitigen bzw. zeitweiligen Beendigung ihrer Teilnahme am jeweiligen DMP durch die Krankenkasse.

In den betroffenen Fällen wurden aus verschiedenen Gründen zwei aufeinander folgende erforderliche Arztdokumentationen nicht erstellt bzw. nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben an die Krankenkassen übermittelt oder vom Arzt empfohlene Schulungen nicht wahrgenommen, was zur Ausschreibung der Versicherten aus dem Programm führte. Die Ermittlungen des Bundesversicherungsamtes ergaben, dass die Vorgehensweise der Krankenkassen in keinem der überprüften Fälle zu beanstanden war. Die Krankenkassen waren – unabhängig von der Ursache der fehlenden Dokumentationen – aufgrund der geltenden Rechtslage verpflichtet, die gesetzlichen Vorgaben zur Teilnahmebeendigung einzuhalten.

Die Stellungnahmen gegenüber den Versicherten wurden vor diesem Hintergrund auch genutzt, um die Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass ihre Krankenkasse hier ebenso ein berechtigtes Interesse an einer ununterbrochenen Teilnahme an den DMP hat.

DMP-Perspektiven

Schon länger wurde diskutiert, die bestehenden sechs DMP-Indikationen zu ergänzen.

Nun hat der G-BA beschlossen, das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG) zu beauftragen, bis zum 31. Dezember 2015 bzw. 31. März 2016 Leitlinienrecherchen zu den im Rahmen eines Priorisierungsverfahrens ausgewählten möglichen neuen Indikationen Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis, Osteoporose und chronischer Rückenschmerz durchzuführen. Dies ist der erste Schritt, die bisherigen DMP-Indikationen um mögliche vier weitere Indikationen zu ergänzen. Die Auswahl dieser vier Indikationen ist aus den rd. 40 Indikationen erfolgt, die dem G-BA vorgeschlagen wurden.

Im GKV-VSG ist zudem – durch eine Änderung des § 137f Abs. 1 SGB V – vorgesehen, das Angebot der strukturierten Behandlungsprogramme zu erweitern. Der G-BA soll bis zum 31. Dezember 2016 neue geeignete Krankheiten im Rahmen der DMP festlegen und entsprechende Richtlinien erlassen. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll der G-BA insbesondere für „Rückenleiden“ und „Depressionen“ entsprechende Regelungen treffen.

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 2014 und die Veränderung gegenüber den jeweiligen Vorjahreswerten:

Tabelle 1: Soziale Pflegeversicherung	
EINNAHMEN	Beträge in Mio. €
Beitragseinnahmen	rd. 25.830
Summe der sonstigen Einnahmen	rd. 86
Einnahmen insgesamt	rd. 25.916
AUSGABEN	Beträge in Mio. €
Leistungsausgaben	rd. 24.239
Verwaltungskosten	rd. 843
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	rd. 372
Sonstige Ausgaben	rd. 5
Ausgaben insgesamt	rd. 25.459
Jahresüberschuss	rd. 457

Tabelle 2: Soziale Pflegeversicherung Vergleich 2014 zu 2013	
EINNAHMEN	Veränderungen in v.H.
Beitragseinnahmen	+ 3,89
Summe der sonstigen Einnahmen	-11,61
Einnahmen insgesamt	+ 3,84

AUSGABEN	Veränderungen in v.H
Leistungsausgaben	+ 4,60
Verwaltungskosten	+ 5,60
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	+ 4,20
Sonstige Ausgaben	- 47,07
Ausgaben insgesamt	+ 4,62

Quelle: Statistiken PVM (Monatsübersicht Ausgleichsfonds) und PS (Monatsübersicht Pflegekassen)

Die Gesamtausgaben (Leistungsausgaben, Verwaltungskosten, Kosten des Medizinischen Dienstes und sonstige Ausgaben) der sozialen Pflegeversicherung betragen rd. 25,459 Mrd. Euro, was einem Anstieg von 4,62 % v.H. gegenüber dem Vorjahr entspricht. Hiervon entfallen auf die Leistungsausgaben rd. 24,239 Mrd. Euro, was eine Veränderung von + 4,60 % v.H. gegenüber dem Vorjahr bedeutet.

Diesen Gesamtausgaben standen Gesamteinnahmen der Pflegeversicherung in Höhe von rd. 25,916 Mrd. Euro gegenüber, die um rd. 3,84 % 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 dem 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

Zinseinnahmen und sonstige Einnahmen.

Die Gesamtbeitragseinnahmen haben sich gegenüber dem Vorjahr um rd. 3,89 % v.H. auf rd. 25,830 Mrd. Euro erhöht. Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen stiegen um rd. 4,27 % v.H. (rd. 827 Mio. Euro), die des Ausgleichsfonds stiegen um rd. 2,54 % v.H. (rd. 139 Mio. Euro).

Im Ergebnis des Jahres 2014 ergab sich in der sozialen Pflegeversicherung ein Überschuss in Höhe von rd. 457 Mio. Euro, während im Jahr 2013 ein Überschuss in Höhe von rd. 625 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 Beitragseinnahmen und sonstige Einnahmen übersteigen, die Betriebsmittel und gegebenenfalls die Rücklage aufzufüllen. Der Ausgleichsfonds zahlte zu diesem Zweck aus seinem Mittelbestand insgesamt rd. 10,184 Mrd. Euro an diese Pflegekassen zur Sicherung ihrer Liquidität aus. Dies entspricht einem monatlichen Durchschnittswert in Höhe von rd. 0,848 Mrd. Euro. Die jährlichen Werte des Transfervolumens seit 1996 können der nachstehenden Tabelle 3 entnommen werden:

Tabelle 3: Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung Jährliche Transfersumme an die Pflegekassen in Mio. Euro	
1996	4.720
1997	5.834
1998	6.692
1999	6.813
2000	7.153
2001	7.242
2002	7.574
2003	7.866
2004	8.091
2005	7.859
2006	7.474
2007	8.171
2008	8.214
2009	9.032
2010	9.504
2011	9.401
2012	9.672
2013	9.966
2014	10.148

Quelle: Statistiken PVM und PS

Entwicklung des Mittelbestandes

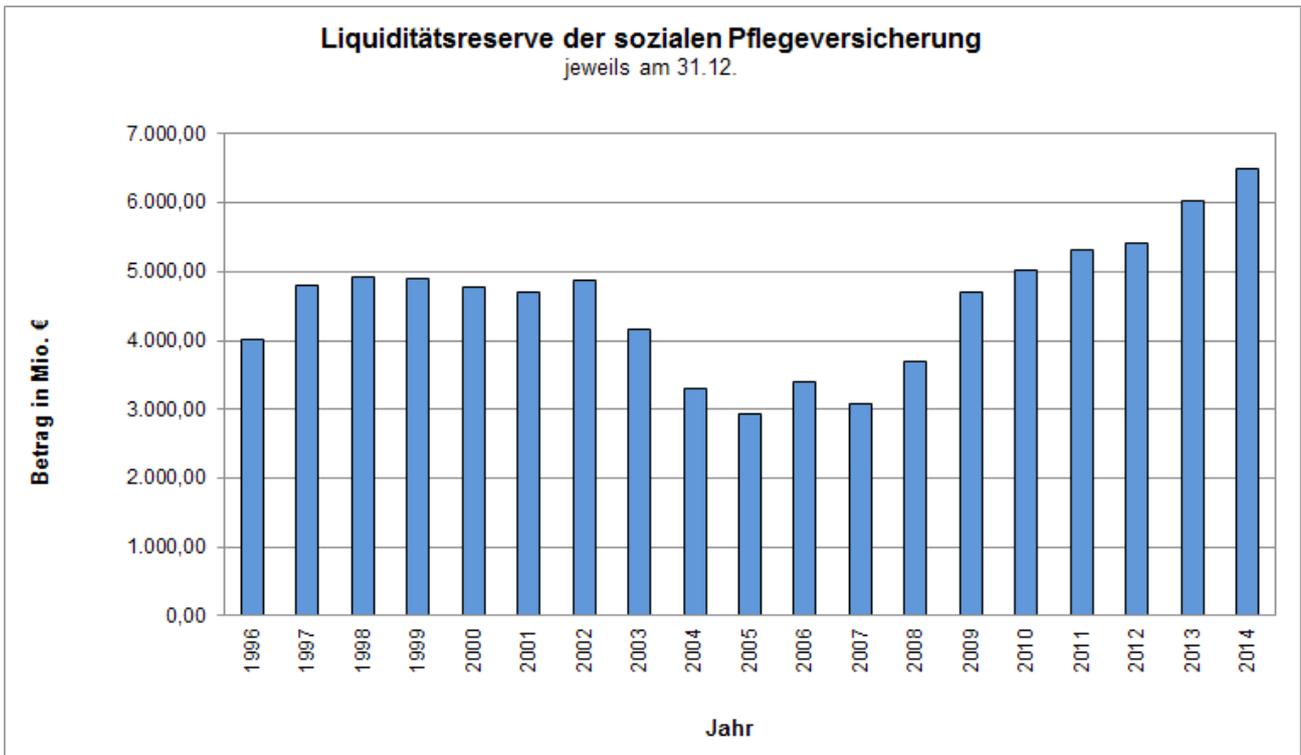
Der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung setzt sich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds und den von den Pflegekassen verwalteten Betriebsmitteln und Rücklagen zusammen. Bis zum Jahresende erhöhte sich der Mittelbestand auf rd. 6,495 Mrd. Euro. Die Entwicklung seit 1996 kann der

Tabelle 4 und dem folgenden Diagramm entnommen werden.

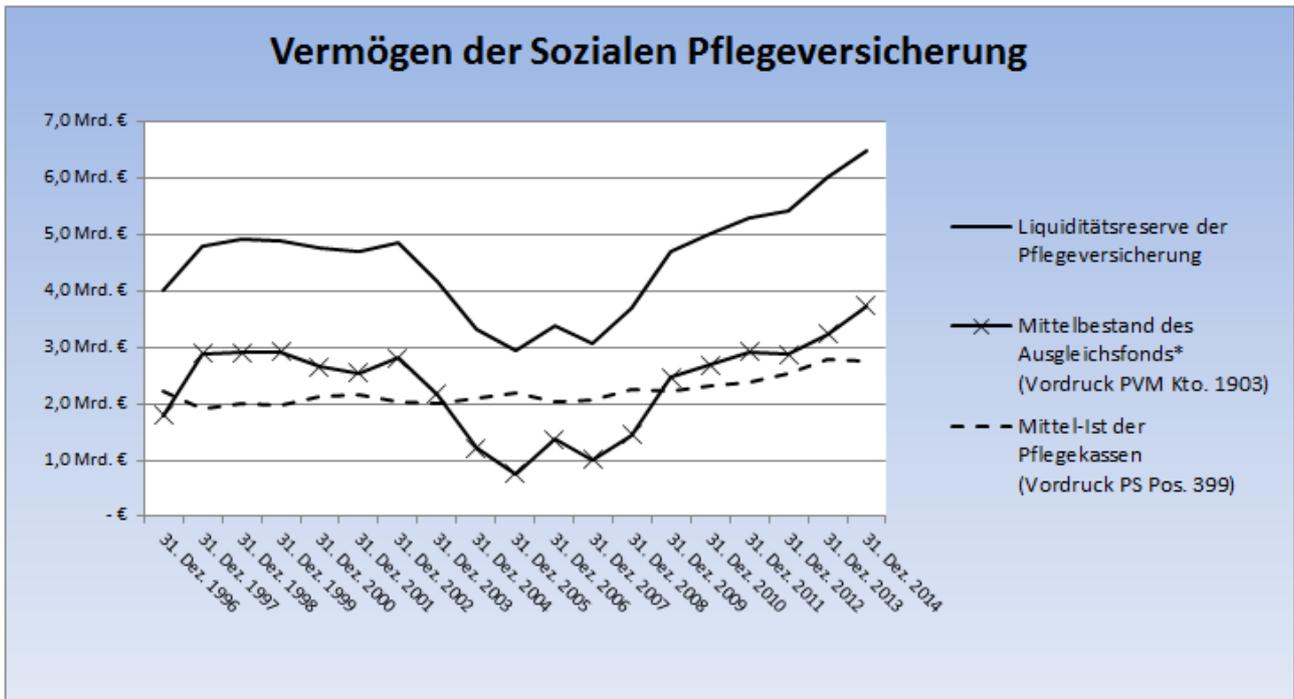
Tabelle 4: Liquiditätsreserve der sozialen Pflegeversicherung in Mio. Euro	
1996	4.017
1997	4.804
1998	4.928
1999	4.889
2000	4.769
2001	4.702
2002	4.864
2003	4.171
2004	3.311
2005	2.945
2006	3.396
2007	3.077
2008	3.703
2009	4.691
2010	5.019
2011	5.309
2012	5.418
2013	6.040
2014	6.495

Quelle: Statistiken PVM und PS

Stichtag: Jeweils 31. Dezember des Jahres



Wie sich das Vermögen zwischen den Pflegekassen und dem Ausgleichsfonds aufteilt, zeigt die folgende Grafik:



Offensichtlich ist, dass das Mittel-Ist der Pflegekassen annähernd gleichbleibend war und nur durch die jeweiligen Beitragssatzanhebungen der letzten Jahre auf ein höheres Niveau gehoben wurde. Diese Entwicklung ist beabsichtigt, denn der Zweck des Ausgleichsfonds besteht darin, durch den monatlichen Liquiditätsausgleich stets für ein ausgeglichenes Ergebnis bei den Pflegekassen zu sorgen.

Folgende markante Entwicklungen lassen sich aus der o.a. Grafik ablesen:

- 2002:
Rückzahlung des Investitionshilfedarlehens durch den Bund
- 2005:
Vorverlagerung der Fälligkeit des GSV-Beitrages
- 2005:
Erhebung des Kinderlosenzuschlages in Höhe von 0,25 v.H.
- 2008:
Beitragssatzanhebung von 1,70 v.H. auf 1,95 v.H.
- 2013:
Beitragssatzanhebung von 1,95 v.H. auf 2,05 v.H.

Anlage der Mittel des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung

Zum Stichtag 31. Dezember 2014 betrug das Gesamtanlagevolumen 3,74 Mrd. Euro. Davon entfielen 3,43 Mrd. Euro (56 einzelne Anlagepositionen) auf kurzfristige Termingeldanlagen; auf längerfristige Anlagen (6

Wertpapieranlagen zwischen 1 und 4 Jahren) entfielen 0,31 Mrd. Euro.

Durchschnittlich wickelte der Ausgleichsfonds im Berichtsjahr über seine diversen Konten pro Monat rd. 70 Transaktionen mit einem Gesamtvolumen von rd. 2 Mrd. Euro ab.

Die Anlage der Mittel erfolgt nach den für die Sozialversicherung geltenden, gesetzlich festgelegten Grundsätzen. Danach ist der Anlagesicherheit Vorrang gegenüber der Ertragserzielung einzuräumen. Die Einstufung eines Kreditinstituts in eine bestimmte Ratingklasse durch eine oder mehrere anerkannte Ratingagenturen stellt daher ein wichtiges Entscheidungskriterium im Rahmen von Anlageentscheidungen dar. Um eine möglichst breite Entscheidungsbasis insbesondere auch zur Risikoeinschätzung von Geldanlagen bei bestimmten Kreditinstituten zu erhalten, werden die Kreditinstitute zu Informationsgesprächen eingeladen, in denen u.a. die aktuellen Geschäftszahlen, die perspektivische Entwicklung der Kapitalmärkte sowie sonstige aktuelle Wirtschafts- und Finanzfragen besprochen werden. Schwerpunkte in 2014 waren u.a. die Sicherheit des Zahlungsverkehrs, das operative Risikomanagement sowie die Durchführung des Stresstests im Jahre 2014.

Fördergelder

Als besondere Aufgabe obliegt dem Ausgleichsfonds die Auszahlung der Fördergelder der sozialen Pflegeversicherung nach den folgenden gesetzlichen Regelungen:

- § 8 Abs. 3 SGB XI (Modellvorhaben des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterent-

wicklung der Pflegeversicherung),

- §§ 45c und 45d Abs. 1 SGB XI (niedrigschwellige Betreuungsangebote, Angebote des Ehrenamtes in der Pflege einschließlich Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen),
- § 45d Abs. 2 SGB XI (Angebote der Selbsthilfe in der Pflege einschließlich Modellvorhaben),
- § 45f SGB XI (Weiterentwicklung neuer Wohnformen),
- § 92c SGB XI (Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte),
- § 125 SGB XI (Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen zur häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste).
- Weiterhin überwacht das Bundesversicherungsamt gem. § 45e SGB XI den Mittelabfluss bezüglich der von den Pflegekassen im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Förderung ambulant betreuter Wohngruppen auszahlenden Fördergelder.

Die folgenden Tabellen 5 und 6 geben hinsichtlich der Förderung von Projekten nach §§ 45c und d Abs. 1 SGB XI sowie nach § 45d Abs. 2 SGB XI einen Überblick über die im Jahr 2014 geleisteten Auszahlungen:

Angebote nach §§ 45c und d Abs. 1 SGB XI (einschl. Modellvorhaben)

Tabelle 5: Niedrigschwellige Betreuungsangebote, Angebote des Ehrenamts und Modellvorhaben		
Bundesland ¹⁾	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	828	3.244
Bayern	241	953
Berlin	375	1.186
Brandenburg	112	701
Bremen	0	0
Hamburg	25	524
Hessen	157	1.456
Mecklenburg-Vorpommern	6	77
Niedersachsen	179	1.829
Nordrhein-Westfalen	154	4.051
Rheinland-Pfalz	103	368
Saarland	36	197
Sachsen	31	148
Sachsen-Anhalt	38	333
Schleswig-Holstein	93	358
Thüringen	105	305
Summe:	2.483	15.730 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 Abs. 1 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 2014 wurde für den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ein Gesamtbetrag in Höhe von rd. 862 Tausend Euro an Rückzahlungen für vergangene Jahre vereinnahmt.

Tabelle 6: Angebote nach § 45d Abs. 2 SGB XI (einschl. Modellvorhaben)

Tabelle 6: Angebote der Selbsthilfe einschließlich Modellvorhaben		
Bundesland ³⁾	Anträge	Volumen in TEUR
Baden-Württemberg	4	5
Bayern	1	0,2
Berlin	71	382
Brandenburg	20	143
Bremen	3	74
Hamburg	3	37
Hessen	2	2
Mecklenburg-Vorpommern	7	5
Niedersachsen	29	132
Nordrhein-Westfalen	0	0
Rheinland-Pfalz	0	0
Saarland	0	0
Sachsen	2	6
Sachsen-Anhalt	0	0
Schleswig-Holstein	0	0
Thüringen	4	22
Summe:	146	808,2⁴⁾

3) Für Angebote der Selbsthilfe gem. § 45d Abs. 2 SGB XI stand im Jahr 2014 ein Budget von bundesweit insgesamt 7,944 Mio. Euro zuzüglich eventueller Übertragungsanteile aus dem zurückliegenden Förderzeitraum zur Verfügung. Die Verteilung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung aufzubringenden Mittel auf die einzelnen Bundesländer erfolgt ebenfalls grundsätzlich nach dem Königsteiner Schlüssel.

4) Im Jahr 2014 wurde für den Ausgleichsfonds ein Gesamtbetrag in Höhe von rd. 5 Tausend Euro an Rückzahlungen für vergangene Jahre vereinnahmt.

Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (§ 8 Abs. 3 SGB XI)

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

Im Jahr 2014 wurden 22 Anträge des GKV-Spitzenverbandes bearbeitet.

Das Auszahlungsvolumen betrug für das Jahr 2014 insgesamt rd. 2.007 Tsd. Euro.

Weiterentwicklung neuer Wohnformen (§ 45f SGB XI)

Nach § 45f SGB XI werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds Fördermittel zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen gewährt.

Im Jahr 2014 wurden zwei Beträge in Höhe von insgesamt rd. 90 Tsd. Euro ausgezahlt.

Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste (§ 125 Abs. 1 SGB XI)

Gem. § 125 Abs. 1 SGB XI zahlt das Bundesversicherungsamt Fördergelder zugunsten von Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste aus.

Es wurden im Jahr 2014 fünf Beträge in

Höhe von insgesamt rd. 227 Tsd. Euro gewährt.

Anschubfinanzierungen Pflegestützpunkte (§ 92c Abs. 5 SGB XI)

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 auszuführen.

Im Jahr 2014 kamen Anschubfinanzierungen in einem Gesamtvolumen von rd. 95 Tsd. Euro zugunsten von 46 Pflegestützpunkten zur Auszahlung.

Es erfolgten 56 Rückzahlungen an den Ausgleichsfonds in einer Gesamthöhe von rd. 154 Tsd. Euro.

Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen (§ 45e SGB XI)

Im Jahr 2014 wurden hinsichtlich der von den Pflegekassen gem. § 45e SGB XI auszahlenden und vom Bundesversicherungsamt zu überwachenden Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen Fördermittel in Höhe von rd. 457 Tsd. Euro gewährt.

Insgesamt belaufen sich die seit Beginn der Förderung bis zum Ende des Jahres 2014 abgerufenen Beträge auf ein Gesamtvolumen von rd. 619 Tsd. Euro.

Verwaltungskosten

Die Pflegekassen sind eigenständige Sozialversicherungsträger, organisatorisch jedoch den Krankenkassen angegliedert. Nach § 46 Abs. 3 SGB XI werden die Verwaltungskosten, die den Krankenkassen hierdurch entstehen, nach einem einheitlichen Schlüssel von den Pflegekassen erstattet. Gem. § 2 Abs. 2 der Bestimmungen des GKV-Spitzenverbandes über die Verteilung der Verwaltungskostenerstattung berechnet das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben aller Pflegekassen sowie den Beitragseinnahmen des Ausgleichsfonds die Beträge, die die Pflegekassen den Krankenkassen für das abgelaufene Haushaltsjahr zu erstatten haben.

Die Berechnung erfolgt zweistufig: Zunächst wird für das jeweilige Haushaltsjahr ein vorläufiger Verwaltungskostenfaktor zur Ermittlung der Erstattungsbeträge geschätzt, nach Vorlage der Rechnungsergebnisse wird eine Schlussabrechnung durchgeführt. Im Jahr 2014 wurden die endgültigen Verwaltungskostenerstattungen für das Haushaltsjahr 2013 ermittelt.

Dabei ergab sich nachstehendes Bild:

- Die von den Pflegekassen an die Krankenkassen gezahlte vorläufige Verwaltungskostenpauschale betrug insgesamt 790.263.118,11 Euro.
- Die Verwaltungskostenschlusszahlung ergab eine zu leistende Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 803.169.890,22 Euro.

- Somit war eine Nachzahlung der Pflegekassen an die Krankenkassen in Höhe von 12.906.772,11 Euro erforderlich.
- Dies entspricht einer Nachzahlung von 1,6 %.

Die Entwicklung des vorläufigen und des endgültigen Faktors zur Berechnung der Verwaltungskostenpauschale kann der nachstehenden Tabelle 7 entnommen werden:

Tabelle 7: Entwicklung des Faktors nach § 46 Abs. 3 SGB XI über die Verteilung der Verwaltungskostenerstattung der Sozialen Pflegeversicherung (Pflege-Verwaltungskostenbestimmung)			
Jahr	vorläufiger Faktor	Verwaltungskostenschlussfaktor	Differenz
1995	0,041011	0,043258	-0,002247
1996	0,037614	0,038271	-0,000657
1997	0,037982	0,037758	0,000224
1998	0,038083	0,037360	0,000723
1999	0,037149	0,037248	-0,000099
2000	0,037178	0,037189	-0,000011
2001	0,037115	0,037231	-0,000116
2002	0,037081	0,037280	-0,000199
2003	0,037280	0,037207	0,000073
2004	0,037252	0,037190	0,000062
2005	0,037070	0,037396	-0,000326
2006	0,037256	0,037699	-0,000443
2007	0,037235	0,037354	-0,000119
2008	0,037653	0,037793	-0,000140
2009	0,037858	0,038616	-0,000758
2010	0,038403	0,038259	0,000144
2011	0,038083	0,038144	-0,000061

2012	0,037898	0,037976	-0,000078
2013	0,037952	0,038162	-0,000210
2014	0,037925		
2015	0,036855		

Ausblick

Mit Wirkung zum 01. Januar 2015 ist das Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften („Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I“, BGBl I 2014, S. 2222 ff.) in Kraft getreten. Es sieht u.a. Erweiterungen der Leistungen der Pflegeversicherung, eine Anpassung der Sach- und Geldleistungen sowie eine Erhöhung des Beitragssatzes um 0,3 Beitragssatzpunkte vor. Darüber hinaus wird bei der Bundesbank ein sog. „Pflegevorsorgefonds“ eingerichtet, mit dessen Hilfe die finanziellen Auswirkungen der demographischen Entwicklung gerechter auf die Generationen verteilt werden soll.

Für die laufende Legislaturperiode plant die Bundesregierung weiterhin ein sog. 2. „Pflegestärkungsgesetz“, das dann einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff beinhalten soll.

2.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
PV	180

Fallzahlen: Eingaben, Petitionen und Berichtssachen

2.3 Aufsicht bei den Pflegekassen

Rechtsaufsicht über die Zentrale Stelle für Pflegevorsorge (ZfP) bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

Das Bundesversicherungsamt wurde vom Gesetzgeber im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) zum 01. Januar 2014 mit einer neuen Prüfaufgabe betraut: Der Rechtsaufsicht über die ZfP gem. § 128 Abs. 5 Satz 5 SGB XI.

Die ZfP, die bei der DRV Bund angesiedelt ist, hat in Zusammenarbeit mit den privaten Versicherungsunternehmen ein maschinelles Verfahren zur Gewährung der Zulagen entwickelt. Es findet dabei ein Datenaustausch zwischen der ZfP und den privaten Versicherungsunternehmen statt, wenn die privaten Versicherungsunternehmen für ihre Versicherungsnehmer bei der ZfP – erstmals 2014 – die staatliche Zulage zu den seit 2013 abgeschlossenen Verträgen (sog. „Pflege-Bahr“-Verträge) beantragen (§§ 126 ff. SGB XI). Sind die Voraussetzungen erfüllt, erfolgt im Gegenzug die Auszahlung der Zulage an das jeweilige private Versicherungsunternehmen bzw. wenn Fehler oder eine Nichtzahlung der Zulage festgestellt wird, erfolgt eine entsprechende Mitteilung per Datensatz. Das Verfahren ist u.a. mit dem Bundesministerium für Ge-

sundheit abgestimmt, weil dieses die Zulagen sowie die Verwaltungskosten trägt.

Nach umfangreichen Vorbereitungen und Abstimmungen innerhalb des Bundesversicherungsamtes sowie der Erarbeitung von Prüfkatalogen wurden erste themenspezifische Prüfverfahren eingeleitet. Bei der Erstellung von Prüfschwerpunkten wurden Prioritäten gesetzt, die sich aus dem seit 2014 erstmals implementierten Verfahren und dessen chronologischen Ablauf ergeben. Insbesondere wurden erste Aufsichtsprüfungen zu den Themen „Finanzen, Kassensicherheit, Schwachstellenanalyse“ sowie „Rückforderung von Zulagen“ eingeleitet.

Die privaten Versicherungsunternehmen haben gegenüber der ZfP zurückgeforderte Zulagen zum 10. Juni bzw. 10. Dezember eines Jahres zu zahlen (§ 128 Abs. 2 Satz 9 SGB XI, § 8 Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung (PflvDV)).

Ein weiterer Prüfkatalog zum Thema „Festsetzungsverfahren“ gem. § 128 Abs. 2 Satz 9 bis 13 SGB XI, § 5 PflvDV ist erstellt: Kommt die ZfP zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf eine Zulage besteht oder bestanden hat, wird das private Versicherungsunternehmen von der ZfP per Datensatz informiert (§ 128 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Stellt der Versicherungsnehmer jedoch bei seinem privaten Versicherungsunternehmen innerhalb eines Jahres einen entsprechenden Antrag, erlässt die ZfP einen Bescheid, der auch dem privaten Versicherungsunternehmen mitgeteilt wird (sog. Festsetzungsverfahren).

Unabhängig von den bisher erstellten Prüfkatalogen bzw. eingeleiteten Prüfverfahren werden von der Rechtsaufsicht weitere rechtliche Aspekte geprüft. Dies sind z.B. die Kommunikationshandbücher der DRV Bund, der Internetauftritt der ZfP sowie die dortigen Verfahrensbeschreibungen, Arbeits- und Dienstanweisungen.

Versicherungsrechtliche Beurteilung von weitergegebenem Pflegegeld der sog. Pflegestufe „0“

Eine steigende Anzahl von Pflegebedürftigen (laut Barmer GEK-Pflegereport 2014 und Angaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen rd. 70.000 Personen) erhält derzeit verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI. Dieser Personenkreis wird überwiegend zu Hause gepflegt, so dass in der Regel Pflegegeld in Höhe von 120 Euro nach § 123 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI gezahlt wird. Die Pflegebedürftigen geben diesen Betrag üblicherweise an die Personen weiter, welche die Pflege bzw. Betreuung erbringen. Bisher wurde diese nicht erwerbsmäßige Pflege- bzw. Betreuungstätigkeit nur dann als nicht versicherungspflichtig im Sinne einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8a SGB IV erachtet, wenn die Pflege durch Angehörige und Verwandte erbracht wurde. Begründet wurde dies damit, dass es sich um eine finanzielle Anerkennung und keine adäquate Gegenleistung handelt (s.a. Gesetzesbegründung zum Pflege-Versicherungsgesetz, BT-Drs. 12/5262, S. 112). Bei Weitergabe an sonstige Personen (z.B. Nachbarn) wurde dagegen darauf abgestellt, dass der Hilfebedarf der Pflegestufe „0“ nicht die Voraussetzungen

einer Pflegestufe im Sinne des § 15 SGB XI erfülle und die Personen, die entsprechende Pflege oder Betreuung erbringen, demzufolge auch keine Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI seien.

Diese Differenzierung war nicht nachvollziehbar. Nach der Gesetzesintention sollte allgemein die Pflegebereitschaft gestärkt werden, gerade auch von Dritten und nicht nur von Angehörigen. Dem in der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem geltenden Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann nämlich nur Rechnung getragen werden, wenn genügend Personen bereit sind, die im Sinne des SGB XI erforderliche Pflege und Betreuung „ehrenamtlich“ zu übernehmen. Diese Gesetzesintention wird konterkariert, wenn zwar die Weitergabe des höheren Pflegegeldes der Pflegestufen I - III gem. § 37 SGB XI keine Versicherungspflicht begründet, wohl aber die deutlich geringere Geldleistung der Pflegestufe „0“ in Höhe von 120 Euro nach § 123 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI. Hinzu kommt, dass es sich bei einer derartigen Pflege und Betreuung nicht um eine Tätigkeit im Sinne einer abhängigen Beschäftigung gem. § 7 SGB IV handelt. Es besteht weder eine Weisungsgebundenheit noch eine Eingliederung in einen Arbeitsprozess und es wird auch kein Arbeitsentgelt gezahlt.

Aufgrund der Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes hat der betroffene Träger seine Arbeitsanweisungen geändert und wird in derartigen Fällen keine Versicherungspflicht mehr annehmen.

2.4 Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) – Ergebnis der Prüfungen des Prüfdienstes Kranken- und Pflegeversicherung 2013 und 2014 zur Umsetzung des PNG

Ein Handlungsschwerpunkt des Prüfdienstes Kranken- und Pflegeversicherung im Jahr 2013 war die Etablierung neuer Prüfansätze aus dem PNG. Dazu wurden die zentralen Inhalte des PNG in acht Themenbereiche (Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, Ausweitung der Beratungspflichten, Erweiterung des Personenkreises der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen, Stärkung neuer Wohnformen, Stärkung der häuslichen Pflege, Neuerungen und Ergänzungen im Begutachtungsverfahren, Häusliche Betreuung, Häusliche Pflege durch Einzelpersonen) aufgeteilt und mit Prüffragen hinterlegt. Die Ergebnisse der Prüfungen, die in den Jahren 2013 und 2014 bei 27 Pflegekassen durchgeführt wurden, lassen sich wie folgt zusammenfassen.

2.4.1 Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Mit der Einführung des § 123 SGB XI durch das PNG wurde eine Übergangsregelung geschaffen, mit der die Leistungen insbesondere für demenziell erkrankte Menschen ausgeweitet und verbessert werden sollen. Diese Übergangsregelung soll bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes gelten, das eine Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eines ent-

sprechenden Begutachtungsverfahrens vorsieht.

Sie hat zum Inhalt, dass Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen pauschal erhöhten Leistungsbetrag (Pflegegeld bzw. Pflegesachleistung) erhalten. Daneben haben Personen, die bisher „lediglich“ die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllt haben (sog. Pflegestufe 0), neben den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI erstmals einen Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen bzw. Kombinationsleistungen sowie Leistungen der Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.

Ziel der Prüfungen des Bundesversicherungsamtes war es u.a. festzustellen, ob die vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünschte Ausweitung der Leistung den betroffenen Personenkreis auch erreicht. So konnte vereinzelt festgestellt werden, dass es bei der Ermittlung des anspruchsberechtigten Personenkreises zu Problemen kam. Ursächlich waren hier u.a. Einschränkungen in den Auswertungsmöglichkeiten der Datenverarbeitungssysteme. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen wurde z.B. nicht systematisch geprüft, ob sie auch zum leistungsberechtigten Personenkreis nach § 45a SGB XI gehören und damit zusätzliche Leistungsansprüche nach § 123 SGB XI haben.

In der Regel wurden die Versicherten angeschrieben, über die Leistung nach § 123 SGB XI informiert und gebeten, sich für eine dieser Leistungen (Pflegegeld nach

§ 37 SGB XI, Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI, Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI) zu entscheiden. Dabei wurde es teilweise unterlassen, über den sich aus § 123 Abs. 2 SGB XI ergebenden Anspruch auf Leistungen der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) sowie auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und den Anspruch auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) zu informieren und aufzuklären. Das Bundesversicherungsamt hat die geprüften Pflegekassen auf diese Defizite aufmerksam gemacht und empfohlen, den anspruchsberechtigten Personenkreis vollständig über die Leistungen nach § 123 SGB XI zu informieren.

2.4.2 Ausweitung der Beratungspflichten

Mit der Ergänzung des § 7 Abs. 2 SGB XI durch das PNG zielte der Gesetzgeber insbesondere auf die für den Versicherten „verständliche“ Art und Weise der Information über alle mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen ab. Dies umfasst auch die Information über den Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung nach § 18a Abs. 1 SGB XI.

Durch die Neueinführung des § 7b SGB XI sollte eine möglichst frühzeitige Beratung der Antragsteller gewährleistet werden. Die Pflegekassen haben dazu innerhalb von zwei Wochen einen Ansprechpartner sowie einen konkreten Termin für eine umfassende Beratung anzubieten. Alternativ wird den Pflegekassen die Möglichkeit eingeräumt, den Versicherten sog. Beratungsgut-

scheine zu übermitteln. Mit diesen können die Versicherten qualifizierte und unabhängige Beratungsstellen in Anspruch nehmen. Dabei hat sich die Beratung durch Dritte auch nach den Anforderungen der §§ 7 und 7a SGB XI zu richten.

Bereits durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 wurde mit der Einführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI die Möglichkeit eines Fallmanagements mit umfangreicher Beratung und Erstellung eines Versorgungsplans für den Pflegebedürftigen geschaffen. Wie der Gesetzesbegründung zu § 7b SGB XI zu entnehmen ist, hat dies jedoch nicht im gewünschten Maße zur Verbesserung der Information der Antragsteller geführt. Die Pflichten der Pflegekassen nach §§ 7 bzw. 7a SGB XI bleiben von der Neuregelung unberührt. Vielmehr ist es das Ziel des Gesetzgebers, die Pflegekassen mit der Einführung des § 7b SGB XI verbindlich und nachweisbar zu verpflichten, ihrer Beratungspflicht nachzukommen.

Die Umsetzung des § 7a SGB XI (Pflegeberatung) durch die Pflegekassen wurde bisher bereits intensiv durch den Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung geprüft. Dabei konnte u.a. festgestellt werden, dass die Pflegekassen ihrem Beratungsauftrag nicht durchgängig nachgekommen sind. Teilweise wurde die Möglichkeit genutzt, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auf Dritte auszulagern, womit Einflussmöglichkeiten der Pflegekassen häufig verloren gingen.

Auch bei der Umsetzung des mit dem PNG neu eingeführten § 7b SGB XI konnte das Bundesversicherungsamt feststellen, dass

der Großteil der Pflegekassen (19 von 27 geprüften Pflegekassen) die Beratung nach § 7b SGB XI auf Dienstleister ausgelagert hat. Dabei wurden in der Regel die bereits bestehenden Verträge über die Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI hinsichtlich der Umsetzung der Beratung nach § 7b SGB XI ergänzt bzw. erweitert. Der Prüfdienst hat die entsprechenden Verträge bzw. Ergänzungsvereinbarungen zur Prüfung an das zuständige Aufsichtsreferat im Bundesversicherungsamt weitergeleitet. Die Abstimmung über die Inhalte der Verträge dauert in einigen Fällen noch an.

Einige Pflegekassen informieren entweder mit Übersendung des Antragsformulars oder aber nach Eingang des Antrages über den Anspruch auf Pflegeberatung und bitten um Mitteilung, ob diese gewünscht ist. Teilweise wird dabei eine Anlage übersandt, in der die Antragsteller ihr Interesse an dem Beratungsangebot erklären können.

2.4.3 Erweiterung des Personenkreises der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen

Durch die Änderung der §§ 19 und 44 SGB XI wird die Addition der Pflegezeiten von zwei oder mehr Pflegebedürftigen möglich, wenn die Pflege pro Pflegebedürftigem jeweils unter 14 Stunden liegt. Bisher war dies nicht möglich und hatte zur Folge, dass z.B. für eine Pflegeperson, die zwei behinderte Kinder jeweils unter 14 Stunden wöchentlich pflegte, keine Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet wurden. Die Neuregelung wurde eingeführt, um die Belastung durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger durch Beiträge zur Rentenversicherung aus-

reichend zu würdigen.

Für die Pflegekassen bedeutet dies, dass sie zunächst prüfen müssen, ob durch diese Gesetzesänderung ein Leistungsanspruch entstanden ist, da diese Regelung nicht nur für neue Fälle, sondern auch für sog. Bestandsfälle gilt. Dies gestaltet sich aufgrund fehlender technischer Auswertungsmöglichkeiten in der Praxis sehr schwierig. Die Pflegekassen überprüfen daher in der Regel die laufenden Fälle im Rahmen anstehender Bearbeitungen. Die Pflegepersonen werden angeschrieben und entsprechend informiert.

Einige der geprüften Pflegekassen haben die Versicherten über die Neuregelungen des PNG in ihrer Mitgliederzeitschrift informiert. Das Bundesversicherungsamt betrachtet die gewählte Vorgehensweise als ausreichend.

2.4.4 Stärkung neuer Wohnformen

Im Interesse vieler Pflegebedürftiger soll die Möglichkeit neuer Wohn- und Betreuungsformen, deren Ausrichtung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung liegt, gefördert werden. Gleichzeitig wird damit zur Vermeidung von stationärer Pflege beigetragen.

Dazu wird im Rahmen einer Anschubfinanzierung nach § 45e SGB XI die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen von mindestens drei Pflegebedürftigen mit bis zu 2.500 Euro pro Pflegebedürftigen gefördert. Der Gesamtbetrag ist pro Wohngruppe auf 10.000 Euro beschränkt. Das Budget zur Förderung ist begrenzt auf 30 Mio. Euro. Der o.g. Betrag wird zusätzlich zum

Betrag nach § 40 Abs. 4 SGB XI (Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes) gezahlt. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen neben dem Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen bzw. Pflegegeld einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro, wenn in der Wohngruppe mindestens eine Pflegekraft pflegerische, organisatorische oder verwaltende Tätigkeiten verrichtet.

Aufgrund der begrenzten Mittel zur Förderung der Wohngruppen hat das Bundesversicherungsamt geprüft, ob und in welcher Höhe die Pflegekassen Leistungen erbringen. Die Prüfung ergab, dass die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen bisher nur sehr vereinzelt in Anspruch genommen wurde.

Hinsichtlich der zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI stellte das Bundesversicherungsamt fest, dass die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen durch die Pflegekassen anhand von Antragsformularen vorgenommen wird, mit denen sehr weitgehende Informationen (z.B. namentliche Nennung der Mitbewohner – teilweise mit Unterschrift –, Angabe der Pflegestufe und der zuständigen Pflegekasse) abgefragt werden.

Diese Verfahrensweise begegnet erheblichen datenschutzrechtlichen Bedenken, wie dies beispielsweise die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gegenüber einer Pflegekasse zum Ausdruck gebracht hat. Auch aus der Regelung des § 38a Abs. 2 SGB XI, nach der kei-

ne ambulante Versorgungsform im Sinne des § 38a Abs. 1 SGB XI vorliegt, wenn die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt ist, haben sich bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen durch die Pflegekassen Probleme ergeben.

Einige Pflegekassen fordern sowohl den Mietvertrag als auch den mit dem Leistungserbringer abgeschlossenen Vertrag an und lehnen die Zahlung des Wohngruppenzuschlages ab, wenn z.B. der Leistungserbringer zugleich Betreiber, Vermieter und Erbringer der Pflegeleistungen ist. Andere Pflegekassen wiederum bewilligen den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI ohne zu prüfen, ob die tatsächliche freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen gegeben ist. Damit ergeben sich gravierende Unterschiede in der Bewertung der Anspruchsvoraussetzungen bei der Genehmigung des Wohngruppenzuschlages.

Mit der grundlegenden Änderung des § 38a SGB XI durch das Pflegestärkungsgesetz I hat der Gesetzgeber bereits auf die o.g. Probleme reagiert, indem u.a. die zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen notwendigen Angaben in § 38a Abs. 2 SGB XI abschließend benannt wurden.

2.4.5 Stärkung der häuslichen Pflege

Das PNG enthält verschiedene Regelungen, die zur Stärkung der häuslichen Pflege beitragen sollen. Durch die Ergänzung des § 41 Abs. 7 SGB XI wird klargestellt, dass bei der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen sowie Leistungen der Tages- und Nachtpflege die Vergütungen

für ambulante Pflegesachleistungen vorrangig zu zahlen sind. Dies trägt dem Grundsatz „ambulant“ vor „stationär“ Rechnung. In der Vergangenheit haben sich hierzu Fragen und Unklarheiten ergeben. Das Bundesversicherungsamt hat bei seinen Prüfungen festgestellt, dass die Pflegekassen, bis auf wenige Ausnahmen, diese Regelung umsetzen.

Die Ergänzung des § 42 Abs. 4 SGB XI ermöglicht es, dass bei einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von pflegenden Angehörigen gleichzeitig auch der Pflegebedürftige mit in der Einrichtung, die keine Zulassung nach dem SGB XI hat, gepflegt werden kann. Durch diese Gesetzesänderung soll es pflegenden Angehörigen ermöglicht werden, notwendige Rehabilitationsmöglichkeiten auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen und die Gewissheit zu haben, dass die Versorgung des Pflegebedürftigen in ihrer Nähe sichergestellt ist. Damit wird das Ziel verfolgt, die Pflegebereitschaft und -fähigkeit der Pflegeperson zu stärken und zu erhalten und somit die häusliche Pflege weiterhin sicherzustellen.

Über die Umsetzung dieser Neuregelung durch die Pflegekassen kann derzeit noch keine Aussage getroffen werden. Derzeit ist eine Tendenz zu erkennen, dass diese Neuregelung von Seiten der Pflegepersonen äußerst zurückhaltend in Anspruch genommen wird.

2.4.6 Neuerungen und Ergänzungen im Begutachtungsverfahren

Einsatz unabhängiger Gutachter

Durch die Änderungen des § 18 SGB XI können die Pflegekassen neben dem MDK auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit beauftragen.

Bisher hat keine der vom Bundesversicherungsamt geprüften Pflegekassen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Als Begründung haben die Pflegekassen geltend gemacht, dass diese „unabhängigen Gutachter“ am Markt nicht verfügbar seien.

Einhaltung der Fünf-Wochen-Frist und Zahlung bei Fristüberschreitung

Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags schriftlich mitzuteilen. Dabei hat der Antragsteller nunmehr ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid auch das Gutachten des MDK bzw. des unabhängigen Gutachters übermittelt wird. Wird die o.g. Frist von fünf Wochen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach § 18 Abs. 3b SGB XI für jede angefangene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen.

Im Rahmen der Prüfungen des Bundesversicherungsamtes konnte festgestellt werden, dass es unmittelbar nach der Einführung der „Strafzahlung“ des § 18 Abs. 3b SGB XI bei vielen Pflegekassen zur Überschreitung der Frist nach § 18 Abs. 3 SGB XI gekommen ist. Ursächlich waren sowohl lange Bearbeitungszeiten bei der Pflegekasse selbst

als auch beim MDK. Um die gesetzlich normierte Frist einhalten zu können, haben einige Pflegekassen versucht, über ihre Verbände auf den MDK einzuwirken.

In der Zwischenzeit lassen die Prüfergebnisse des Bundesversicherungsamtes darauf schließen, dass sich die Situation verbessert hat. Hinsichtlich der nach § 18 Abs. 3b SGB XI bei Fristüberschreitung fälligen Zahlung von 70 Euro für jede angefangene Woche konnte das Bundesversicherungsamt feststellen, dass der Großteil der Pflegekassen diese Zahlungen eigeninitiativ vornimmt. Bei einigen wenigen Pflegekassen wurden diese Zahlungen aufgrund von personellen Engpässen zum Zeitpunkt der Prüfung des Bundesversicherungsamtes noch nicht berechnet und ausgezahlt. Vereinzelt haben Pflegekassen die ab dem 01. Januar 2013 eingeführte Regelung erst verspätet umgesetzt und beispielsweise erst ab Anfang 2014 die Zahlung geleistet. Sehr vereinzelt haben Pflegekassen in ihrer Dienstanweisung festgelegt, dass erst „auf Anforderung durch den Versicherten“ bzw. auf Antrag des Versicherten gezahlt wird. Diese Verfahrensweise ist nicht gesetzeskonform und wurde vom Bundesversicherungsamt aufgegriffen.

Eine Pflegekasse hat in ihrer Arbeitsanweisung eine einheitliche Regelung zur Ermittlung der Frist zur Entscheidung über einen Leistungsantrag bzw. zur Ermittlung der Höhe der Zusatzzahlungen festgelegt. Jedoch verfahren nicht alle Geschäftsstellen der Pflegekasse konsequent nach dieser internen Arbeitsanweisung, so dass es zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten kommt. Das Bundesversicherungsamt

hat die Anwendung einer einheitlichen und rechtmäßigen Fristberechnung empfohlen.

Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung

Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind nach § 18 Abs. 6 Satz 3 SGB XI durch den MDK bzw. den unabhängigen Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Diese ist dem Pflegebedürftigen nach § 18a Abs. 1 SGB XI von der Pflegekasse zu übermitteln. Die Pflegekasse hat umfassend und begründet Stellung zu nehmen, inwieweit die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist.

Bereits in der Vergangenheit war die Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“, der durch das PNG nochmals eine Stärkung erfahren hat, Gegenstand der Prüfungen und Beratungen durch den Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung. Dabei wurde regelmäßig festgestellt, dass die Beachtung dieses Grundsatzes sowie eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit der Thematik von Seiten der Pflegekassen häufig unterblieben sind. Hinsichtlich der Umsetzung der Neuregelungen des PNG konnte das Bundesversicherungsamt bei einigen wenigen Pflegekassen feststellen, dass die Gesetzesänderung noch „nicht gelebt wird“. Sie verzichteten auf eine Information des Pflegebedürftigen über Rehabilitationsmöglichkeiten sowie die Übersendung der positiven Rehabilitationsempfehlung des MDK.

Einige Pflegekassen übersenden das MDK-Gutachten sowie eine eventuell vorhandene

positive Rehabilitationsempfehlung kommentarlos. Andere Pflegekassen wiederum leiten die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des MDK mit einer Stellungnahme, in der sie die zukünftigen Maßnahmen erläutern sowie einer entsprechenden Einverständniserklärung an den Pflegebedürftigen weiter. Zeitgleich wird auch der Rehabilitationsträger informiert. Dabei wird die Empfehlung zur Rehabilitation von einigen Pflegekassen auch konsequent vom MDK eingefordert. Die Prüfergebnisse zeigen somit ein eher heterogenes Bild, was das Bundesversicherungsamt darin bestätigt, die Pflegekassen weiterhin hinsichtlich der Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ zu beraten.

2.4.7 Häusliche Betreuung als neue Sachleistung

Aufgrund der Neuerungen des § 124 SGB XI können Pflegebedürftige im Rahmen des ambulanten Pflegesachleistungsanspruches neben Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung auch häusliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Dabei handelt es sich u.a. um Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen oder um Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere zur Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur. Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz können diese Leistung zusätzlich zu den niedrigschwelligen Angeboten nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen. Diese Maßnahme trägt damit zur Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme und zur Entlastung der

Pflegepersonen bei.

Eine weitere damit verbundene Zielsetzung ist die Stärkung der Bereitschaft zur häuslichen Pflege. Auch hier handelt es sich um eine Übergangsregelung, die bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes gilt, das eine Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens vorsieht.

Bei den Prüfungen des Prüfdienstes konnte festgestellt werden, dass viele Pflegekassen der Pflicht zur grundsätzlichen Information über den Anspruch und das Leistungsangebot nach § 124 SGB XI nicht nachkommen. Die Leistung nach § 124 SGB XI darf grundsätzlich nur von zugelassenen Pflegediensten im Rahmen der entsprechenden Verträge mit den Landesverbänden der Pflegekassen und unter Beachtung entsprechender Qualitätssicherungsvorgaben erbracht werden.

Aufgrund ungeklärter Fragen im Zusammenhang mit der Vergütung dieser Leistungen ist es bisher nur zögerlich zum Abschluss solcher Verträge gekommen. Damit steht diese Leistung den Pflegebedürftigen de facto nur eingeschränkt zur Verfügung. Eine Pflegekasse hat bereits Leistungen für häusliche Betreuung übernommen und sich bei der Bezahlung an den Stundensätzen der Pflegedienste für zusätzliche Betreuungsleistungen orientiert.

2.4.8 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

Durch die Änderung des § 77 SGB XI von einer Kann- zu einer Sollvorschrift sind die Pflegekassen verstärkt aufgefordert, Verträge mit Einzelpflegekräften zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung unter Beachtung der in Absatz 1 der Vorschrift genannten Voraussetzungen zu schließen.

Bisher haben von den 27 geprüften Pflegekassen lediglich zwei Pflegekassen die Regelung des § 77 SGB XI genutzt und Verträge mit Einzelpflegekräften abgeschlossen. Hintergrund dieser zurückhaltenden Umsetzung durch die Pflegekassen könnten die für Einzelpflegekräfte vergleichbar hohen Qualitätsanforderungen sowie deren Kontrolle sein, denen diese nach § 112 SGB XI ebenfalls unterliegen.

2.5 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 117.306 Meldungen erstattet. Die Anzahl der Meldungen ist damit im Vergleich zum Vorjahr gesunken, bleibt aber auf hohem Niveau. Weit überwiegend handelt es sich dabei um Meldungen aufgrund eines Prämienverzuges der Versicherungsnehmer.

Die dem Bundesversicherungsamt erstatteten Meldungen werden zur weiteren Verfolgung bzw. Ahndung einer Ordnungswidrigkeit (§ 121 SGB XI) an die nach Landesrecht bestimmten Bußgeldstellen weitergeleitet. Diese entscheiden in eigener Zuständigkeit über die Verhängung einer Geldbuße.

Implementierung eines neuen elektronischen Meldeverfahrens

Im Berichtsjahr wurden die Meldungen immer noch überwiegend in Papierform abgegeben. Um diesen Ressourcenaufwand zu begrenzen und das Meldeverfahren für alle Beteiligten zu vereinfachen, wird derzeit ein neues elektronisches Meldeverfahren erarbeitet. Dazu wird das Bundesversicherungsamt gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen und repräsentativen Mitgliedsunternehmen eine Arbeitsgruppe einrichten. Diese erarbeitet unter Federführung des Bundesversicherungsamtes ein dem Stand der Technik entsprechendes elektronisches Verfahren.

Dabei soll das Meldeverfahren so ausgestal-

tet werden, dass weniger manuelle Eingriffe erforderlich sind sowie Rückfragen und fehlerhafte Eingaben vermieden werden können.

Die Teilnahme der Bußgeldstellen in den Bundesländern an dem elektronischen Meldeverfahren im Rahmen ihrer Möglichkeit hat sich bereits verstärkt. Bis zum 01. Oktober 2015 soll erreicht werden, dass alle Bußgeldstellen an dem elektronischen Verfahren teilnehmen.

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 ersetzte 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 2014 wird die Lastenverteilung erstmals vollständig zu 100 % (2013: 90 %, 2012: 75 %, 2011: 60 %, 2010: 45 %, 2009: 30 %, 2008: 15 %) berücksichtigt. Der alte Lastenausgleich entfällt damit erstmals im Ausgleichsjahr 2014 (2013: 10 %, 2012: 25 %, 2011: 40 %, 2010: 55 %, 2009: 70 %, 2008: 85 %).

Jede Berufsgenossenschaft trägt im Rahmen der Lastenverteilung – unter Beibehaltung des Branchenprinzips und der primären Verantwortlichkeit der einzelnen Gewerbebezüge für die von ihnen verursachten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten – eigene Rentenlasten entsprechend ihrer aktuellen Wirtschaftsstruktur. Alte Lasten (sog. Überaltlast), die hierzu nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis stehen, werden von allen Berufsgenossenschaften gemeinsam getragen. Für das Ausgleichsjahr 2014 hat das Bundesversicherungsamt im März

2015 die Lastenverteilung berechnet. Insgesamt wurden rd. 754 Mio. Euro von sechs ausgleichspflichtigen Berufsgenossenschaften auf drei ausgleichsberechtigte Berufsgenossenschaften umverteilt (Ausgleichsjahr 2013: 693 Mio. Euro, Ausgleichsjahr 2012: 591 Mio. Euro). Die Ergebnisse sind im Einzelnen in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Lastenverteilung 2014	
Berufsgenossenschaft	Ausgleichsbeträge ^{*)}
Rohstoffe und chemische Industrie	410.274.508,16 €
Holz und Metall	- 15.085.257,96 €
Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse	- 105.731.605,45 €
Nahrungsmittel und Gastgewerbe	7.948.592,05 €
Bauwirtschaft	336.042.532,50 €
Handel und Warendistribution	- 151.427.761,52 €
Verwaltung	- 373.293.953,19 €
Transport und Verkehrswirtschaft	- 22.691.038,31 €
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	- 86.036.016,28 €

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

3.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
UV	302

Fallzahlen: Eingaben, Petitionen und Berichtssachen

3.3 Satzungsrecht und Aufsichtsangelegenheiten

Gefahrtarifangelegenheiten

Im vorliegenden Berichtsjahr wurde beim Bundesversicherungsamt ein Gefahr tariff zur Genehmigung vorgelegt. Zunächst reichte der betroffene Unfallversicherungsträger zu Beginn des Berichtsjahres frühzeitig den Entwurf seines neuen Gefahr tariffs mit der Bitte um Vorprüfung ein. Im Falle einer Einbindung in diesem Stadium ist es dem Bundesversicherungsamt möglich, Rechtsfragen vorab zu klären, die Träger frühzeitig auf ggfs. bestehende Genehmigungshindernisse hinzuweisen und eine Lösung zu erarbeiten. Dieses Vorgehen ist von besonderem Vorteil, wenn eine bedeutende Veränderung des bisherigen Gefahr tariffs beabsichtigt ist. So war es in diesem Fall. Die Berufsgenossenschaft wollte ihre bisher noch getrennt veranlagten früheren Zuständigkeitsbereiche in einen ersten gemeinsamen Gefahr tariff zusammenfassen.

Dieser Unfallversicherungsträger ist infolge einer stufenweisen Vereinigung entstanden. Der Gesetzgeber räumt den Berufsgenossenschaften gem. § 118 Abs. 1 Satz 4 SGB VII im Falle einer Vereinigung die Möglichkeit ein, für einen Übergangszeitraum von höchstens zwölf Jahren unterschiedliche Berechnungsgrundlagen für die Beiträge betreffend die bisherigen Zuständigkeitsbereiche der fusionierten Berufsgenossenschaften zu vereinbaren. Eine damit zulässige schrittweise Angleichung der Beiträge soll Beitragsmehrbelastungen für einzelne Gewerbe zweige einer oder mehrerer der Rechtsvorgängerinnen zumindest

zeitlich strecken und abfedern (Quabach, in: jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 118 SGB VII Rn. 48). Davon war vorliegend Gebrauch gemacht worden.

Im Laufe des Berichtsjahres beantragte dann die Berufsgenossenschaft innerhalb der gesetzlich eingeräumten Übergangsfrist die Genehmigung des vorgeprüften ersten gemeinsamen Gefahr tariffs, welche vom Bundesversicherungsamt auch erteilt wurde. Damit unternahm der Unfallversicherungsträger einen weiteren wichtigen Schritt hinsichtlich seines Zusammenwachsens.

Inhaltlich interessant war dabei u.a. die gleichmäßige Verteilung der sog. – derzeit noch vorhandenen, aber kontinuierlich absinkenden – DDR-Altlasten und die Frage nach der Relevanz der Streichung des § 215 Abs. 9 SGB VII (Finanzierung der Rentenaltlasten aus dem Beitrittsgebiet) zum 01. Januar 2014. Die durchgeführte Prüfung ergab, dass die entfallene Regelung vorliegend ohne Bedeutung war. Vielmehr knüpfte das Bundesversicherungsamt aufgrund der vom Träger zulässigerweise gewählten alternativen Methode auf die im Tätigkeitsbericht für das Berichtsjahr 2000 (Seite 42) bereits geäußerte Bewertung an. Demnach ist es unter Berücksichtigung des Urteils des Bundessozialgerichts vom 18. April 2000, Az. B 2 U 13/99 R, den Berufsgenossenschaften auf Grundlage des § 157 Abs. 3 SGB VII freigestellt, diese Altlasten als gleichmäßigen Sockel innerhalb eines Gefahr tariffs und damit durchaus als nivellierenden Faktor in die Gefahr klassenberechnung einfließen zu lassen. Im Tätigkeitsbericht 2005 (Seite 40) wurde ergänzt, dass die Möglichkeit der

nivellierenden Einbeziehung der Altlasten-Ost in die Gefahrklassenberechnung alternativ zu einer Umverteilung auf Grundlage des § 215 Abs. 9 SGB VII a.F. besteht.

Soweit im Übrigen bestehende Gefahrklassen zu einer neuen Gefahrklasse zusammengefasst oder abweichend von ihrem errechneten Wert festgesetzt wurden, war eine Genehmigung des Gefahrtarifs ebenfalls bedenkenfrei.

3.4 Aufsichtsprüfungen

Durchgeführte Aufsichtsprüfungen

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2014 aufsichtsrechtliche Feststellungen nach Erhebungen bei elf Verwaltungsstandorten von fünf Unfallversicherungsträgern getroffen.

Beschleunigung der Feststellungsverfahren nach § 17 Abs. 1 SGB I

Auch im Jahr 2014 war die beschleunigte Feststellung von Leistungen unter anderem wieder ein Schwerpunkt in der aufsichtsrechtlichen Tätigkeit des Bundesversicherungsamtes. Bei einem Unfallversicherungsträger wurde eine Nachschau durchgeführt, nachdem bei den Ersterhebungen aufgefallen war, dass Leistungen an Versicherte nicht mit der notwendigen Beschleunigung festgestellt wurden. Das Ergebnis der Nachschau zeigte, dass sich die Bearbeitungssituation im Bereich der Arbeitsunfälle weiter verschlechtert hat und bei den ohnehin schon gravierenden Verzögerungen im Bereich Berufskrankheiten keine Verbesserung eingetreten ist.

Die Prüfung weiterer Verwaltungsstandorte dieses Trägers brachte ebenfalls außerordentliche Verzögerungen im Feststellungsverfahren zu Tage.

Das Bundesversicherungsamt hat vorgeschlagen, eine zentrale Verteilung der Vorgänge nach regionaler Arbeitsbelastung als eine mögliche Option zur Lösung des Problems der nicht zeitgerechten Bearbeitung zu prüfen.

Des Weiteren wurde zur Steuerung und zur Reduzierung von vermeidbaren Verzögerungen die Nutzung eines Regelvorlagesystems mit Vorlagen bei Vorgesetzten nach bestimmten Zeiträumen, die Hinweise zur bisherigen Bearbeitung und zum geplanten Vorgehen festhalten, empfohlen.

Seitens des Trägers sei man dabei, Maßnahmen zur Optimierung der Strukturen, Abläufe und Geschäftsprozesse in der Sachbearbeitung zu erarbeiten. Eine Vereinfachung und Beschleunigung des Verfahrens solle u.a. durch Konzentration und Spezialisierung erreicht werden. Den Erfolg der ergriffenen Maßnahmen wird das Bundesversicherungsamt im Rahmen von Nachschauen bei den jeweiligen Verwaltungen überprüfen.

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

Das Bundesversicherungsamt führte eine weitere themenübergreifende Aufsichtsprüfung zum Stand der Fusionsumsetzungen durch. Schwerpunkt war der Umsetzungsstand der Fusion in Bezug auf das Erreichen der Zielorganisation und der

Angleichung der Arbeitsweisen. Weiterhin wurden fusionsbedingte Synergieeffekte im Bereich Finanzen und Vermögen untersucht und die Kosten der Fusion und die Fusionsrendite betrachtet.

In den zentralisierten Bereichen Personal (z.B. Bewirtschaftung der Planstellen, Bewilligung von Altersteilzeit, Genehmigung von Nebentätigkeiten und Sonderurlaub), Finanzen, Beschaffung (Etablierung einer eigenständigen Vergabestelle) sowie IT-Entwicklung und -Anwendung hat die Prüfung gezeigt, dass die Arbeitsweisen bereits weitgehend angeglichen sind. Dies war allerdings auch zu erwarten, da die Fusionspartner aus einer großen und zwei kleinen, ehemals selbständigen Berufsgenossenschaften bestanden.

Im Leistungsbereich waren durch umfassende Arbeitsregeln Maßnahmen getroffen worden, um eine Vereinheitlichung der Arbeitsweisen sicherzustellen. Allerdings zeigten sich weitgehend unabhängig von der Fusion bei einzelnen Verfahrensschritten erhebliche Unterschiede zwischen den Bezirksverwaltungen. Der Versicherungsträger ist bestrebt, diese weiter anzugleichen. Jedoch werden einige Besonderheiten voraussichtlich auch künftig nicht vollständig abgebaut werden können und sollen, da dies Ausdruck regionaler und anderer individueller Faktoren ist, welche letztlich eine flexible und gut funktionierende Verwaltung ausmachen.

Da die Verwaltungs- und Verfahrenskosten gegenüber dem Jahr vor der Fusion leicht angestiegen sind, wurde die Berufsgenossenschaft aufgefordert, das Ziel einer Verrin-

gerung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten zu erreichen. Eine abschließende Aussage über die fusionsbedingten Kosten und Einsparungen ist jedoch schwierig, da eine Abgrenzung fusionsbedingter und fusionsunabhängiger Effekte nicht immer eindeutig vorgenommen werden konnte bzw. erzielte Synergieeffekte sich nicht eindeutig beziffern ließen. Beispielhaft hierfür stehen die Kosten für Beraterleistungen im Zusammenhang mit einer Organisationsuntersuchung, welche im relevanten Zeitraum ohnehin hätte durchgeführt werden müssen.

Im Bereich der Liegenschaften konnten fusionsbedingt mehrere Außenstellen geschlossen werden und entsprechende Verwaltungskosten für Miete und Mietnebenkosten eingespart werden.

Auch im Bereich der Selbstverwaltung konnte eine nennenswerte Fusionsrendite durch eine wesentliche Verringerung der Anzahl der Vorstandsmitglieder und der Mitglieder der Vertreterversammlung erreicht werden.

Im Bereich Vergabe- und Vertragsmanagement verdeutlichen die Neufassung der Beschaffungsrichtlinie und die Etablierung einer eigenständigen Vergabestelle den hohen Stellenwert, den die Berufsgenossenschaft diesem Thema einräumt.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die geprüfte Berufsgenossenschaft im Hinblick auf strukturelle und inhaltliche Anpassungen – trotz festgestellter geringer Probleme – bereits heute einen guten Stand erreicht hat.

Das Bundesversicherungsamt wird auch

weiterhin den fusionierten Trägern eine hohe Aufmerksamkeit zukommen lassen und entsprechende Prüfungen durchführen.

4. RENTENVERSICHERUNG, VERSORGUNG DER SCHORNSTEINFEGER UND INTERNATIONALES SOZIALVERSICHERUNGSRECHT

4. RENTENVERSICHERUNG, VERSORGUNG DER SCHORNSTEINFEGER UND INTERNATIONALES SOZIALVERSICHERUNGSRECHT

4.1 Finanzen der gesetzlichen Rentenversicherung

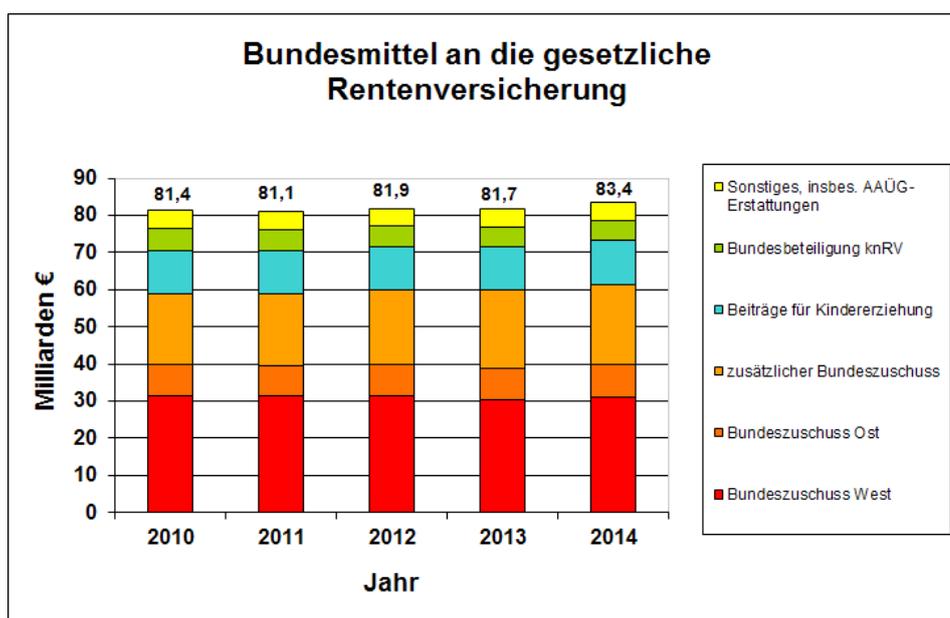
Der Bund trägt mit seinen Zahlungen (Zuschüsse, Beiträge, Erstattungen) in erheblichem Maße zur Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Im Jahr 2014 beliefen sich die Bundeszahlungen, die durch das Bundesversicherungsamt bewirtschaftet wurden, auf insgesamt rd. 83,4 Mrd. Euro. Davon betragen die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung rd. 61,3 Mrd. Euro und die Beiträge

des Bundes für Kindererziehungszeiten (KEZ) knapp 11,9 Mrd. Euro. Die Erstattungen für Leistungen aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der ehemaligen DDR nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) betragen 2014 noch rd. 4,8 Mrd. Euro. Ein Teil der Zahlungen nach dem AAÜG wird dem Bund von den Ländern im Beitrittsgebiet erstattet (2014: 2,6 Mrd. Euro).

Die Bundesbeteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung macht weitere rd. 5,3 Mrd. Euro aus.

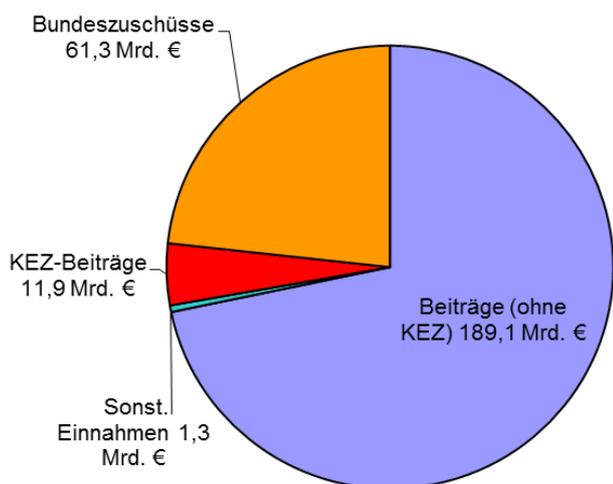
Auf die Bundeszahlungen zahlt das Bundesversicherungsamt monatliche Vorschüs-

se in Höhe von ca. 7,0 Mrd. Euro aus, die im Folgejahr abgerechnet werden. Die Entwicklung der Abrechnungsbeträge der letzten fünf Jahre ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

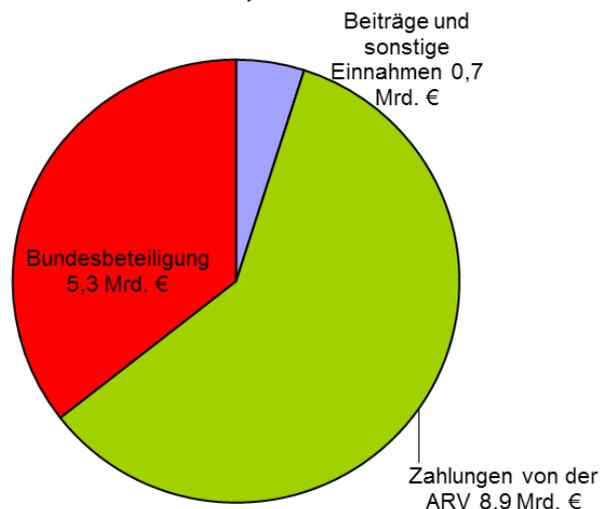


Die allgemeine Rentenversicherung (ARV) verfügte im Jahr 2014 über Einnahmen in Höhe von ca. 264 Mrd. Euro. Die Bundeszuschüsse machen damit 23,3 % der Gesamteinnahmen der ARV aus. Zusammen mit den Beiträgen für KEZ und sonstigen Erstattungen finanzierte der Bund in 2014 29,7 % der Gesamteinnahmen ARV.

Einnahmen der ARV 2014 Gesamt: 263,5 Mrd. €



Einnahmen der KnRV 2014 Gesamt: 14,9 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 2014 von 5,3 Mrd. Euro standen lediglich rd. 0,7 Mrd. Euro an Beitragseinnahmen gegenüber. Darüber hinaus erhielt die KnRV Zahlungen der ARV in Höhe von rd. 8,9 Mrd. Euro, insbesondere zur Deckung des Anteils der Leistungen an ihre Versicherten, der auf Zeiten der ARV entfällt.

4.2 Eingabenstatistik

	Gesamtzahl der Eingaben
RV	1.234

Fallzahlen: Eingaben, Petitionen und Berichtssachen

4.3 Grundsatzfragen

Sozialversicherungsrechtliche Beurteilung von GmbH-Gesellschafter-Geschäftsführern

Aufgrund einer Sammeleingabe zur Beurteilung des sozialversicherungsrechtlichen Status von Gesellschafter-Geschäftsführern einer GmbH hat das Bundesversicherungsamt parallel zu den vorgetragenen Einzelfällen auch die grundsätzliche Entscheidungspraxis der Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund geprüft.

Die Clearingstelle entscheidet im Rahmen des Statusfeststellungsverfahrens nach § 7a SGB IV, ob ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis oder eine selbständige Tätigkeit vorliegt. Dabei hat sie alle Umstände des jeweiligen Einzelfalls zu berücksichtigen und gegeneinander

abzuwägen. Das Bundessozialgericht hat die maßgeblichen Gesichtspunkte in ständiger Rechtsprechung entwickelt. Im Zuge dieser Entwicklung kann es zu einer Verlagerung der Schwerpunkte kommen. So hat das Bundessozialgericht in zwei Urteilen vom 29. August 2012 (Az. B 12 KR 25/10 R und B 12 R 14/10 R) die Bedeutung der abstrakten Rechtsmacht für die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung nochmals hervorgehoben. Die Nichtausübung eines Rechts sei entsprechend der bisherigen Rechtsprechung des Senats unbeachtlich, solange diese Rechtsposition nicht wirksam abgedungen sei.

Entscheidend ist demnach, ob der Gesellschafter-Geschäftsführer beherrschend oder zumindest mit einer Sperrminorität ausgestattet ist, die ihm ermöglicht, ihm nicht genehme Weisungen jederzeit (auch im Konfliktfall) abzuwenden. Frühere Rechtsprechung, nach der Kriterien wie z.B. die alleinige Fach- und Branchenkenntnis oder die faktische Entscheidungsmacht aufgrund familiärer Verbundenheit entscheidungserheblich waren, ist damit überholt.

Die Prüfung des Bundesversicherungsamtes hat ergeben, dass die Clearingstelle die aktuellste Rechtsprechung berücksichtigt. Sowohl die Entscheidungen in den vorgetragenen Einzelfällen als auch die allgemeine Entscheidungspraxis des Rentenversicherungsträgers stehen im Einklang mit dem geltenden Recht.

Sozialversicherungsrechtliche Beurteilung von Familienhelfern

Familienhelfer werden von den Trägern der Jugendhilfe nach dem SGB VIII eingesetzt. Sie beraten und unterstützen Familien in deren häuslichen Umfeld. Die Gerichte haben sich in der Vergangenheit wiederholt mit der Frage des sozialversicherungsrechtlichen Status von Familienhelfern beschäftigt und sind dabei zu unterschiedlichen Ergebnissen gekommen. Familienhelfer können sowohl in abhängiger Beschäftigung als auch selbständig tätig sein. Das Bundessozialgericht hat zuletzt in zwei parallelen Entscheidungen vom 25. April 2012 (Az. B 12 KR 14/10 R und B 12 KR 24/10 R) den Maßstab für die Zuordnung der Tätigkeit zum rechtlichen Typus der Beschäftigung bzw. der selbständigen Tätigkeit vorgegeben, wenn die Tätigkeit des Familienhelfers sowohl Merkmale der Abhängigkeit als auch der Selbständigkeit aufweist. Danach ist eine wertende Zuordnung aller Umstände des Einzelfalles im Sinne einer Gesamtabwägung vorzunehmen.

Ein Rentenversicherungsträger vertrat bisher die Rechtsauffassung, Familienhelfer würden grundsätzlich im Rahmen von abhängigen Beschäftigungsverhältnissen tätig und bezog sich dabei insbesondere auf die Entscheidungsgründe des Urteils des Bundesarbeitsgerichts vom 06. Mai 1998 (Az. 5 AZR 347/97). Darin hatte das Bundesarbeitsgericht die Weisungsabhängigkeit einer Familienhelferin und deren Eingliederung in den Betrieb des Jugendhilfeträgers angenommen und das Weisungsrecht der den Träger der öffentlichen Jugendhilfe gem. § 79 Abs. 1 SGB VIII generell treffenden

Gesamtverantwortung entnommen. Wie das Bundessozialgericht nunmehr in den beiden Urteilen vom 25. April 2012 feststellte, ist das Bundesarbeitsgericht von dieser Auffassung mit seinem neueren Urteil vom 25. Mai 2005 (Az. 5 AZR 347/04) abgerückt. Das Bundesarbeitsgericht stellt nunmehr entscheidend darauf ab, dass aus § 79 Abs. 1 SGB VIII und der jedermann treffenden Pflicht, öffentlich-rechtlichen Anordnungen der Aufsichtsbehörde im Jugendhilferecht nachzukommen, keine arbeitsrechtliche Weisungsgebundenheit der zur Erfüllung jugendhilferechtlicher Aufgaben eingesetzten Erwerbstätigen gegenüber dem Jugendhilfeträger abgeleitet werden kann. Dieser überzeugenden jüngeren Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts schließt sich das Bundessozialgericht ausdrücklich auch für die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung an. Zwar tragen nach § 79 Abs. 1 SGB VIII die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für die Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB VIII die Gesamtverantwortung einschließlich der Planungsverantwortung. Hieraus folgt nach den Ausführungen des Bundessozialgerichts jedoch keine für eine abhängige Beschäftigung typische Weisungsbefugnis.

Das Bundesversicherungsamt hat veranlasst, dass sich der Rentenversicherungsträger bei der Beurteilung der Tätigkeit von Familienhelfern nicht mehr auf die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts aus dem Jahr 1998 stützt, sondern ausschließlich die geforderte Einzelfallabwägung vornimmt.

Versicherungspflicht einer Pflegeperson durch Additionspflege

Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI, wenn Pflegebedürftige im Sinne des § 14 SGB XI nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden und diese Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung haben. Eine Versicherte, die ihre beiden pflegebedürftigen Eltern pflegte, hatte sich an das Bundesversicherungsamt gewandt und begehrte die Feststellung ihrer Versicherungspflicht als Pflegeperson.

Nach dem bis zum 31. Dezember 2012 geltenden Recht musste die Mindeststundenzahl von 14 Stunden wöchentlich für jeden Pflegebedürftigen einzeln erfüllt werden. Da diese Stundenzahl nicht erreicht wurde, hatte der Rentenversicherungsträger die Feststellung der Versicherungspflicht abgelehnt. Dabei hat er es jedoch versäumt, die durch das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung vom 23. Oktober 2012 mit Wirkung ab 01. Januar 2013 geänderte Rechtslage zu berücksichtigen. Seither kann die Mindeststundenzahl von 14 Stunden wöchentlich auch durch den zusammengesetzten Pflegeaufwand für mehrere Pflegebedürftige erreicht werden (sog. Additionspflege).

Im Rahmen der Prüfung konnte durch das Bundesversicherungsamt sichergestellt werden, dass der Rentenversicherungsträger die geänderte Rechtslage berücksichtigt und die Versicherungspflicht der Beschwerdeführerin für die Zeit ab 01. Januar 2013 feststellt.

Befreiung sog. Syndikusanwälte von der Rentenversicherungspflicht

Die Befreiung sog. Syndikusanwälte von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung, insbesondere die Umsetzung der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, beschäftigte das Bundesversicherungsamt auch im Berichtsjahr 2014.

Das Bundessozialgericht hat in drei Grundsatzentscheidungen vom 03. April 2014 (Az. B 5 RE 3/14 R, B 5 RE 9/14 R und B 5 RE 13/14 R) klargestellt, dass bei nichtanwaltlichen Arbeitgebern beschäftigte Unternehmensjuristen (sog. Syndikusanwälte) nicht gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit werden können. Von besonderer Bedeutung sowohl für die Deutsche Rentenversicherung Bund als auch für die betroffenen Syndikusanwälte und deren Arbeitgeber war die Frage, wie mit „Altfällen“ zu verfahren und inwieweit hier ein Vertrauensschutz einzuräumen ist.

Anders als zunächst erhofft, gingen die diesbezüglichen Ausführungen des Bundessozialgerichts in den schriftlichen Urteilsgründen kaum über die Informationen im Terminbericht hinaus. Das Bundessozialgericht hat in seinen Urteilen lediglich darauf hingewiesen, dass die derzeitigen Inhaber einer begünstigenden Befreiungsentscheidung – bezogen auf die jeweilige Beschäftigung, für die die Befreiung ausgesprochen wurde – ein rechtlich geschütztes Vertrauen in den Bestand dieser Entscheidungen haben, das über den Schutz durch die §§ 44 ff. SGB X hinausgehen dürfte. Nicht geäußert

hat sich das Bundessozialgericht hingegen zu der Frage, ob und inwieweit denjenigen Syndikusanwälten ein Vertrauensschutz einzuräumen ist, die über keine Befreiungsentscheidung für die aktuell ausgeübte Beschäftigung verfügen.

Nach Auswertung der Urteilsgründe übersandte die Deutsche Rentenversicherung Bund dem Bundesversicherungsamt einen Vorschlag zur Umsetzung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Befreiungsrecht von Syndikusanwälten und dem einzuräumenden Vertrauensschutz. Das Bundesversicherungsamt hat diesen Entwurf ausführlich geprüft, modifiziert und der Deutschen Rentenversicherung Bund sodann – nach vorheriger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales – mitgeteilt, dass eine entsprechende Verfahrensweise aufsichtsrechtlich nicht beanstandet wird.

Das gefundene Ergebnis über welches die Deutsche Rentenversicherung Bund die Öffentlichkeit informiert hat stellt einen guten Kompromiss dar, der sowohl den berechtigten Belangen der betroffenen Arbeitgeber und Syndikusanwälte als auch den Interessen der Solidargemeinschaft angemessen Rechnung trägt.

Wie die beim Bundesversicherungsamt eingehenden Eingaben sowie die zwischenzeitlich ergangene erst- und zweitinstanzliche Rechtsprechung zeigen, sind hinsichtlich der Frage der Befreiungsfähigkeit von bei nichtanwaltlichen Arbeitgebern beschäftigten Anwälten noch immer viele Rechtsfragen offen. Inzwischen hat die Bundesregierung den Entwurf des „Gesetzes zur Neu-

ordnung des Rechts der Syndikusanwälte“ beschlossen, mit dem die Stellung des Syndikusanwalts als Rechtsanwalt gesetzlich geregelt werden soll. Neben verschiedenen Änderungen im anwaltlichen Berufsrecht soll ermöglicht werden, dass Syndikusanwälte wie bisher – unter bestimmten Voraussetzungen auch rückwirkend – von der Rentenversicherungspflicht befreit werden und in den anwaltlichen Versorgungswerken verbleiben können.

Mütterrente nach dem RV-Leistungsverbesserungsgesetz

Das zum 01. Juli 2014 in Kraft getretene Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungsgesetz) vom 23. Juni 2014 regelt unter anderem eine Ausweitung der anrechenbaren Kindererziehungszeiten für vor dem 01. Januar 1992 geborene Kinder (sog. Mütterrente). Bei einem Rentenbeginn ab 01. Juli 2014 verlängern sich die Kindererziehungszeiten für vor 1992 geborene Kinder um zwölf Kalendermonate. Bei Renten, auf die bereits am 30. Juni 2014 ein Anspruch bestand, wird nach § 307d Abs. 1 Nr. 1 SGB VI ab dem 01. Juli 2014 ein Zuschlag an persönlichen Entgeltpunkten für Kindererziehung berücksichtigt, wenn in der Rente eine Kindererziehungszeit für den 12. Kalendermonat nach Ablauf des Monats der Geburt eines vor dem 01. Januar 1992 geborenen Kindes angerechnet wurde. Dabei entspricht der Zuschlag weiteren zwölf Monaten Kindererziehung.

Das Bundesversicherungsamt erhielt eine Reihe von Eingaben, die eine Ablehnung der Zuschläge nach § 307d SGB VI bean-

standeten. In einigen Fällen, in denen die Mütter ihre Kinder im Ausland erzogen hatten, konnte das Bundesversicherungsamt weiterhelfen. Erörterungen mit dem Träger führten hier zur Anerkennung von Kindererziehungszeiten für den 12. Kalendermonat, so dass Anspruch auf die sog. Mütterrente bestand.

Aufgrund des eindeutigen Gesetzeswortlautes konnten die Beschwerdeführerinnen in anderen Fällen nicht von der sog. Mütterrente profitieren, weil zum maßgeblichen Zeitpunkt eine Befreiung von der Versicherungspflicht vorlag oder eine Heimunterbringung des Kindes in den ersten zwei Lebensjahren aus familiären Gründen erfolgt war.

Adoptiveltern gehören neben den leiblichen Eltern ebenfalls zu den erziehenden Eltern teilen. Auch ein adoptiertes Kind vermag damit dem Grunde nach die Rechtsfolge des § 307d SGB VI auszulösen. Aber auch in diesem Fall ist Grundvoraussetzung für den Erhalt des Entgeltpunktezuschlages nach § 307d Abs. 1 Nr. 1 SGB VI, dass in der Rente eine Kindererziehungszeit für den 12. Kalendermonat nach Ablauf des Monats der Geburt eines vor dem 01. Januar 1992 geborenen Kindes angerechnet wurde. Wird das Kind erst nach Vollendung eines Lebensalters von mehr als zwei Jahren adoptiert, ist dieses Erfordernis nicht erfüllt.

Berücksichtigung von Zeiten der Kindererziehung im Rahmen des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes

Ein Träger lehnte es wegen fehlender Rechtsgrundlage ab, Zeiten der Kinderer-

ziehung während einer politisch motivierten Inhaftierung in der ehemaligen DDR bei der Rentenberechnung zu berücksichtigen. Die Überprüfung durch das Bundesversicherungsamt bestätigte die Auffassung des Trägers. Die allgemeinen Regelungen der §§ 56, 57, 249 SGB VI lassen keine Anerkennung zu, da während der Inhaftierung zwischen der inhaftierten Person und dem Kind kein Erziehungsverhältnis bestand. Die besonderen Vorschriften des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes regeln nur den beruflichen rentenrechtlichen Nachteilsausgleich, ohne jedoch Kindererziehungszeiten zu berücksichtigen. Abhilfe könnte nur durch eine gesetzliche Änderung der geltenden Vorschriften des SGB VI oder der Regelungen des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes geschaffen werden.

Sachbezüge in der DDR als beitragspflichtiger Arbeitsverdienst

Eine Versicherte wandte sich an das Bundesversicherungsamt, weil der Träger es abgelehnt hatte, bei der Berechnung ihrer Witwenrente zusätzlich zu den im Sozialversicherungsausweis bescheinigten Arbeitsverdiensten Sachbezüge ihres verstorbenen Ehemannes zu berücksichtigen.

Das Bundesversicherungsamt hat den Sachverhalt mit dem Rentenversicherungsträger erörtert und schließlich Einvernehmen darüber erzielt, dass Sachbezüge nach dem Recht der ehemaligen DDR grundsätzlich steuerpflichtig und in Folge dessen auch dem Grunde nach beitragspflichtig zur Sozialversicherung waren. Dies ergibt sich aus § 4 der Verordnung über die Besteuerung des Arbeitseinkommens i.V.m. § 20 der

dazugehörigen Richtlinien und § 67 Abs. 1 der Verordnung zur Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten SVO 1961, § 10 Abs. 1 der SVO 1974 sowie § 16 Abs. 1 der SVO 1977.

Im vorliegenden Fall konnten allerdings die aufgrund des Sachbezugs geltend gemachten höheren Entgelte mangels Nachweises nicht nach § 256a Abs. 3 SGB VI als Überentgelte berücksichtigt werden. Die Voraussetzungen für eine Glaubhaftmachung im Sinne von § 286b SGB VI waren ebenfalls nicht erfüllt. Da die vorliegenden Unterlagen auch nicht dazu geeignet waren, den Vermutungsschutz des § 286c SGB VI für die im Sozialversicherungsausweis eingetragenen Arbeitsverdienste zu durchbrechen, konnte dem Anliegen der Petentin im Ergebnis nicht Rechnung getragen werden.

Überzahlung nach Aufhebung eines Rentenbescheides wegen Hinzutritts einer weiteren Rente

Einer Versicherten konnte das Bundesversicherungsamt in einer schwierigen Situation weiterhelfen. Ihr war zunächst eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gewährt worden, neben der sie Arbeitslosengeld bezog. Später wurde ihr rückwirkend eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bewilligt, die geringer ausfiel, als die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und das Arbeitslosengeld zusammen. Durch diese rückwirkende Bewilligung der Rente wegen voller Erwerbsminderung entfielen sowohl der Zahlungsanspruch auf die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung als auch der Anspruch auf das daneben bezogene Arbeitslosengeld.

Die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung war zurückzufordern, weil für denselben Zeitraum gem. § 89 Abs. 1 Satz 1 SGB VI nur Anspruch auf die Auszahlung der höheren Rente (wegen voller Erwerbsminderung) besteht. Die Nachzahlung aus der Rente wegen voller Erwerbsminderung stand aber nur in der Höhe zur Verfügung, die nach Abrechnung des Erstattungsanspruches der Agentur für Arbeit verblieb.

Weil aber die Rente wegen voller Erwerbsminderung niedriger war, als die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und das Arbeitslosengeld zusammen, ergab sich die ungewöhnliche Konstellation, dass eine Überzahlung der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung materiell-rechtlich zurückzufordern war. Kurzfristig konnte das Bundesversicherungsamt zunächst eine befristete Niederschlagung der Forderung erreichen. Da die Versicherte neben der Rente wegen voller Erwerbsminderung nun auch auf Grundsicherungsleistungen im Sinne des SGB XII angewiesen war, konnte das Bundesversicherungsamt den Rentenversicherungsträger im weiteren Verfahren davon überzeugen, dass hier ein atypischer Fall vorliegt, der verfahrensrechtlich einer Aufhebung und Rückforderung der entstandenen Überzahlung entgegen steht. Denn durch die Rückforderung der Überzahlung würde auch rückwirkend eine Hilfebedürftigkeit eintreten, wohingegen die Versicherte aber rückwirkend keine Grundsicherungsleistung erhalten kann, weil diese nicht für die Vergangenheit gezahlt wird.

Verträge der Rentenversicherungsträger mit Rehabilitationskliniken nach § 21 SGB IX

Mit der zum 01. Juli 2001 in Kraft getretenen Vorschrift des § 21 SGB IX stellt der Gesetzgeber erstmals inhaltliche Anforderungen an die Leistungsverträge, die die Rentenversicherungsträger u.a. mit Rehabilitationskliniken abschließen müssen. Diese gesetzlichen Vorgaben an die inhaltliche Vertragsgestaltung sollen sicherstellen, dass die Rentenversicherungsträger nur solche Rehabilitationskliniken in Anspruch nehmen, die dem erforderlichen Qualitätsstandard nach § 20 SGB IX entsprechen.

Da die Rentenversicherungsträger bereits lange Jahre vor Inkrafttreten des § 21 SGB IX vertragliche Beziehungen zu Rehabilitationskliniken unterhielten (einige noch geltende Verträge wurden beispielsweise schon in den siebziger Jahren geschlossen), bestand seit dem 01. Juli 2001 das Erfordernis, diese Verträge an die neuen gesetzlichen Bestimmungen des § 21 SGB IX anzupassen. Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2014 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund geprüft, ob die mit den Rehabilitationskliniken geschlossenen Verträge den Vorgaben des § 21 SGB IX entsprechen.

Das Bundesversicherungsamt hat dabei festgestellt, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund ihre Grundsatz- und Querschnittsfunktion gem. § 138 SGB VI wahrgenommen und in der Sitzung 3/ 2005 des Fachausschusses für Rehabilitation Kriterien für einheitliche Grundsätze für Verträge mit stationären und ambulanten Einrich-

tungen der medizinischen Rehabilitation nach § 21 SGB IX beschlossen hat. Einen auf der Grundlage dieser Kriterien erarbeiteten Mustervertrag hat der Fachausschuss zustimmend zur Kenntnis genommen und empfohlen, diesen als Grundlage für zukünftige Verträge mit den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zu verwenden. Im Laufe der Jahre 2009 bis 2013 wurde dieser sog. „Basisvertrag der Deutschen Rentenversicherung zur Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ überarbeitet und an gesetzliche Änderungen angepasst.

Auf Initiative des Bundesversicherungsamtes hat die Deutsche Rentenversicherung Bund bereits in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2014 mit allen 208 ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen Verträge nach § 21 SGB IX geschlossen. Bei den stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen bestanden im Oktober 2014 noch 108 Verträge, die nicht alle Kriterien des § 21 SGB IX enthielten. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat ihre Zusage, auch diese Verträge nach den Kriterien des § 21 SGB IX neu zu schließen, mit Ausnahme von zwei Kliniken, mit denen die Vertragsverhandlungen zu Beginn des Jahres 2015 noch nicht abgeschlossen waren, eingehalten.

Insgesamt prüfte das Bundesversicherungsamt im Jahr 2014 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund 691 Verträge. Im Ergebnis fehlten – je nach Datum des Vertragsschlusses und des zu diesem Zeitpunkt verwendeten Mustervertrages – bestimmte vom § 21 SGB IX vorgeschriebene Vertragsinhalte, so z.B. die Klauseln zu

Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer (486 Verträge), die Klausel „Angebot/ Beratung durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe“ (411 Verträge), die Antikorrupcionsklausel (280 Verträge) oder die Klausel zur Barrierefreiheit. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat zusammen mit der Umstellung der Verträge nach den Kriterien des § 21 SGB IX diese festgestellten Mängel weitestgehend beseitigt.

Das Bundesversicherungsamt wird die zwei noch laufenden Vertragsverhandlungen mit stationär medizinischen Rehabilitationskliniken sowie die Beseitigung der noch bestehenden kleineren Mängel bei den bereits geschlossenen Verträgen der Deutschen Rentenversicherung Bund weiter aufsichtsrechtlich begleiten.

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

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2014 insgesamt zehn verbindliche Entscheidungen, die die Deutsche Rentenversicherung Bund in ihrer Funktion als Grundsatz- und Querschnittsträger nach § 138 SGB VI für die gesamte Deutsche Rentenversicherung getroffen hat, geprüft. Die ganz überwiegende Zahl der verbindlichen Entscheidungen erfolgte zur Klärung von grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung. Hinsichtlich einer verbindlichen Entscheidung aus dem zwischenstaatlichen Bereich konnte das Bundesversicherungsamt die Erörterungen mit der Deutschen

Rentenversicherung Bund noch nicht abschließen.

4.5 Aufsichtsprüfungen bei den Rentenversicherungsträgern

Prüfverfahren Altersrenten

Im Tätigkeitsbericht 2013 berichtete das Bundesversicherungsamt zu einigen Feststellungen aus den insgesamt sechs Prüfverfahren, die es bei zwei seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträgern zu den Themen „Altersrenten für Frauen“, „Altersrenten für besonders langjährig Versicherte“ sowie „Regelaltersrenten im Anschluss an Erwerbsminderungsrenten“ durchgeführt hat. Inzwischen ist die Aktenprüfung von insgesamt 572 Fällen abgeschlossen. In den sechs Prüfverfahren haben die Rentenversicherungsträger in 6 % bis 23 % der geprüften Fälle auf Veranlassung des Bundesversicherungsamts hin Renten neu festgestellt. Hieraus ergaben sich zum Teil erhebliche finanzielle Auswirkungen für die Betroffenen, so z.B. in einem Einzelfall eine Nachzahlung in Höhe von insgesamt 2.490,50 Euro sowie eine Erhöhung des monatlichen Zahlbetrags um 102,44 Euro. Dies ist ein Beispiel dafür, dass das komplexe Rentenversicherungsrecht für die Träger im Einzelfall nicht immer einfach umzusetzen ist. Erfreulicherweise ergaben sich im Rahmen der Prüfungen jedoch nur wenige auffällige Themenschwerpunkte:

Rentenzahlverfahren

Renten werden am Monatsende fällig und „nachsüssig“ am letzten Bankarbeitstag eines Monats ausgezahlt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGB VI), um die finanziellen Rah-

menbedingungen der gesetzlichen Rentenversicherung zu verbessern.

Die Aufsichtsprüfungen haben bei den Rentenversicherungsträgern wiederholt ergeben, dass – ungeachtet dieser Fälligkeitsregelung – Einmalzahlungen für die Zeit unmittelbar nach Rentenbeginn oft wenige Tage bis zu mehreren Wochen vor ihrer Fälligkeit ausgezahlt und damit Zinsverluste in Kauf genommen werden. Das von einem Rentenversicherungsträger hierzu anlässlich einer Aufsichtsprüfung im Jahr 2007 vorgebrachte Argument, dass es künftig wegen kürzerer Bearbeitungszeiten keine Rentennachzahlungen mehr geben sollte, hat sich bei den neuerlichen Aufsichtsprüfungen nicht bestätigt. Obwohl das Problem somit schon lange bekannt ist, erfolgte die Anpassung des Rentenzahlverfahrens an die neuen rechtlichen Regelungen bislang nicht. Damit werden auch weiterhin die seit vielen Jahren bestehenden gesetzlichen Vorgaben nicht umgesetzt.

Das Bundesversicherungsamt hat die Rentenversicherungsträger daher erneut mit Nachdruck dazu aufgefordert, dieses rechtswidrige Verfahren abzustellen, um weitere Zinsverluste für die Versichertengemeinschaft zu vermeiden. Die Rentenversicherungsträger führen derzeit ein gemeinsames Programmsystem ein. In diesem Rahmen haben sie eine Voruntersuchung durchgeführt, um die verschiedenen Möglichkeiten einer für alle Rentenversicherungsträger einheitlichen Umsetzung der Regelung aufzuzeigen und zu bewerten. Auf Grundlage dieser Voruntersuchung wird derzeit ein dv-technisches Verfahren zur termingerechten Anweisung von Einmalzahlungen entwi-

ckelt. Die Umsetzung soll im März 2016 abgeschlossen sein.

Bescheiderteilung zu Zinsansprüchen

Das Bundesversicherungsamt hat bei einem Rentenversicherungsträger bemängelt, dass den Versicherten bei der Abrechnung der Rentennachzahlung eine weitere Nachricht in Aussicht gestellt wurde, falls eine Verzinsung in Betracht käme. Grund war, dass die Versicherten immer nur dann weitere Nachricht erhielten, wenn ihr Zinsanspruch tatsächlich positiv beschieden wird. Erhielt ein Versicherter keine Nachricht, blieb für ihn unklar, ob die Prüfung des Zinsanspruchs vergessen wurde und ob ihm zu Recht keine Zinsen zuerkannt wurden. Der betroffene Rentenversicherungsträger hat sich der Sichtweise des Bundesversicherungsamtes angeschlossen und zugesagt, sich im Sinne der Anregung des Bundesversicherungsamtes über die Deutsche Rentenversicherung Bund, die die Grundsatz- und Querschnittsfunktion für alle Rentenversicherungsträger wahrnimmt, um eine einheitliche Verfahrensweise aller Träger zu bemühen.

Prüfverfahren Auslandsrenten, Zwischenergebnisse

In Bezug auf die Rentenzahlung ins Ausland hat es zum 01. Oktober 2013 eine gesetzliche Neuregelung gegeben, durch die u.a. die sogenannte 70%-Absenkung weggefallen ist. Nunmehr ist eine Rentenzahlung ins Ausland in voller Höhe auch an alle Berechtigten möglich, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder

Staatsangehörige der Schweiz sind. Durch die Neuregelung erhöhen sich nicht nur die Renten der Neurentner, die erst nach dem 30. September 2013 erstmals eine Rente beziehen, sondern auch die Renten der Bestandsrentner, die bereits zuvor ihre Rente erhielten. Die Renten der Bestandsrentner mussten darum neu festgestellt werden.

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2014 bei zwei Rentenversicherungsträgern eine Schwerpunktprüfung eingeleitet, um die Umsetzung der Gesetzesänderung zu prüfen. Bei einem Rentenversicherungsträger konnte die Aufsichtsprüfung annähernd beendet werden, bei dem anderen dauert sie noch an. Die Zwischenergebnisse stellen sich wie folgt dar:

Die Umstellung der Rentenzahlung ab 01. Oktober 2013 ist erfreulicherweise bei beiden Rentenversicherungsträgern ohne besondere Vorkommnisse erfolgt. Das Bundesversicherungsamt hat jedoch festgestellt, dass bei einem Träger in vielen Fällen auf Grund einer anderen, bereits im Jahr 2007 rückwirkend zum 05. Mai 2005 in Kraft getretenen Gesetzesänderung ein noch früherer Neufeststellungsbeginn der Renten möglich gewesen wäre. Dies betrifft den speziellen Personenkreis der Hinterbliebenen von deutschen Staatsangehörigen, die nicht sog. „Wanderarbeitnehmer“ im Sinne des überstaatlichen Rechts waren. Hier entfiel die sog. 70%-Absenkung schon vor dem 01. Oktober 2013. Teils hatte der Rentenversicherungsträger in den Jahren 2005, 2006 und 2007 noch Rentenbescheide unter Berücksichtigung der 70%-Absenkung erteilt. Aufgrund der Ende 2007 rückwirkend in Kraft getretenen Rechtsänderung entfiel

in diesen Fällen jedoch die Absenkung im Nachhinein, ohne dass die Bescheide geändert wurden. Dies hat das Bundesversicherungsamt im Rahmen seiner nun durchgeführten Prüfung festgestellt.

Als Konsequenz stellte der Rentenversicherungsträger in den vom Bundesversicherungsamt geprüften Fällen die Renten neu fest. Darüber hinaus hat er jedoch auch außerhalb der Prüfstichprobe des Bundesversicherungsamtes alle weiteren, für eine Korrektur in Frage kommenden Fälle mit einem Rentenbeginn ab dem 05. Mai 2005 in Eigenregie zeitnah überprüft und die Renten ggf. rückwirkend neu festgestellt. Das Bundesversicherungsamt begrüßt ausdrücklich diese vorbildliche Vorgehensweise des Rentenversicherungsträgers bei der Korrektur des aufgetretenen Fehlers. Unter Beachtung der gesetzlichen Nachleistungsbeschränkung ergaben sich Nachzahlungen von insgesamt deutlich mehr als einer halben Mio. Euro.

Prüfverfahren Beitragserstattung gem. § 210 SGB VI, Zwischenergebnisse

Im Jahr 2014 hat das Bundesversicherungsamt bei zwei seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträgern in insgesamt 215 Fällen die Erstattung von zu Recht gezahlten Beiträgen gem. § 210 SGB VI geprüft. Zu einer der beiden Prüfungen berichtete das Bundesversicherungsamt bereits im Tätigkeitsbericht 2013. Die Beitragserstattung ist eine einmalige Geldleistung der Rentenversicherungsträger. Sie hat gravierende Folgen für die Versicherten. Mit der Beitragserstattung wird das bisherige Versicherungsverhältnis aufgelöst und

Ansprüche aus den bis zur Erstattung zurückgelegten Zeiten bestehen nicht mehr (§ 210 Abs. 6 SGB VI). Die Beitragserstattung wird auf Antrag der Versicherten erbracht, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Die bisherigen Ergebnisse der Prüfungen stellen sich wie folgt dar:

In Betracht kommt eine Beitragserstattung z.B. für versicherungsfreie und von der Versicherungspflicht befreite Personen, wenn sie die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt haben (§ 210 Abs. 1a Satz 1 SGB VI, in Kraft ab 11. August 2010). Diese Personen haben seit dem 11. August 2010 auch das Recht sich freiwillig zu versichern, ohne weitere Voraussetzungen erfüllen zu müssen (§ 7 SGB VI). Für sie besteht somit eine Wahlmöglichkeit zwischen einer Beitragserstattung oder freiwilligen Beitragszahlung. Das Bundesversicherungsamt stellte hierzu fest, dass diese Änderung der Rechtslage von einem Rentenversicherungsträger in einer Vielzahl von Vorgängen nicht beachtet wurde. Teils wurde auch der Antrag auf Beitragserstattung zu Unrecht abgelehnt. So wurden in einem Einzelfall Beiträge in Höhe von 769 Euro erstattet, nachdem das Bundesversicherungsamt die Ablehnung des Antrags beanstandet hatte. Darüber hinaus hat dieser Rentenversicherungsträger in der Vergangenheit vom Berechtigten beim Versand des Bescheides eine Bestätigung des Empfangs des Erstattungsbetrags gefordert. Sofern der Berechtigte den Erhalt des Geldes nicht bestätigte, wurde ein Erinnerungsverfahren eingeleitet. Der Rentenversicherungsträger wird dieses vergleichsweise aufwändige Verfahren aufgrund der Prüfanmerkungen des Bundesversicherungsamtes zukünftig

nicht mehr durchführen.

Bei dem anderen Rentenversicherungsträger hat das Bundesversicherungsamt in seinen Prüfanmerkungen beispielsweise bemängelt, dass die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen zum Vorliegen von Versicherungsfreiheit nicht umfassend erfolgte. So wurde z.B. ein jüngerer Versicherter von seinem Dienstherrn in den Ruhestand versetzt. Aufgrund des Lebensalters war nur der Bezug einer Versorgung wegen Dienstunfähigkeit möglich. Dieser Tatbestand hat das Nichtvorliegen von Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 1 bzw. 4 SGB VI zur Folge. Die in § 210 Abs. 1a SGB VI geforderte Versicherungsfreiheit würde somit nicht vorliegen und ein Anspruch auf Beitrags-erstattung wäre nicht gegeben. Vielfach gibt die Versorgungsdienststelle den Grund für die Versetzung in den Ruhestand (z.B. wegen Alters oder wegen Dienstunfähigkeit) nicht an. Der Rentenversicherungsträger wurde daher gebeten zu prüfen, ob ein Vordruck eingesetzt werden kann, um vom Versorgungsträger die für die Entscheidung konkret erforderlichen Angaben zu erhalten.

Das Bundesversicherungsamt hat außerdem festgestellt, dass Informationsschreiben sich nicht konkret mit dem Einzelfall auseinandersetzen, so dass u.a. auf den Vorgang nicht anwendbare Ausführungen enthalten waren. Beispiel hierfür waren Aussagen für Personen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben bzw. der Hinweis auf das besondere, ältere Versicherte betreffende Nachzahlungsrecht nach § 282 Abs. 2 SGB VI, obwohl es sich um jüngere Versicherte handelte. Der Rentenversicherungsträger wurde

gebeten, die Informationsschreiben zu modifizieren und dabei die Versicherungsbiographie und den Status des Versicherten zu berücksichtigen.

Prüfverfahren Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge, Zwischenergebnisse

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2014 nicht nur die Erstattung von zu Recht gezahlten Beiträgen geprüft (§ 210 SGB VI), sondern auch die Beanstandung und Erstattung von zu Unrecht gezahlten Beiträgen (§ 26 SGB IV). Erste Ergebnisse der Prüfung von 80 Einzelfällen bei einem Rentenversicherungsträger liegen vor.

Beispielsweise wurde festgestellt, dass ein Versicherter mittels eines Bescheides zur Zahlung von freiwilligen Beiträgen zugelassen wurde. Aufgrund der Beschäftigungsaufnahme des Versicherten wurde dem Rentenversicherungsträger das parallele Vorliegen von Pflicht- und freiwilligen Beiträgen im Versicherungskonto angezeigt. Daraufhin wurde die freiwillige Versicherung durch Bescheid beendet und die zu Unrecht entrichteten freiwilligen Beiträge wurden mit einem Bescheid beanstandet. Hierbei wurde versäumt, vor der Beitragsbeanstandung die Aufhebung des Zulassungsbescheides gem. §§ 45, 48 SGB X insbesondere für die Vergangenheit zu prüfen. Der Rentenversicherungsträger hat aufgrund der Feststellungen des Bundesversicherungsamts einen Änderungsbedarf über den betroffenen Einzelfall hinaus gesehen. Sofern die Voraussetzungen für die Rücknahme bzw. Aufhebung des Bescheides vorliegen, wird im Beanstandungsbescheid die Rücknahme bzw. Aufhebung

des Zulassungsbescheids künftig gesondert dargestellt. Die Arbeits- und Geschäftsanweisungen werden entsprechend geändert.

Das Ergebnis der gesamten Prüfung bleibt einem späteren Tätigkeitsbericht vorbehalten. Im Jahr 2015 prüft das Bundesversicherungsamt dieses Thema auch bei dem anderen seiner Aufsicht unterstehenden Rentenversicherungsträger.

Berücksichtigung von Rentenbezugszeiten, Zwischenergebnisse

Bei Erwerbsminderungsrenten werden Zurechnungszeiten berücksichtigt, um die vorzeitig in Rente gehenden Versicherten so zu stellen, als ob sie über den Eintritt der Erwerbsminderung hinaus Beiträge gezahlt haben (nach dem bis 30. Juni 2014 geltenden Recht bis zum 60. Lebensjahr, nach dem ab 01. Juli 2014 geltenden Recht bis zum 62. Lebensjahr, § 59 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Das dient dazu, auch jüngeren Erwerbsminderungsrentnern eine angemessene Rente zu zahlen. Wird die Erwerbsminderungsrente später in eine Altersrente umgewandelt, so wird diese Zurechnungszeit dort als Anrechnungszeit berücksichtigt. Soweit Erwerbsminderungsrenten ausnahmsweise keine Zurechnungszeit zugrunde lag, werden die Rentenbezugszeiten teils bei der folgenden Altersrente als Anrechnungszeit rentensteigernd berücksichtigt (§ 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und § 252 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI).

Im Rahmen eines Prüfverfahrens hatte das Bundesversicherungsamt in einem Einzelfall festgestellt, dass eine Zeit des Bezugs von Erwerbsminderungsrente im Umfang von etwa neun Jahren zu Unrecht nicht als

Anrechnungszeit bei der folgenden Altersrente berücksichtigt worden war. Der Rentenversicherungsträger hat auf die Prüffeststellung des Bundesversicherungsamtes hin die Zeit des Rentenbezugs als Anrechnungszeit im Versicherungskonto ergänzt und die Regelaltersrente auf dieser Grundlage neu festgestellt. In dem betroffenen Einzelfall ergaben sich (unter Berücksichtigung weiterer Korrekturen) eine Nachzahlung von mehr als 7.500 Euro und eine Erhöhung des monatlichen Rentenzahlungsbetrags um etwa 500 Euro.

Diesen Einzelfall hat das Bundesversicherungsamt zum Anlass für eine tiefergehende Schwerpunktprüfung dieses Themas bei dem betroffenen Rentenversicherungsträger genommen. Bisher konnten 293 Fälle vom Bundesversicherungsamt und weitere 25 Fälle in Eigenregie durch den Rentenversicherungsträger überprüft werden. Erste Zwischenergebnisse stellen sich wie folgt dar:

Zeiten des Bezugs von Erwerbsminderungsrenten waren in einem erheblichen Teil dieser Stichprobenfälle nicht oder unzutreffend als Anrechnungszeiten bei der folgenden Altersrente berücksichtigt worden. In den betroffenen Fällen hat der Rentenversicherungsträger daraufhin die Versicherungskonten berichtigt und die von Zahlungsbetragsänderungen betroffenen Alters- und Hinterbliebenenrenten neu festgestellt. Aufgrund der gesetzlichen Besitzschutzregelungen führten die nachträglichen Korrekturen allerdings nicht immer zu einer Zahlungsbetragsänderung. Im Ergebnis wurden (unter Berücksichtigung weiterer Korrekturen) in bisher 35 Fällen Nachzahlungen von

insgesamt fast 50.000 Euro und in vier Fällen Überzahlungen von insgesamt mehr als 4.000 Euro ermittelt. Darüber hinaus hat der Rentenversicherungsträger in 808 Fällen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit fehlerrelevant sind, erfreulicherweise eigeninitiativ eine Überprüfung und Fehlerbereinigung zugesagt. Diese ist noch nicht abgeschlossen.

4.6 Aufsicht über die Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger

Auslegung des Schornsteinfeger-Handwerksgesetzes

Das Bundesversicherungsamt übt nach § 30 Satz 1 des Schornsteinfeger-Handwerksgesetzes die Rechts- und Fachaufsicht über die Versorgungsanstalt der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger aus. Die Versorgungsanstalt ist Trägerin der Zusatzversorgung der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger.

Im Jahr 2008 wurde das deutsche Schornsteinfegermonopol aufgrund eines Verstoßes gegen Europäisches Gemeinschaftsrecht aufgehoben und die gesetzlichen Strukturen des Schornsteinfegerwesens im Schornsteinfeger-Handwerksgesetz grundlegend neu gefasst. Das bisherige umlagefinanzierte obligatorische Zusatzversorgungssystem der Bezirksschornsteinfeger wurde zum 31. Dezember 2012 geschlossen. Seit dem 01. Januar 2013 können keine Anwartschaften mehr erworben werden und es werden keine neuen Beiträge mehr erhoben.

Bei der Anwendung des Schornsteinfeger-Handwerksgesetzes in der ab 01. Januar

2013 geltenden Fassung haben sich gerade in Bezug auf die erfolgte Schließung der Zusatzversorgung 2014 eine Vielzahl von komplexen Rechts- und Auslegungsfragen ergeben, die seitens der Versorgungsanstalt zur Klärung an das Bundesversicherungsamt herangetragen wurden.

Das Bundesversicherungsamt hat sich insbesondere mit dem Erstellen der Startgutachten bei fehlender Mitwirkung der Versorgungsberechtigten, bisher unterbliebenen Beitragserstattungen und dem Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit in den Fällen, in denen eine zeitlich befristete Bestellung als Bezirksschornsteinfeger ausläuft, intensiv befasst. Die Fragestellungen konnten inzwischen in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales geklärt werden.

Das Bundesversicherungsamt wird die Versorgungsanstalt auch weiterhin bei der Umsetzung des Schornsteinfeger-Handwerksgesetzes unterstützen, um ein rechtskonformes Handeln des Versorgungsträgers im Bereich der Zusatzversorgung der bevollmächtigten Bezirksschornsteinfeger sicherzustellen.

4.7 Internationales Sozialversicherungsrecht

Internationale Kontakte/ Konferenzen

Das Bundesversicherungsamt hat im Berichtsjahr die Gespräche zwischen den deutschen und den luxemburgischen sowie den polnischen Versicherungsträgern begleitet. Bei der deutsch-luxemburgischen und der deutsch-polnischen Verbindungsstellenbesprechung ging es vor allem um

materiell-rechtliche Fragen zum jeweiligen nationalen Recht sowie zu den seit 01. Mai 2010 anwendbaren Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009. Ebenso wurden bei allen Gesprächen der Verbindungsstellen die Auswirkungen der verschiedenen Organisationsreformen und nationalen Rechtsänderungen diskutiert sowie Verfahrensfragen abgestimmt, um im Interesse der Versicherten die langwierigen Verwaltungsverfahren insgesamt zu beschleunigen.

Vorversicherungszeit in der Krankenversicherung der Rentner - Berücksichtigung von Krankenversicherungszeiten aus anderen Staaten vor deren Beitritt zur Europäischen Union (EU)

Viele deutsche Staatsangehörige arbeiten und wohnen im Laufe ihres Lebens nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern auch in einem oder in mehreren anderen EU-Staaten. Im Rentenalter kommen sie dann nach Deutschland zurück und möchten als Bezieher einer deutschen gesetzlichen Rente ebenfalls der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtmitglied der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) angehören. Um Mitglied in der beitragsgünstigen KVdR werden zu können, müssen sie allerdings eine langjährige Vorversicherungszeit mit gesetzlichen Krankenversicherungszeiten vorweisen. Diese beträgt nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums, der zwischen der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und der Rentenantragsstellung liegt. Bei der Prüfung der Vorversicherungszeit sind nach den Regelungen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 auch die in anderen Staaten der EU zurückgelegten gesetzlichen

Krankenversicherungszeiten grundsätzlich zu berücksichtigen.

Einige Krankenkassen weigerten sich jedoch die gesetzlichen Krankenversicherungszeiten anderer EU-Staaten bei der Prüfung der Vorversicherungszeit einzubeziehen. Sie waren der Meinung, nur die nach dem Beitritt des jeweiligen Staates zur EU zurückgelegten Zeiten der gesetzlichen Krankenversicherung seien anzuerkennen. Nicht beachtet haben die betroffenen Krankenkassen, dass nach den Regelungen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sämtliche Versicherungszeiten zu berücksichtigen sind, also auch die, die vor dem Beitritt des jeweiligen Staates zur EU liegen.

Das Bundesversicherungsamt hat die betreffenden Krankenkassen auf die geltende Rechtslage hingewiesen und konnte so erreichen, dass alle gesetzlichen Krankenversicherungszeiten in einem EU-Staat als Vorversicherungszeiten bei der Prüfung der KVdR berücksichtigt wurden. Betroffene, die hierdurch die erforderliche Vorversicherungszeit erfüllten, wurden sodann als pflichtversicherte Mitglieder aufgenommen.

Kostenerstattung bei genehmigten stationären Behandlungen in anderen EU/EWR Staaten und in der Schweiz

Versicherte können erforderliche Krankenhausbehandlungen in anderen Staaten der EU, des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweiz auch außerhalb eines Notfalles in Anspruch nehmen. Eine Beteiligung der Krankenkasse an den Behandlungskosten setzt allerdings voraus, dass die Krankenkasse der Behandlung vorher

zugestimmt hat. Stimmt die Krankenkasse der Krankenhausbehandlung im Rahmen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zu, stellt sie dem Versicherten den Vordruck S 2 (früher E 112) aus. Dieses Dokument dient als Nachweis gegenüber dem ausländischen Versicherungsträger, dass die deutsche Krankenkasse die Kosten der Behandlung erstatten wird. Die benötigten Leistungen werden dann durch den ausländischen Versicherungsträger erbracht und mit der deutschen Krankenkasse abgerechnet.

Aus unterschiedlichen Gründen kommt es vor, dass ein ausländisches Krankenhaus den Vordruck S 2 nicht akzeptiert und die Behandlungskosten dem Versicherten privat in Rechnung stellt. Der Versicherte kann dann eine Kostenerstattung von seiner Krankenkasse erhalten.

Einige Krankenkassen lehnten nun eine Erstattung der entstandenen Behandlungskosten mit der Begründung ab, dass für eine Kostenerstattung eine entsprechende Genehmigung fehle. Das Bundesversicherungsamt hat die betreffenden Versicherungsträger darauf hingewiesen, dass für eine Kostenerstattung eine weitere gesonderte Genehmigung nicht erforderlich ist. Denn die erteilte Zustimmung für eine gezielte Behandlung beinhaltet auch den Anspruch auf Kostenerstattung. Die Krankenkassen haben den Versicherten dann auch die beanspruchten Leistungen in Höhe der ausländischen gesetzlichen Vertragssätze erstattet.

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

5. LANDWIRTSCHAFTLICHE SOZIALVERSICHERUNG

Errichtung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau/Aufsicht

Personalumbau

Mit der Vereinigung zur Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) zum 01. Januar 2013 wurden erstmals vier verschiedene Sozialversicherungszweige der einzelnen landes- und bundesunmittelbaren landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger und der Spitzenverband der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV) zu einem Sozialversicherungsträger fusioniert.

Zunächst galt es, zum Fusionszeitpunkt die sofortige Funktionsfähigkeit der neu errichteten SVLFG sicherzustellen (vgl. Tätigkeitsbericht 2013).

Besondere Bedeutung kam nunmehr – nach dem Übergang von ca. 6.000 Beschäftigten auf den neuen Träger – der Umsetzung des Personal-, Standort- und Organisationskonzepts zu.

So war die zielgerichtete Gestaltung und Aufstellung eines den gesamten Personalkörper umfassenden Stellenplanes eine der wesentlichen Aufgaben der landwirtschaftlichen Sozialversicherung im Jahr 2014. Das Bundesversicherungsamt war und ist dabei ein steter Begleiter der SVLFG.

Als Schwerpunkte der Tätigkeit sind insbesondere die Begleitung bei der Aufstellung eines gesetzeskonformen haushalterischen

und dienstordnungsmäßigen Stellenplans und einer Dienstordnung zu nennen, die jeweils vom Bundesversicherungsamt zu genehmigen sind.

Darüber hinaus waren die Laufbahnrichtlinien mit der SVLFG abzustimmen sowie zahlreiche personalrechtliche Einzelfragen zu klären.

Weiterhin hatte das Bundesversicherungsamt auch im Jahr 2014 dafür Sorge zu tragen, dass die Stellenkonzepte in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung wirtschaftlichen Anforderungen gerecht werden. Die SVLFG muss danach ihre Personalkonzepte unter Anwendung angemessener und anerkannter Methoden der Personalbedarfsermittlung begründen. Hier hat die SVLFG im Hinblick auf die Aufbau- und Ablauforganisation, das Standortkonzept und die Zielerreichung im Jahr 2014 erste Meilensteine für die Zukunft erarbeiten können. Ziel muss es nunmehr sein, diese kontinuierlich fortzuschreiben und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen eine transparente, den strategischen Zielen entsprechende Neuausrichtung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zu erreichen.

Budgetierung

Der Gesetzgeber hatte aufgrund des öffentlichen Interesses an einer Reduzierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung im Gesetz zur Neuordnung der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-NOG) fest-

gelegt, dass der Bundesträger die im Gesetz betragsmäßig ausgewiesenen Einsparziele bis zum Jahr 2016 zu erreichen hat. Die SVLFG hat im Jahr 2014 mit Unterstützung des Bundesversicherungsamtes – in enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales – das ausführliche Feinkonzept zur Budgetierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten in der zweiten Fassung vorgelegt, was im Rahmen der zukünftigen Haushaltsgenehmigungsverfahren eine Überprüfung der Realisierbarkeit der bis Ende 2016 vorgegebenen Zielvorgaben weiterhin ermöglichen soll. Die Maßnahmen des Jahres 2014 haben dazu geführt, dass der Haushaltsentwurf 2015 für die Bereiche der Unfallversicherung und der Alterskasse die Zielerreichung der für 2016 avisierten Ziele bereits berücksichtigen konnte. Für das laufende Haushaltsjahr muss dies nunmehr noch umgesetzt werden.

Ferner wurde dem Träger auch bei Genehmigung des Haushaltsplanes bezogen auf die dort ausgebrachten Stellen aufgegeben, die begonnene Organisationsuntersuchung und Personalbedarfsermittlung gem. § 69 Abs. 6 SGB IV fortzuführen. Als Konsequenz dieser Vorgaben dürfen im laufenden Haushaltsjahr bei der SVLFG frei werdende Stellen nur im Ausnahmefall mit externen Kräften nachbesetzt werden, bis der endgültige Personalbedarf für den gesamten Träger festgestellt ist. Zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit der SVLFG sind derzeit grundsätzlich allerdings eine Übernahme von (hauseigenen) Studierenden nach Abschluss des Studiums sowie die befristete Übernahme von Auszubildenden

nach Abschluss der Ausbildung möglich.

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

Das Bundesversicherungsamt ist gem. § 71d Abs. 3 Satz 1 SGB IV für die Genehmigung des Haushaltsplanes der SVLFG zuständig. Diese hat im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu erfolgen. Der Haushaltsplan ist getrennt für die Versicherungszweige

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

aufzustellen.

Das Bundesversicherungsamt hat die SVLFG in 2014 bei der Haushaltsplanung 2015 und auch bei der Haushaltsbewirtschaftung 2014 beratend begleitet. Das Haushaltsaufstellungsverfahren für den Haushalt 2015 erfolgte zum zweiten Mal unter dem Dach des neuen Trägers. Dabei mussten einerseits weiterhin zu beachtende Besonderheiten durch die Neuorganisation berücksichtigt werden wie fehlende Erfahrungs- und Erkenntniswerte, andererseits aber auch insbesondere die Einsparvorgaben für die Verwaltungs- und Verfahrenskosten bis spätestens 31. Dezember 2016. Mit der Neuorganisation der landwirtschaftlichen

Sozialversicherung hat der Gesetzgeber die SVLFG als neuen, einzigen Bundesträger verpflichtet, in den Versicherungszweigen landwirtschaftliche Unfallversicherung (§ 187a SGB VII), Alterssicherung der Landwirte (§ 79 ALG) und landwirtschaftliche Krankenversicherung (§ 18a KVLG 1989) die Verwaltungskosten bis spätestens zum 31. Dezember 2016 signifikant zu senken. Die SVLFG hat demnach bis spätestens 2016 sicherzustellen, dass die Verwaltungskosten der landwirtschaftlichen Unfallversicherung die Höhe von 95 Mio. Euro, in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung 91 Mio. Euro und in der Alterssicherung der Landwirte 66 Mio. Euro nicht überschreiten. Bei der Ermittlung dieser Obergrenzen bleiben Ausgaben für die Versorgung sowie Zuführungen zu den Altersrückstellungenvermögen unberücksichtigt.

Der vom Vorstand der SVLFG aufgestellte Haushaltsplan 2015 mit einem Gesamtvolumen von rd. 6,8 Mrd. Euro (-131 Mio. Euro gegenüber 2014) wurde fristgerecht vorgelegt und seitens des Bundesversicherungsamtes genehmigt. Zur Einhaltung der Verwaltungskostenobergrenzen hat die SVLFG einen gestaffelten Personalabbau von mehr als 700 Vollzeitbeschäftigten vorgesehen. Die Personaleinsparungen wurden dabei im Jahr 2015 mit rd. 17 Mio. Euro haushaltswirksam etatisiert und entfalten ihre volle Wirkung ab dem Jahr 2016 in einer Größenordnung von rd. 36 Mio. Euro über alle Versicherungszweige des Trägers. Mehrere Ansätze des Haushaltsplans wurden nur mit Auflagen genehmigt. So konnte z.B. die Etatisierung der Beschaffung von Dienstkraftfahrzeugen wegen der noch nicht nachgewiesenen Wirtschaftlichkeit für die

Ersatzbeschaffung von personenbezogenen Dienstkraftfahrzeugen nur mit der Auflage genehmigt werden, dem Bundesversicherungsamt die Wirtschaftlichkeit vor der Anschaffung nachzuweisen.

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6. GEMEINSAME ANGELEGENHEITEN

6.1 Gerichtsverfahren

Im Verlaufe des Jahres 2014 war das Bundesversicherungsamt an 46 neuen gerichtlichen Verfahren beteiligt, darunter 42 Rechtsstreite in der Hauptsache und vier Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz. Gegenüber dem Vorjahr stellt dies einen signifikanten Rückgang dar (2013: 94 neue Rechtsstreite). An 44 der 46 neuen Verfahren ist das Bundesversicherungsamt auf der Beklagtenseite beteiligt. In zwei Fällen wurde es zu Rechtsstreiten zwischen anderen Hauptbeteiligten beigegeben.

Inhaltlich haben 40 von 46 der neuen gerichtlichen Verfahren ihren Hintergrund in Entscheidungen des Bundesversicherungsamtes im Aufsichts- und Mitwirkungsbereich. Nur noch in fünf Rechtsstreiten wurde Klage gegen Bescheide des Bundesversicherungsamtes auf dem Gebiet des Risikostrukturausgleichs bzw. Gesundheitsfonds erhoben. Ein neuer Rechtsstreit betrifft eine Angelegenheit des Entschädigungsrentenrechts.

Klagen aus dem Bereich des Risikostrukturausgleichs/ Gesundheitsfonds, die in den Vorjahren jeweils einen erheblichen Teil der Neueingänge ausmachten (2012: 65 neue Rechtsstreite; 2013: 54 neue Rechtsstreite), sind in 2014 damit stark rückläufig gewesen. Der Rückgang in diesem Bereich erklärt zugleich die anfangs erwähnte Abnahme der Gesamtzahl neuer Rechtsstreite in 2014 im Vergleich zum Vorjahr. Hingegen blieben die Eingangszahlen im zweiten großen

Komplex, Klagen aus dem Aufsichts- und Mitwirkungsbereich, mit 40 neuen Verfahren (2013: 38 Zugänge) stabil.

Der erfreuliche Rückgang der Eingangszahlen auf dem Gebiet des Risikostrukturausgleichs/ Gesundheitsfonds ist vor allem darauf zurückzuführen, dass eine Reihe von als Musterverfahren geführten Rechtsstreiten betreffend den Risikostrukturausgleich in seiner seit dem 01. Januar 2009 praktizierten Form des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) rechtskräftig abgeschlossen werden konnten. Dies hat sich in der Folge auch auf den Gesamtbestand der anhängigen Verfahren ausgewirkt.

Im Laufe des Jahres 2014 konnten insgesamt 117 Verfahren beendet werden. In 26 Verfahren ergingen Urteile zugunsten des Bundesversicherungsamtes, in zwei Verfahren obsiegte die Klägerseite. Weitere 99 Verfahren endeten ohne Urteil. Insgesamt wurden 49 Klagen bzw. eingelegte Rechtsmittel seitens der Kläger gegenüber dem Bundesversicherungsamt zurückgenommen; das Bundesversicherungsamt erkannte seinerseits insgesamt 33 Klagen, hiervon 32 im Bereich des Morbi-RSA, an. Der Gesamtbestand an Verfahren ging von 235 Verfahren zu Beginn des Jahres 2014 auf 164 Verfahren am Jahresende zurück.

Zahlreiche Verfahren zum Morbi-RSA betrafen die sog. Verstorbene(n)problematik. Die Verstorbene(n)problematik beinhaltet die Behandlung der Kosten für unterjährig ver-

storbene Versicherte im Regressions- und Berechnungsverfahren für die Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds. Sie ist neben zahlreichen weiteren Aspekten in den für jedes Ausgleichsjahr zur Durchführung des Morbi-RSA vorzunehmenden Festlegungen geregelt, die das Bundesversicherungsamt bis zum 30. September vor Beginn des jeweiligen Ausgleichsjahres bekannt zu machen hat (siehe § 31 Abs. 4 RSAV).

Anlass einer zu dieser Problematik entstandenen regelrechten Klagewelle war die Empfehlung des beim Bundesversicherungsamt eingerichteten wissenschaftlichen Beirats, das Regressions- und Berechnungsverfahren u.a. in diesem Punkt zu ändern (Stichwort: „Annualisierung“). Der wissenschaftliche Beirat hatte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit einen Evaluationsbericht zum Ausgleichsjahr 2009 erstellt und auf dieser Grundlage verschiedenste Änderungen des Morbi-RSA empfohlen.

Zunächst war beabsichtigt, die vorgeschlagenen Änderungen im Bereich der Verstorbenenproblematik zu einem späteren als von den klagenden Krankenkassen angestrebten Zeitpunkt im Rahmen einer umfassenden Überarbeitung des Morbi-RSA vorzunehmen.

Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hatte jedoch am 04. Juli 2013 zwei Klagen, die darauf gerichtet waren, die Änderungen ab dem Ausgleichsjahr 2013 vorzunehmen, stattgegeben (Az. L 16 KR 774/12 KL; L 16 KR 800/12 KL). Entsprechende Entscheidungen des Landessozialgerichts

Nordrhein-Westfalen ergingen am 13. Februar 2014 auch für das Ausgleichsjahr 2014 (Az. L 16 KR 743/13 KL; L 16 KR 747/13 KL). Die hiergegen zunächst eingelegten Revisionen hat das Bundesversicherungsamt zurückgenommen. Die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen sind in der Folge rechtskräftig geworden; die entsprechenden Änderungen des Regressions- und Berechnungsverfahrens für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 sind mittlerweile umgesetzt.

Keinen Erfolg hatten hingegen Klagen, die empfohlenen Änderungen bereits für die Ausgleichsjahre 2009 sowie 2010, und vor allem für die Ausgleichsjahre 2011 und 2012 umzusetzen. Sämtliche Klagen hierzu hatte bereits erstinstanzlich das Landessozialgericht Nordrhein Westfalen abgewiesen (2009: Az. L 16 KR 88/09 KL; 2010: Az. L 16 KR 249/09 KL; 2011: Az. L 16 KR 732/12 KL; L 16 KR 756/12 KL; 2012: Az. L 16 KR 641/12 KL, L 16 KR 646/12 KL, L 16 KR 761/13 KL, L 16 KR 17/14 KL). Auch die hiergegen eingelegten Revisionen wurden vom Bundessozialgericht durch mehrere am 20. Mai 2014 ergangene Urteile zurückgewiesen (2009: Az. B 1 KR 2/14 R, 2010: Az. B 1 KR 3/14 R, 2012: Az. B 1 KR 16/14 R, B 1 KR 18/14 R). Die übrigen Verfahren endeten durch Rücknahmen der Revisionen oder wurden für erledigt erklärt.

Für beide Gerichte war letztlich entscheidend, ob die Ende September 2011 vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Evaluationsberichts veröffentlichte Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats, das Regressions- und Berechnungsverfahren zu ändern, bei der Vornahme der

Festlegungen für die jeweiligen Ausgleichsjahre bereits berücksichtigt werden konnte und musste. Besondere Bedeutung maßen beide Gerichte der Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen in das vor Bekanntmachung der Festlegungen zwingend durchzuführende Anhörungsverfahren bei. Dies war bei den bis zum 30. September 2012 vorzunehmenden Festlegungen für 2013 der Fall, nicht jedoch bei den bis zum 30. September 2011 vorzunehmenden Festlegungen für 2012 sowie für die Vorjahre.

Jenseits der geschilderten Verstorbenenproblematik hat das Bundessozialgericht am 20. Mai 2014 noch weitere Rechtsstreite zum Morbi-RSA rechtskräftig entschieden:

Drei Entscheidungen ergingen (u.a.) zur sog. Konvergenzklausel: Zwei Krankenkassen hatten gegen die in den Jahresausgleichsbescheiden 2009 bzw. 2010 festgesetzte Höhe der früher unter den Voraussetzungen des § 272 SGB V zu leistenden Konvergenzzuweisungen geklagt, mit denen auf Landesebene auftretende Mittelabflüsse in Folge der Einführung des Gesundheitsfonds ausgeglichen werden sollten. Die Klagen richteten sich gegen die verordnungsrechtliche Umsetzung des § 272 SGB V in der RSAV sowie festgesetzte Rückzahlungsverpflichtungen. Das Bundessozialgericht wies die Revisionen gegen die bereits erstinstanzlich klageabweisenden Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen zurück und bestätigte damit die verordnungsrechtliche Umsetzung und die Jahresausgleichsbescheide des Bundesversicherungsamtes (Az. L 16 KR 647/10 KL, B 1 KR 4/14 R; L 16 KR 88/09 KL, B 1 KR 2/14 R; L 16 KR 249/09 KL, B 1 KR 3/14 R).

Darüber hinaus bestätigte das Bundessozialgericht in einer weiteren Entscheidung, die als Grundsatzurteil zum Morbi-RSA angesehen werden kann, die Einführung sowie die gesetz- und verordnungsrechtliche Ausgestaltung des Morbi-RSA in verfassungsrechtlicher Hinsicht. Zudem bestätigte das Bundessozialgericht auch die vom Bundesversicherungsamt jährlich zu treffende Auswahl von 80 Krankheiten, die bei der Berechnung der Zuweisungen für die Krankenkassen besondere Berücksichtigung finden. Damit liegt nunmehr zu einer Reihe von verfahrensrechtlichen und inhaltlichen Fragestellungen rund um den Morbi-RSA höchstrichterliche Rechtsprechung vor, die für alle am Morbi-RSA beteiligten Institutionen einen erheblichen Zugewinn an Rechtsklarheit und Rechtssicherheit für die Zukunft bedeutet (Az. L 16 KR 24/09 KL, B 1 KR 5/14 R).

Im Bereich des Aufsichts- und Mitwirkungsrechts bestätigte das Bundessozialgericht eine vom Bundesversicherungsamt verweigerte Genehmigung einer zusätzlichen Satzungsleistung, die eine Krankenkasse auf der Grundlage von § 11 Abs. 6 SGB V erbringen wollte. § 11 Abs. 6 SGB V ermöglicht es Krankenkassen in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen für Versicherte in dort aufgeführten Leistungsbereichen anzubieten. Hierzu gehört auch der Bereich der künstlichen Befruchtung. Die Krankenkasse hatte beabsichtigt, bei nicht verheirateten aber in einer auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft lebenden Paaren bei einer künstlichen Befruchtung 75 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahme zu übernehmen, wenn beide Partner bei der betreffen-

den Krankenkasse versichert sind. Nach dem gesetzlichen Leistungskatalog haben nur verheiratete Paare einen Anspruch auf Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung (§ 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V).

Das Bundessozialgericht bestätigte die vom Bundesversicherungsamt verweiger- te Genehmigung sowie das erstinstanzliche klageabweisende Urteil des Landes- sozialgerichts Berlin-Brandenburg: § 11 Abs. 6 SGB V ermögliche den Krankenkassen nur „zusätzliche“ Leistungen zu den bereits gesetzlich vorgesehenen Leistungen anzubieten. Durch den von der Krankenkasse beabsichtigten Verzicht auf die gesetzliche Voraussetzung des Verheiratet- seins werde die vorgesehene Leistung zu einer anderen Leistung. Dass der Gesetzgeber Leistungen der künstlichen Befruchtung nur für verheiratete Paare vorgesehen habe, begegne keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, vor allem angesichts der nur in der Ehe bestehenden Möglichkeit, gegenseitige Solidarität auch rechtlich einzufordern (Az. L 1 KR 435/12 KL, B 1 A 1/14 R).

6.2 Selbstverwaltung

Genehmigung der Vorstandsdienstver- träge gem. § 35a Abs. 6a SGB IV

Gem. § 35a Abs. 6a SGB IV bedarf der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zu- stimmung der Aufsichtsbehörde. Da § 35a Abs. 6a SGB IV der Konkretisierung be- darf, haben die Aufsichtsbehörden über die Sozialversicherungsträger des Bundes und

der Länder gemeinsame Beurteilungskrite- rien in Form eines Arbeitspapiers entwi- ckelt, um eine einheitliche Zustimmungs- praxis sicherzustellen. Im Jahr 2014 wur- de das Arbeitspapier für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kas- senzahnärztlichen Vereinigungen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversi- cherung durch eine Arbeitsgruppe unter Fe- derführung des Bundesversicherungsamtes ergänzt. Eine von der Arbeitsgruppe nach einem Vorentwurf des Landes Brandenburg erarbeitete Neufassung des Arbeitspapiers wurde im Rahmen der 85. Arbeitstagung vom 11. bis 13. November 2014 in Kiel for- mell von den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder beschlossen.

Im Jahr 2014 hat das Bundesversicherungs- amt 22 formelle Bescheide nach § 35a Abs. 6a SGB IV erlassen: In drei Fällen wur- de die Zustimmung versagt. Alle drei Ab- lehnungsbescheide wurden beklagt. In ei- nem Verfahren (Landessozialgericht Rhein- land-Pfalz) wurden im Jahr 2014 Verhand- lungen aufgenommen, mit dem Ziel einen außergerichtlichen Vergleich abzuschließen und das sozialgerichtliche Verfahren zu be- enden. Ein Abschluss der beiden anderen Verfahren vor dem Landgericht Niedersach- sen-Bremen und dem Landessozialgericht Rheinland-Pfalz war Ende 2014 noch nicht abzusehen. In 19 Fällen wurde die Zustim- mung zu Neuabschlüssen, Verlängerungen oder Änderungen von Vorstandsdienstver- trägen erteilt. Ende des Jahres befanden sich weitere 19 Verträge in der Vorabstimmung. Es wurden im ganzen Jahr ca. 80 Anfragen (davon ca. 60 Vorabstimmungen) zum Be- reich Vorstandsdienstverträge bearbeitet.

Begleitung der Fusion von acht Sozialversicherungsträgern im selbstverwaltungsrechtlichen Teil der Satzung

Im Jahr 2014 erfolgten insgesamt drei freiwillige Vereinigungen von gesetzlichen Krankenversicherungsträgern. Die aufsichtsrechtliche Begleitung umfasste die Erarbeitung des selbstverwaltungsrechtlichen Teils der Satzung durch den Träger und zum anderen die Berufung der Mitglieder des Verwaltungsrates der jeweiligen Krankenkasse.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgte auf Grundlage des Gesetzes zur Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallkasse, zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und zur Änderung anderer Gesetze (BUK-Neuorganisationsgesetz – BUG-NOG) die Eingliederung der Unfallkasse des Bundes und der Eisenbahn-Unfallkasse in die Unfallversicherung Bund und Bahn. Die Erarbeitung des selbstverwaltungsrechtlichen Teils der Satzung durch den Träger wurde ebenfalls vom Bundesversicherungsamt begleitet.

6.3 Personal- und Dienstrecht

Begleitung der Fusion der Unfallkasse des Bundes und der Eisenbahn-Unfallkasse zur Unfallversicherung Bund und Bahn bei der Erstellung eines genehmigungsfähigen Personal- und Organisationskonzepts

Mit dem Gesetz zur Errichtung der Unfallversicherung Bund und Bahn (UVBBerG) entstand zum 01. Januar 2015 durch die Eingliederung der Unfallkasse des Bundes und der Eisenbahn-Unfallkasse die Unfallversi-

cherung Bund und Bahn als Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

Der Gesetzgeber hatte im selben Gesetz festgelegt, dass die beiden bisherigen Träger dem Bundesversicherungsamt bis zum 31. Juli 2014 ein Konzept zur Organisations- und Personalstruktur der zukünftigen Unfallversicherung Bund und Bahn vorzulegen haben, aus dem sich die geplanten Maßnahmen zur Realisierung von Synergieeffekten und zur Optimierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten ergeben. Dieses Konzept ist vom Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Finanzen und dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur zu genehmigen.

Nach der Gesetzesbegründung zu § 14 UVBBerG sollen durch Vereinigungen von Sozialversicherungsträgern Synergiepotenziale und Einsparungen erzielt werden. Bei der Errichtung der Unfallversicherung Bund und Bahn ist außerdem sicherzustellen, dass es zu keiner zusätzlichen Belastung des Bundes kommt. Um dies zu gewährleisten, sieht das Gesetz die Genehmigung eines Konzeptes zur Organisations- und Personalstruktur vor.

Maßstab für die Genehmigung war und ist, dass die beiden fusionierenden Träger im Rahmen ihrer Selbstverwaltungshoheit ein Konzept erstellen und zur Genehmigung vorlegen, das die geforderten Maßnahmen zur Realisierung von Synergieeffekten und zur Optimierung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten definiert. Die Entscheidung, welche konkreten Maßnahmen an-

gestrebt und durchgeführt werden sollen, obliegt grundsätzlich der Selbstverwaltung, der insoweit eine Einschätzungsprärogative zuzugestehen ist. Die Selbstverwaltung hat sich umfassend mit der Erschließung von Synergie- und Einspareffekten in allen Verwaltungs- und Verfahrensbereichen des neuen Trägers auseinanderzusetzen.

Nach fristgerechter Vorlage des Konzeptes durch die beiden damaligen Träger fand ein intensiver Austausch mit den beteiligten Bundesministerien hinsichtlich seiner Genehmigungsfähigkeit statt; die Bewertung des Konzeptes aus Sicht des Bundesversicherungsamtes und der Bundesministerien sowie vorzunehmende Ergänzungen und Änderungen wurden beiden Trägern ausführlich dargelegt. Insbesondere werden von einem genehmigungsfähigen Konzept detailliertere Angaben zum Thema Standort- und Immobilienkonzept einschließlich Raumplanung und -nutzung sowie die Festlegung konkreter Ziele hinsichtlich der Einsparung von Verwaltungs- und Verfahrenskosten erwartet. Hierbei geht das Bundesversicherungsamt davon aus, dass die Unfallversicherung Bund und Bahn bis spätestens zum Jahr 2020 Gesamteinsparungen in Höhe von gut 10 % auf Basis des Solls des Jahres 2014 erbringen kann.

Es bleibt abzuwarten, ob nunmehr eine genehmigungsfähige Konzeptfassung vorgelegt wird.

6.4 Allgemeines Aufsichtsrecht

Bundesversicherungsamt als Nachprüfungsstelle gem. § 21 VOB/A

Im Unterschwellenbereich hat das am Vergabeverfahren beteiligte Unternehmen keinen Primärrechtsschutz. Umso höher ist die Bedeutung der Aufsichtsbehörde.

Nach § 21 VOB/A muss in der Bekanntmachung und in den Vergabeunterlagen die Nachprüfungsstelle angegeben werden, an die sich der Bewerber oder Bieter zur Nachprüfung behaupteter Verstöße gegen die Vergabebestimmungen wenden kann.

Da das Bundesversicherungsamt über die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger die Rechtsaufsicht ausübt, müssen diese folglich bei Bauvorhaben im Unterschwellenbereich das Bundesversicherungsamt mit Anschrift angeben.

Aus den Fällen, die das Bundesversicherungsamt im Berichtszeitraum erreichten, sei folgender exemplarisch herausgegriffen:

Ein Sozialversicherungsträger hatte die Sanierung eines Therapiebeckens in einer seiner Kliniken ausgeschrieben. Ein Unternehmen wandte sich beschwerdeführend an das Bundesversicherungsamt und trug vor, bei der Ausschreibung sei das Gebot der produktneutralen Ausschreibung nach § 7 Abs. 8 VOB/A nicht gewahrt worden. Das Bundesversicherungsamt holte eine Stellungnahme des Trägers ein. Nach Auswertung dieser Stellungnahme kam es zu folgender Beurteilung der Sach- und Rechtslage:

Der Träger hatte seine Entscheidung, beim Austausch der defekten Wasseraufbereitungsanlage im Therapiebecken dort, wie schon im Bewegungsbecken der Klinik, eine Anlage einer bestimmten Firma zu installieren, mit wirtschaftlichen Gesichtspunkten begründet. So seien u.a. die Wartung und die Ersatzteilhaltung erheblich wirtschaftlicher, auch würde durch die Wasseraufbereitungsanlage der bestimmten Firma und das zum Einsatz kommende Elektrolyseverfahren eine höhere Betriebssicherheit erzielt werden. Das Bundesversicherungsamt stellte fest, dass die Bestimmungsfreiheit des Auftraggebers hinsichtlich des Auftragsgegenstandes nicht überschritten und auch nicht gegen den Grundsatz der produktneutralen Ausschreibung nach § 7 Abs. 8 VOB/A verstoßen worden war, so dass das Vorgehen des Sozialversicherungsträgers beanstandungsfrei blieb.

Bei seiner Bewertung zog es u.a. eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 22. Mai 2013 (VII – Verg 16/12) zur Bestimmungsfreiheit von Auftraggebern heran, wonach die vergaberechtlichen Grundsätze dann eingehalten sind, wenn die Bestimmung durch den Auftragsgegenstand sachlich gerechtfertigt ist, vom Auftraggeber hierfür nachvollziehbare objektive und auftragsbezogene Gründe genannt werden und die Bestimmung willkürfrei getroffen wird, solche Gründe auch tatsächlich gegeben sind und andere Wirtschaftsteilnehmer durch die Bestimmung nicht diskriminiert werden.

Im Ergebnis war, da diese Kriterien hier erfüllt waren, das Vorgehen des Trägers unter vergaberechtlichen Gesichtspunkten auf-

sichtsrechtlich nicht zu beanstanden.

Voraussetzungen für eine dringliche Auftragsvergabe

Im Berichtsjahr wandte sich eine Krankenkasse im Hinblick auf eine geplante Auftragsvergabe im Wege eines Verhandlungsverfahrens ohne Teilnahmewettbewerb an das Bundesversicherungsamt. Wie sie meinte, sei der Bedarf an Unterstützung durch einen externen Dienstleister nicht vorhersehbar gewesen und in Anbetracht der finanziellen Situation der Krankenkasse besonders dringlich. Daher seien die Voraussetzungen der Ausnahmebestimmung des § 3 EG Abs. 4 lit d) VOL/A erfüllt und ein Abweichen von der Verfahrenshierarchie des Vergaberechts sowie von einer europaweiten Bekanntmachung gerechtfertigt.

Das Bundesversicherungsamt musste die Hoffnungen der Krankenkasse auf ein vereinfachtes Vergabeverfahren dämpfen, indem es erläuterte, dass allein schon die dargestellte finanzielle Lage eine Dringlichkeit im Sinne der Ausnahmebestimmung nicht trägt. Auch für eine aufsichtsrechtliche Tolerierung des geplanten Vorhabens der Krankenkasse war kein Raum. In erster Linie stellt die Vorschrift auf nicht vorhersehbare Gefahren und Situationen höherer Gewalt ab. Bereits im Jahr 2013 hatte das Bundesversicherungsamt in seinem Rundschreiben vom 22. Oktober 2013 auf den engen Anwendungsbereich des § 3 EG Abs. 4 lit d) VOL/A hingewiesen. Die Krankenkasse ließ sich überzeugen und schrieb schließlich die Auftragsvergabe aus.

Zwischenzeitlich sind aufgrund von Äuße-

rungen der Europäischen Kommission die Möglichkeiten eines öffentlichen Auftraggebers, sich mit Erfolg auf den Ausnahmestatbestand der besonderen Dringlichkeit zu berufen, weiter eingeschränkt worden. Bei Verstößen gegen die Verpflichtung zu einem Teilnahmewettbewerb ist letztlich die Gefahr nicht ausgeschlossen, dass ein Vertragsverletzungsverfahren eingeleitet wird.

Das Bundesversicherungsamt bietet den seiner Aufsicht unterstehenden Sozialversicherungsträgern an, im Rahmen einer vergaberechtlichen Gegenprüfung im Sinne des Vier-Augen-Prinzips potenzielle Risiken zu prüfen; vgl. hierzu für weitere Einzelheiten das Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 13. März 2015.

Gericht bestätigt Verbot der Innenrepräsentation

Mit Urteil vom 29. Januar 2014 hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes bestätigt, dass die Ausrichtung von Betriebsfeiern auf Kosten eines Sozialversicherungsträgers gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gem. § 69 Abs. 2 SGB IV verstößt. Die dem Urteil zugrunde liegende Klage richtete sich gegen einen Bescheid des Bundesversicherungsamtes, durch den die betroffene Krankenkasse verpflichtet wurde, ihren Vorstand wegen unzulässiger Verwendung von Haushaltsmitteln in Regress zu nehmen.

Am 19. Juni 2009 richtete die Krankenkasse für ihre Mitarbeiter im Anschluss an eine Personalversammlung eine Betriebsfeier aus. Die Kosten für die Bewirtung von 440

Personen beliefen sich auf knapp 38.000 Euro. Obwohl sowohl der Prüfdienst Krankenversicherung als auch das zuständige Aufsichtsreferat des Bundesversicherungsamtes den Vorstand zuvor ausdrücklich auf die Unzulässigkeit einer entsprechenden Mittelverwendung hingewiesen hatten, wurden für eine weitere Betriebsfeier am 19. November 2010 erneut mehr als 36.500 Euro ausgegeben.

Nachdem eine förmliche Beratung keinen Erfolg hatte, sah sich das Bundesversicherungsamt veranlasst, den Verwaltungsrat der Krankenkasse zu verpflichten, den Vorstand hinsichtlich des der Krankenkasse durch die unzulässige Bewirtung der Mitarbeiter im Rahmen der Betriebsfeiern entstandenen Schadens in Regress zu nehmen.

Wie zuvor das Bundesversicherungsamt verweist auch das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen auf die Ausführungen des Bundessozialgerichts vom 29. Februar 1984 (Az. 8 RK 27/82), wonach die Begriffe Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit eine Mittel-Zweck-Relation umschreiben, mit dem Ziel, bei der Verwendung der Mittel das Maß des Notwendigen nicht zu überschreiten. Ein inhaltliches Kriterium zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist dabei die „Funktionsfähigkeit der Verwaltung“. Gemessen an diesem Kriterium ist ein Zuschuss zur Förderung der Betriebsgemeinschaft nur wirtschaftlich, wenn ohne diese Sonderleistung keine sachgerechten geeigneten Arbeitsbedingungen zur Verfügung gestellt werden können, um die Verwaltung aufrecht zu erhalten. Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen betont, dass auch vor dem Hintergrund, dass wegen der Fusi-

on von Krankenkassen zwei Belegschaften zusammengeführt werden mussten, nicht einmal ansatzweise zu erkennen sei, inwiefern die Übernahme von Bewirtungskosten bei Betriebsfeiern für die Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Verwaltung notwendig gewesen sein könnte.

Außerdem ist das Landessozialgericht der Krankenkasse auch nicht in ihrer Argumentation gefolgt, seit der GKV-Novelle von 1996 seien die in dem vorgenannten Urteil des Bundessozialgerichts aufgeführten Grundsätze überholt, weil der Gesetzgeber inzwischen im IV. und V. Buch des Sozialgesetzbuches die Maßstäbe der Privatwirtschaft verankert habe. Zwar habe der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz das Modell der Dienstordnungsangestellten in der Krankenversicherung mit seinen beamtenähnlichen Strukturen bewusst auslaufen lassen. Das hier allein relevante Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sei jedoch an keiner Stelle auch nur abgeschwächt worden. Vielmehr sei zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. Dezember 2010 die gesetzlichen Vorgaben zumindest im Hinblick auf die Verwaltungskosten sogar verschärft habe, indem sich die Verwaltungsausgaben in den Jahren 2011 und 2012 gegenüber dem Jahr 2010 nicht erhöhen durften (§ 4 Abs. 4 Satz 2 SGB V).

Wegen der eindeutigen Rechtslage hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen die Revision nicht zugelassen. Die Nichtzulassungsbeschwerde der betroffenen Betriebskrankenkasse wurde vom Bundessozialgericht mit Beschluss vom 19.

März 2015 als unzulässig verworfen, da die Begründung nicht den aus § 160a Abs. 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung der geltend gemachten Zulassungsgründe der grundsätzlichen Bedeutung und des Verfahrensmangels entsprach.

Das Bundesversicherungsamt wird künftig auch bei anderen Sozialversicherungsträgern verstärkt darauf achten, dass das Verbot der Innenrepräsentation beachtet wird.

Eckpunkte für die Sicherung von Online-Portalen - insbesondere vor unbefugten Zugriffen auf Patientendaten

Im Juni 2014 berichtete die Rheinische Post, wie es einer Testperson gelungen ist, sich mittels Identitätsdiebstahl unbefugt Zugang zu Patientendaten zu erschleichen. Das Szenario beinhaltete die telefonische Änderung der Postadresse des Versicherten, wobei sich der Anrufer mit authentischen Daten eines „eingeweihten“ Versicherten identifiziert hatte. Im zweiten Schritt wurde ein Online-Account neu eröffnet und der Aktivierungsschlüssel an die geänderte Postadresse geleitet. Im Ergebnis konnte die Testperson nun alle Online-Dienste nutzen, einschließlich der sog. Patientenquittung gem. § 305 Abs. 1 SGB V.

Das Bundesversicherungsamt hat diesen Vorgang zum Anlass genommen, eine Stichprobe der eingesetzten Online-Verfahren bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen zu erheben. Es zeigte sich u. a., dass sowohl die zur Verfügung gestellten Dienste als auch die eingesetzten Sicherheitsmaßnahmen sehr heterogen waren. Im September 2014 stellte das Bundesver-

sicherungsamt daher in einem Rundschreiben klar, dass Online-Accounts über einen allgemein hohen Schutzbedarf hinaus insbesondere dann einem sehr hohen Schutzbedarf unterliegen, wenn Gesundheitsdaten damit über das Internet übermittelt werden sollen. Um diesen Schutzbedarf zu erfüllen, sind neben einer hinreichenden Verschlüsselung der Datenverkehrsverbindung auch starke Mechanismen zur Authentifizierung des Teilnehmers erforderlich. Das Registrierungsverfahren, das einer Teilnahme an online-basierten Verfahren vorausgeht, sollte ebenfalls hinreichend sicher sein.

Das Thema elektronische Kommunikation der Träger wird seit Längerem vom Bundesversicherungsamt behandelt. In Zukunft soll die sichere Ausgestaltung von Online-Portalen ein weiterer Handlungsschwerpunkt bei Prüfungen und anderen Maßnahmen des Bundesversicherungsamtes sein.

6.5 Vermögenwirtschaft

Genehmigungen und Anzeigen von Immobilienmaßnahmen

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

setzen.

Mit den sog. „Grundsätzen 85“ hat das Bundesversicherungsamt den Sozialversicherungsträgern einen Leitfaden als Handlungsanweisung für die Genehmigungs- und Anzeigeverfahren im Immobilienbereich zur Verfügung gestellt, der auch auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes unter der Rubrik „Finanzen und Vermögen“ abrufbar ist. Dieser umfasst neben den Ausführungen zu den verfahrenstechnischen Fragen und der Erläuterung der für die Prüfung vorzulegenden Unterlagen insbesondere Hinweise zu den Themenkomplexen Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen, Vergaberecht, Vertragsgestaltung von Grunderwerben und Erbbaurechte sowie zu der Bemessung von Büroraumflächen. Im März 2014 erfolgte eine Aktualisierung dieser Grundsätze. Es wurden u.a. neue Kapitel zu den haushaltsrechtlichen Bestimmungen und zur Durchführung von Immobilienmaßnahmen als öffentlich-private Partnerschaft (ÖPP)-Projekt eingefügt sowie die Werte zur Genehmigungsfreigrenze auf der Grundlage des aktuellen Baukostenindex überarbeitet. Ferner wurden die Flächenzuschläge für IT-Ausstattung in Büroräumen gestrichen, da diese nicht mehr zeitgemäß waren.

Im Jahr 2014 wurde für Immobilienmaßnahmen ein Anlagevolumen in Höhe von insgesamt 143,1 Mio. Euro genehmigt bzw. angezeigt:

Immobilienmaßnahmen der Sozialversicherungsträger			
Anlagegegenstand	Anlagevolumen in Millionen €		
	2012	2013	2014
Genehmigungen:			
Darlehen	46,6	11,6	15,8
Grunderwerbe	23,0	25,1	29,3
Baumaßnahmen	29,1	121,3	32,8
Anzeigen:			
Zuschüsse	33,4	27,5	12,6
Baumaßnahmen	5,1	79,0	52,6
Summe	137,2	264,5	143,1

In den einzelnen Maßnahmenbereichen wurden 2014 insgesamt 191 Vorgänge bearbeitet (2013: 203 Vorgänge; 2012: 260 Vorgänge):

Maßnahmenbereich	2013	2014
Genehmigungen von Darlehen	88	96
Genehmigungen von Grunderwerben	2	5
Genehmigungen von Baumaßnahmen	9	12
Anzeigen von Zuschüssen	88	62
Anzeigen von Baumaßnahmen	16	16

Im Jahr 2014 hatte das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über insgesamt 63 laufende Baumaßnahmen mit einem Genehmigungs- und Anzeigevolumen von 765,5 Mio. Euro geführt (2013: 63 laufende Projekte mit 856,0 Mio. Euro Volumen; 2012: 48 laufende Projekte mit 694,0 Mio. Euro Volumen). Bei zwölf Baumaßnahmen mit einem Abrechnungsvolumen von insgesamt 75,2 Mio. Euro hat das Bundesversi-

cherungsamt die Abschlussberichte geprüft (2013: 8 Projekte mit 44,8 Mio. Euro Volumen; 2012: 6 Projekte mit 37,7 Mio. Euro Volumen).

Hinweise für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen

Die Sozialversicherungsträger haben sowohl bei der Aufstellung als auch bei der Ausführung des Haushaltsplans die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Zudem haben Sie den Nachweis der Wirtschaftlichkeit finanzwirksamer Maßnahmen durch angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen zu führen.

Aufgrund der Bedeutung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen für wirtschaftliches Handeln sowie der Komplexität des Themas ist es erforderlich, dass die Sozialversicherungsträger entweder durch Richtlinien oder durch Arbeits- bzw. Dienstanweisungen die Umsetzung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen in ihrem Bereich konkretisieren. Im Hinblick auf eine einheitliche Rechtsanwendung und die Etablierung möglichst einheitlicher Standards zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durch die Sozialversicherungsträger hat das Bundesversicherungsamt mit Rundschreiben vom 30. Januar 2015 Hinweise für die Ausgestaltung einer Richtlinie für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen in der Sozialversicherung veröffentlicht.

Sicherheit der Geldanlagen

Die Sozialversicherungsträger müssen ihr Geld sicher, liquide und unter Erzielung eines angemessenen Ertrages anlegen. Vorrang hat dabei der Grundsatz der Sicherheit

(Anschein des Verlustausschlusses). Zur Beachtung dieses Grundsatzes enthält § 83 Abs. 1 SGB IV einen Katalog zulässiger Geldanlagemöglichkeiten. In der Regel werden Geldanlagen getätigt, die eine Gewährleistung zur Rückzahlung des Anlagebetrages sowie der Zinsen umfassen. Die Gewährleistung erfolgt über die freiwilligen Sicherungseinrichtungen der Kreditwirtschaft („Einlagensicherung“). Das Bundesversicherungsamt informiert die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger und ihre Verbände jährlich über die Höhe der über die Sicherungseinrichtungen bestehenden Gewährleistungen.

Bereits mit Rundschreiben vom 23. Juli 2012 hatte es auf die seinerzeit beschlossene schrittweise Senkung der freiwilligen Sicherungsgrenzen des Bundesverbandes deutscher Banken e. V. hingewiesen. Mit Rundschreiben vom 05. Dezember 2014 informierte das Bundesversicherungsamt die Träger der Sozialversicherung über Änderungen an den Statuten der Sicherungseinrichtungen sowie über die jeweiligen Mitgliedsinstitute und die für diese geltenden Sicherungsgrenzen, insbesondere über die Änderung des Statutes des freiwilligen Einlagensicherungsfonds des Bundesverbandes deutscher Banken e.V. mit Wirkung ab 01. Januar 2015. Die Sicherungsgrenze wird demnach schrittweise zunächst auf 20 % und – ab dem 01. Januar 2020 – auf 15 % des haftenden Eigenkapitals abgesenkt. Ab dem 01. Januar 2025 wird die Sicherungsgrenze 8,75 % des haftenden Eigenkapitals betragen.

Gem. § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB IV ist der Erwerb von Anteilen an Sondervermögen

(Publikumsfonds und Spezialfonds) durch Träger der Sozialversicherung unter den dort genannten Voraussetzungen zulässig. Durch das Inkrafttreten des Kapitalanlagegesetzbuches (KAGB) am 21. Juli 2013 ist das bis dahin maßgebende Investmentgesetz aufgehoben worden. Das Bundesversicherungsamt hat deshalb mit dem Bundesverband für Investment und Asset Management e.V. Musteranlagebestimmungen im Hinblick auf das Vermögensrecht des SGB IV abgestimmt. Diese Musteranlagebestimmungen hat das Bundesversicherungsamt mit Rundschreiben vom 05. Dezember 2014 veröffentlicht.

Aufsichtsprüfung der liquiden Vermögensanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

Das Bundesversicherungsamt hat, wie bereits in den Vorjahren, im Jahr 2014 die liquiden Vermögensanlagen aller bundesunmittelbaren Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungsträger sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und der Künstlersozialkasse (KSK) zum Stichtag 31. Dezember 2013 geprüft.

Vermögensabfragen dieser Art werden seit dem Jahr 2009 durchgeführt. Das Ziel dieser Aufsichtsprüfung ist es, festzustellen, ob bei der Anlage und Verwaltung der Geldanlagen die Vorgaben der §§ 80, 83 ff. SGB IV eingehalten wurden. Die erhobenen Daten geben außerdem einen Überblick über das Anlagevolumen und das Anlageverhalten der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger, der SVLFG sowie der KSK.

Die Erhebungen erfolgten auf der Grundlage mehrerer Meldevordrucke, in denen die Träger ihre Geldanlagen den vorgegebenen Anlagekategorien (vor allem Einlagen, Wertpapiere und Investmentvermögen) zugeordnet haben.

Es wurde insbesondere geprüft, ob die Einlagen der Träger durch die jeweiligen freiwilligen Sicherungseinrichtungen der Kreditwirtschaft vollständig abgesichert waren.

Im Falle einer Insolvenz eines Kreditinstituts können die damit einhergehenden Zahlungsverzögerungen aber nicht nur die Sicherheit der Geldanlagen, sondern auch die Liquidität eines Trägers beeinträchtigen. Dies gilt insbesondere bei Vorliegen einer einseitigen Vermögensanlage (sog. Klumpenrisiko). Dieses Risiko lässt sich vor allem durch Diversifikation der Anlagebeträge auf mehrere Kreditinstitute reduzieren. Deshalb wurde ergänzend geprüft, ob die Träger auch eine ausreichende Risikostreuung vorgenommen haben.

Aus der durchgeführten Erhebung lassen sich folgende Erkenntnisse ableiten:

Die freiwillige Einlagensicherungsgrenze einzelner Kreditinstitute beim Bundesverband deutscher Banken e.V. wurde am 31. Dezember 2013 von allen Trägern eingehalten. Bei der Prüfung war zu berücksichtigen, dass diese Sicherungsgrenzen ab dem 01. Januar 2015 schrittweise abgesenkt werden. Dies musste bereits zum Stichtag 31. Dezember 2013 beachtet werden, da die Absenkung für alle Einlagen, die nach dem 31. Dezember 2011 begründet oder verlängert wurden und eine Laufzeit über den

01. Januar 2015 hinaus haben (vgl. § 6 Nr. 1 des Statuts der freiwilligen Sicherungseinrichtung des Bankenverbands), schon gelten.

Die Vermögensanlage und -verwaltung von 15 Trägern wies Klumpenrisiken auf. Elf dieser Sozialversicherungsträger verfügten bereits im Vorjahr über Klumpenrisiken. Vier Träger wurden in der Prüfung zum 31. Dezember 2013 erstmals auffällig. Neun Träger legten ihr Anlagevermögen im Jahr 2013 breiter an und reduzierten somit das Klumpenrisiko aus dem Vorjahr.

Die betroffenen Sozialversicherungsträger, die im Jahr 2012 unauffällig waren, jedoch zum Ende des Jahres 2013 ein Klumpenrisiko aufwiesen, wurden auf die festgestellten Klumpenrisiken hingewiesen und gebeten, ihr Anlagevermögen so umzuschichten, dass diese Risiken künftig vermieden werden. Die elf Träger, bei denen bereits zum Stichtag 31. Dezember 2012 ein Klumpenrisiko festgestellt wurde, befinden sich hierzu im Stellungnahmeverfahren mit dem Bundesversicherungsamt.

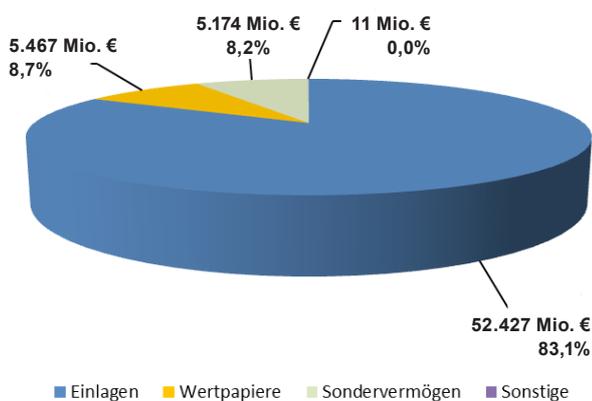
Die statistische Auswertung der erhobenen Daten hat zudem Folgendes ergeben:

Die geprüften Sozialversicherungsträger verfügten Ende 2013 über ein liquides Anlagevermögen in Höhe von rd. 63,07 Mrd. Euro, was einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr um 3,34 Mrd. Euro bzw. 5,6 % entspricht (31. Dezember 2012: 59,73 Mrd. Euro; 31. Dezember 2011: 50,33 Mrd. Euro). Im Unterschied zu den Unfallversicherungsträgern konnten die bundesunmittelbaren Krankenkassen (+ 14,6 %) und Rentenversi-

cherungsträger (+ 4,3 %) einen Anstieg der liquiden Mittel verzeichnen. Die liquiden Mittel der Unfallversicherung reduzierten sich leicht um 1,6 %.

Die Verteilung der Vermögensanlagen auf die jeweiligen Anlagekategorien ist der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

Vermögensanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger zum 31. Dezember 2013 nach Anlagekategorien



Danach wurden rd. 83,1 % der Anlagen in Einlagen getätigt (31. Dezember 2012: 84,6 %; 31. Dezember 2011: 84,0 %). Der Anteil der Investmentvermögen am gesamten Anlagevermögen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr von 7,8 % auf 8,2 % (2011: 7,4 %). Der in einzelne Wertpapiere investierte Anteil erhöhte sich ebenfalls von 7,4 % auf 8,7 % (2011: 8,8 %).

Entsprechend den Spezialvorschriften des SGB VI haben die DRV Bund und die DRV Knappschaft Bahn See (DRV KBS) die Nachhaltigkeitsrücklage zu fast 100 Prozent in Einlagen angelegt. Auch bei den bundesunmittelbaren Krankenkassen stellen die Sicht- und Termingelder mit 74 %

der liquiden Mittel die dominierende Anlageform dar, der Anteil am Gesamtvermögen in der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich jedoch gegenüber dem Vorjahr von 77,4 % auf 74 % reduziert. Der Anteil der Mittel, die längerfristig in Investmentvermögen gem. § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB IV investiert wurde, stieg gegenüber dem Vorjahr von 6 % auf 8,6 %. Im Unterschied hierzu hat sich die Anlagestruktur der bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger im Jahr 2013 entwickelt. Rund 71 % der liquiden Mittel wurden in Einlagen angelegt. Dies entspricht einer Erhöhung gegenüber dem Vorjahr von 6 Prozentpunkten. Das längerfristige Investmentvermögen gem. § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB IV sank im gleichen Zeitraum von 32 % auf 25 % (vgl. auch in diesem Bericht Ziffer 8.6.6 „Anlagesicherheit“, S. 142 f.).

Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes bei der Führung privatrechtlicher Gesellschaften

§ 83 Abs. 1 Nr. 7 SGB IV ermöglicht es den Sozialversicherungsträgern, sich an gemeinnützigen Einrichtungen zu beteiligen. Weitere Voraussetzungen zur Begründung einer Beteiligung und die sich hieraus ergebenden Pflichten der Sozialversicherungsträger sind in § 25 SVHV geregelt. Die rechtlichen Vorgaben und Empfehlungen enthalten die Grundsätze des Bundesversicherungsamtes zur Beteiligung von Sozialversicherungsträgern an privatrechtlichen Gesellschaften. Diese sehen für die Sozialversicherungsträger in Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit nach § 69 Abs. 2 SGB IV u.a. die Einrichtung eines angemessenen Beteiligungscontrollings

vor.

Im Rahmen der Prüfung einer Unfallklinik wurde der Frage nachgegangen, ob diese wirtschaftlich zum Vorteil der beteiligten Sozialversicherungsträger betrieben wird. Untersucht wurde außerdem, ob die Sozialversicherungsträger als Gesellschafter über ein funktionsfähiges Beteiligungscontrolling verfügen und deren Einflussmöglichkeit über den Aufsichtsrat der Unfallklinik in angemessener Weise gewährleistet ist.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass das Wirtschaftlichkeits- und Sparsamkeitsgebot nach § 69 Abs. 2 SGB IV nicht bei allen finanzwirksamen Entscheidungen ausreichend beachtet wurde. Insbesondere weitere Beteiligungen einer Beteiligungsgesellschaft eines Sozialversicherungsträgers können einen Risikofaktor für die Wirtschaftlichkeit darstellen. Daher ist es umso schwerwiegender, dass die Voraussetzungen für ein funktions- und leistungsfähiges Beteiligungscontrolling bei der geprüften Unfallklinik derzeit nicht erfüllt sind. Darüber hinaus gibt es Anzeichen dafür, dass der Aufsichtsrat der Unfallklinik seine Kontroll- und Steuerungskompetenzen in der Vergangenheit nicht hinreichend genutzt hat.

Die Träger der Unfallklinik wurden aufgefordert, dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz in der Zukunft die notwendige Beachtung zu schenken, die gebotenen Verbesserungen im Bereich des Beteiligungscontrollings zügig umzusetzen sowie künftig dafür Sorge zu tragen, dass der Aufsichtsrat seine Befugnisse im erforderlichen Umfang wahrnimmt.

Vergütung der leitenden Beschäftigten der Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung verfügen bisher über keinen einheitlich anzuwendenden Kriterienkatalog für die Gestaltung der Vergütungen der leitenden Beschäftigten in ihren Rehabilitationskliniken – ärztliche Leitungen und Verwaltungsleitungen. Nach Erkenntnissen des Bundesversicherungsamtes bestanden erhebliche Unterschiede bei den Vergütungen der leitenden Beschäftigten der 16 Träger der Deutschen Rentenversicherung. Um einen, mit den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht zu vereinbarenden Einkommens-Überbietungswettbewerb für die leitenden Beschäftigten zu vermeiden, hat das Bundesversicherungsamt die Vergütungsstrukturdaten des Leitungspersonals der Rehabilitationskliniken aller 16 Träger der Deutschen Rentenversicherung erhoben. Die Erhebung der Strukturdaten sollte vor allem Aufschluss darüber geben, in welcher Höhe (Grundvergütung und etwaige Zulagen) und nach welchen Regelungen (tariflich, außertariflich und/ oder übertariflich) innerhalb der Deutschen Rentenversicherung vergütet wird.

Die Auswertung der Abfrage ergab, dass sich die Vergütung des leitenden Personals der Rehabilitationskliniken insgesamt als heterogen darstellt. Einzelne Träger vergüteten ihr leitendes Personal einheitlich, bei anderen Trägern beruht die Vergütung je nach Reha-Klinik auf tariflichen, übertariflichen und/ oder außertariflichen Regelungen, unabhängig von bestimmten Kriterien. Ohne einen einheitlich anzuwendenden Kriterien-

katalog erscheinen die Unterschiede in den Vergütungsstrukturen nicht sachgerecht. Eine weiter ins Detail gehende Analyse konnte das Bundesversicherungsamt nicht vornehmen, da zum einen gegenüber den Trägern der Deutschen Rentenversicherung die Anonymität der Daten zugesichert worden war und zum anderen nicht von allen Trägern der Deutschen Rentenversicherung klinikbezogene Daten vorlagen.

Das Bundesversicherungsamt hat der Deutschen Rentenversicherung Bund empfohlen, eine weitergehende Analyse durchzuführen und einen Kriterienkatalog für die Vergütung der leitenden Beschäftigten der Rehabilitationskliniken zu erstellen.

7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS

7. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH UND GESUNDHEITSFONDS

7.1 Allgemeines/ Verfahren

Die Beitragseinnahmen aus dem bundesweit einheitlichen allgemeinen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung werden vom Bundesversicherungsamt als Sondervermögen, dem Gesundheitsfonds, verwaltet. Die Krankenkassen sind zuständig für den Einzug der Beiträge und leiten die eingezogenen Krankenversicherungsbeiträge 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, Rehabilitanden und aus Versorgungsbezügen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner und die Minijob-Zentrale Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Weitere Direktzahler sind die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassen kommunalen Träger für die Beiträge aus Arbeitslosengeld I und II, die Künstlersozialkasse sowie das Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr. Schließlich leistet der Bund den Bundeszuschuss nach § 221 SGB V an den Gesundheitsfonds.

Der Gesundheitsfonds stellt den Krankenkassen zur Finanzierung ihrer Aufgaben die Beitragseinnahmen in Form von Zuweisungen zur Verfügung. Hierbei ist zu unterscheiden 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.

Die Gesamthöhe der Zuweisungen an die Krankenkassen legt das Bundesversicherungsamt im Herbst des Vorjahres verbindlich fest. Grundlage hierfür war für die Zuweisungen 2014 die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V in der Fassung bis 31. Juli 2014 und für die Zuweisungen 2015 die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 n. F. SGB V durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen. Die Ministerien werden wiederum bei dieser Festlegung vom Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt beraten. Dem Schätzerkreis gehören Experten des Bundesministeriums für Gesundheit,

des GKV-Spitzenverbandes und des Bundesversicherungsamtes an. Er 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 2014 wurde auf der Grundlage der Ergebnisse des Schätzerkreises vom 09./ 10. Oktober 2013 der durchschnittliche Zusatzbeitrag auf 0 Euro festgelegt; dadurch entfiel im Jahr 2014 die Notwendigkeit eines Sozialausgleichs.

Neben der Gesamthöhe der Zuweisungen muss auch festgelegt werden, welchen Anteil die einzelnen Krankenkassen an den Zuweisungen erhalten. Um dabei dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen, wird ein Risikostrukturausgleich (RSA) durchgeführt, an dem alle gesetzlichen Krankenversicherungsträger mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen teilnehmen.

Der Grundgedanke des RSA ist, die finanziellen Folgen der Ungleichverteilung der Morbiditätsrisiken und der Familienlasten zwischen den Krankenkassen auszugleichen. Bei Einführung des RSA im Jahr 1994 waren allein Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus als Morbiditätsrisi-

ken zu berücksichtigen. Seit dem Jahr 2009 wird der RSA um Morbiditätszuschläge für 80 Krankheiten ergänzt. Die Morbidität der Versicherten wird dabei auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen erfasst.

Im Übrigen waren bis Ende des Jahres alle Vorbereitungen zur Installierung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V zu treffen, damit im Januar 2015 das Verfahren – Verwaltung und Bescheidung der Mittel aus Zusatzbeiträgen – reibungslos starten konnte.

7.2 Risikostrukturausgleich

7.2.1 Grundlagen

Jede Krankenkasse erhält für jeden ihrer 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 individuellen 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 177 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) (im Jahr 2014),
- 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 ist als monatliches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich ausgestaltet. Die Berechnung der individuellen Zuweisungen fußt gem. § 266 Abs. 6 SGB V auf kasseneinheitlichen Werten, die jährlich vom Bundesversicherungsamt ermittelt und bekannt gegeben werden. Dies sind insbesondere die Grundpauschale, die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge, die standardisierten Verwaltungsausgaben je Versicherten und die standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen.

7.2.2 Monatliches Abschlagsverfahren 2014

Bekanntgabe der Berechnungswerte

Die Berechnungswerte für 2014 hatte das Bundesversicherungsamt bereits mit der „Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/ 2014“ am 15. November 2013 veröffentlicht. Die Grundpauschale je Versicherten wurde für 2014 mit monatlich rd. 224 Euro ermittelt.

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.

Strukturanpassungen

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

Die folgende Tabelle zeigt die Zuweisungen 2014 einschließlich erster und zweiter Strukturanpassung. Die Zuweisungen 2014 werden nochmals im Rahmen der dritten Strukturanpassung im März 2015 und endgültig im Rahmen des Jahresausgleichs bis Ende 2015 angepasst.

Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2014 (einschließlich 1. und 2. Strukturanpassung)						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen	für DMP	„mitgliederbezogene Veränderung § 40 RSAV“	Gesamt
AOK	72,0 Mrd. €	3,7 Mrd. €	0,340 Mrd. €	0,408 Mrd. €	0 Mrd. €	76,5 Mrd. €
BKK	27,8 Mrd. €	1,6 Mrd. €	0,162 Mrd. €	0,121 Mrd. €	0 Mrd. €	29,6 Mrd. €
VdEK	68,6 Mrd. €	3,7 Mrd. €	0,368 Mrd. €	0,306 Mrd. €	0 Mrd. €	73,0 Mrd. €
IKK	12,8 Mrd. €	0,7 Mrd. €	0,076 Mrd. €	0,057 Mrd. €	0 Mrd. €	13,6 Mrd. €
KBS	6,5 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,024 Mrd. €	0,041 Mrd. €	0 Mrd. €	6,9 Mrd. €
GKV	187,7 Mrd. €	10,0 Mrd. €	0,972 Mrd. €	0,933 Mrd. €	0 Mrd. €	199,6 Mrd. €

7.2.3 Jahresausgleich 2013

Nach Vorlage der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2013 der Krankenkassen wurden im November 2014 die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (RSA) im Jahresausgleich 2013 endgültig festgestellt und der Ausgleichsbetrag für Zuweisungen 2013 unter Anrechnung der im monatlichen Verfahren ausgezahlten Abschlagszahlungen festgesetzt. Insgesamt wurden den Krankenkassen rd. 192 Mrd. Euro zugewiesen. Die Verteilung der Zuweisungen nach Kassenarten ist der folgenden Übersicht zu entnehmen.

der Verwaltungsausgaben und zu 0,5 % zur Deckung von Satzungs- und Ermessensleistungen. Insgesamt standen knapp 1,3 % der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Jahr 2013 keine Ausgaben der Krankenkassen gegenüber. Somit wurden mehr als 2,4 Mrd. Euro als sogenannte mitgliederbezogene Erhöhung der Zuweisungen ausgezahlt.

Die gleichzeitige Korrektur des Jahresausgleichs 2012 auf Grundlage von Korrekturmeldungen der Versichertentage 2012 führte zu einer Umverteilung von Zuweisungen zwischen den Kassenarten in Höhe von ins-

Zuweisungen nach Kassenarten im Jahresausgleich 2013						
Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen - Pandemie	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 41 RSAV	Gesamt
AOK	68,5 Mrd. €	3,6 Mrd. €	0,308 Mrd. €	0,395 Mrd. €	0,849 Mrd. €	73,7 Mrd. €
BKK	26,5 Mrd. €	1,6 Mrd. €	0,147 Mrd. €	0,114 Mrd. €	0,393 Mrd. €	28,7 Mrd. €
VdEK	64,7 Mrd. €	3,6 Mrd. €	0,329 Mrd. €	0,286 Mrd. €	0,919 Mrd. €	69,9 Mrd. €
IKK	12,0 Mrd. €	0,7 Mrd. €	0,069 Mrd. €	0,053 Mrd. €	0,187 Mrd. €	13,1 Mrd. €
KBS	6,2 Mrd. €	0,3 Mrd. €	0,022 Mrd. €	0,039 Mrd. €	0,066 Mrd. €	6,6 Mrd. €
GKV	178,0 Mrd. €	9,8 Mrd. €	0,875 Mrd. €	0,886 Mrd. €	2,414 Mrd. €	192,0 Mrd. €

Den für das Jahr 2013 zugesagten Zuweisungen in Höhe von fast 192 Mrd. Euro standen tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von mehr als 189,5 Mrd. Euro gegenüber. Die Zuweisungen dienten etwa zu 93 % zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben, zu 5,2 % zur Deckung

gesamt 8,2 Mio. Euro.

Änderungen im Berechnungsverfahren im Jahresausgleich 2013

Im Jahresausgleich 2013 hatte das Bundesversicherungsamt zusätzliche Änderungen

im Berechnungsverfahren umzusetzen. Zum einen waren die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 04. Juli 2013 bezüglich der Annualisierung der Kosten für unterjährig verstorbene Versicherte umzusetzen, zum anderen waren mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 ab dem Jahresausgleich 2013 Sonderregelungen für die Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte sowie für Krankengeld eingeführt worden.

7.2.4 Weiterentwicklung

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

Das sind insbesondere

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

Bei diesen Fragen wird das Bundesversicherungsamt vom **Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs** beraten. Im Jahr 2014 gehörten dem Beirat Prof. Dr. Saskia Drösler, Prof. Dr. Joerg Hasford, Prof. Dr. Marion Schaefer, Dr. Ingrid Schubert, 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 RSA 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 2015 zu berücksichtigenden Krankheiten war bereits am 06. Dezember 2013 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 04. März 2014 die nach § 31 Abs. 1 Satz 2 RSAV zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015 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 10. April und 07. Juli 2014 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 2015 wurde am 17. Juli 2014 durch das Bundesversicherungsamt veröffentlicht und nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes am 30. September 2014 als Festlegung für das Ausgleichsjahr 2015 bekannt gegeben.

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

7.2.5 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Grundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind umfangreiche Datenmeldungen der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt, die sämtliche abgerechneten ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen umfassen. Insgesamt wurden im Jahr 2014 über sechs Mrd. Datensätze angenommen und verarbeitet. Die Prüfung der Daten ist daher ein wichtiges Aufgabengebiet.

Prüfungen nach § 273 SGB V

Im Rahmen des § 273 SGB V überprüft das Bundesversicherungsamt die Zulässigkeit dieser Morbiditätsdaten. Das dreistufige Verfahren, das die Verwendung manipulierter Daten im RSA verhindern soll, setzt sich aus Auffälligkeitsprüfungen, Einzelfallprüfungen sowie ggf. der Erhebung eines Korrekturbetrages zusammen.

Das Bundesversicherungsamt hat im Jahr 2014 die aus der regulären Auffälligkeitsprüfung des Berichtsjahres 2009 resultie-

renden Einzelfallprüfungen nach § 273 Abs. 3 Satz 1 SGB V fortgeführt. Als vorläufiges Ergebnis – bei noch einem offenen Verfahren – hat das Bundesversicherungsamt für fünf Krankenkassen Korrekturbeträge nach § 39a RSAV festgesetzt. Diese wurden bei zwei Krankenkassen noch im Jahr 2014 eingefordert, flossen damit dem Gesundheitsfonds zu und wurden im Herbst 2014 im Rahmen des Jahresausgleichs 2013 an die GKV ausgeschüttet. Bei den später eingeforderten Korrekturbeträgen erfolgt die Ausschüttung an die GKV im Herbst 2015.

Bei vier Krankenkassen wurde eine anlassbezogene Einzelfallprüfung für die Berichtsjahre 2009 und 2011 gem. § 273 Abs. 3 Satz 2 SGB V eingeleitet. Zwei dieser Prüfungen wurden aufgrund von Erkenntnissen aus der Auffälligkeitsprüfung des Berichtsjahres 2009 eingeleitet sowie zwei Prüfungen aufgrund von Meldungen der betroffenen Krankenkassen über die Abgabe fehlerhafter Satzarten. Bei drei Krankenkassen wurden Korrekturbeträge festgesetzt.

Instrumentalisierung der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen nach §§ 106, 106a SGB V durch einzelne Krankenkassen zu Zwecken der Nach Erfassung von Diagnosedaten

Auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Einzelfallprüfungen im Rahmen der Prüfungen nach § 273 SGB V hat das Bundesversicherungsamt mit Rundschreiben vom 03. Juli 2014 an alle am RSA teilnehmenden Krankenkassen seine Rechtsauffassung in Bezug auf die Diagnoseüberprüfung

durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen im Rahmen der Prüfungen nach §§ 106 und 106a SGB V dargelegt. Das Bundesversicherungsamt war hier als die den RSA durchführende Behörde tätig, der Umgang mit versichertenindividuellen Leistungsdaten steht aber ebenso im Fokus der Aufsicht (siehe Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes 2011, S. 15 f.). Durch das o.g. Rundschreiben sind im Berichtsjahr erneut Fälle bekannt geworden, in denen Krankenkassen – auch im Zusammenwirken mit Kassenärztlichen Vereinigungen – darauf hingewirkt haben, dass Vertragsärzte Diagnosedaten nachträglich erheben oder korrigieren, nachdem Abrechnungsdaten bereits gem. § 295 SGB V an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt worden waren. Zum Teil lag die Abrechnung bereits einige Zeit zurück.

Bei den auffällig gewordenen Fällen geht es nicht um technische oder Übermittlungsfehler, deren Korrektur in besonderen Verfahren mit Form- und Fristbindung ausnahmsweise zulässig ist. Vielmehr zeichnen sich die oft als „Diagnoseprüfungen“ titulierten „Prüfkonzepte“ dadurch aus, dass den Vertragsärzten unter Berufung auf Wirtschaftlichkeits- bzw. Abrechnungsprüfungen (§§ 106, 106a SGB V) Vorschlagslisten mit vorgeblich fehlenden oder „inkorrekten“ versichertenindividuellen Diagnosen übermittelt werden, deren Bestätigung zur Einstellung weiterer Prüfungstätigkeit bzw. „zur Vermeidung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ führt. Die sodann an die Kassenärztlichen Vereinigungen von vielen Ärzten nachgemeldeten Diagnosedaten sind überwiegend bzw. zu einem Großteil solche, die wegen der Morbiditätsorientierung

des RSA für die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds relevant sind. Nachdem auch die „nachgemeldeten“ Diagnosedaten von den Kassenärztlichen Vereinigungen erneut an die Krankenkassen zurückgemeldet werden, wird die aus den (veränderten) Abrechnungsdaten erhobene RSA-Datengrundlage ebenso verfälscht wie die daran anknüpfende Datengrundlage für die Versorgungsforschung.

Das Bundesversicherungsamt hat daher mehrere aufsichtsrechtliche Verfahren eingeleitet, die überwiegend noch andauern. Eines dieser Verfahren hat sich durch Einlenken der Krankenkasse zugunsten nunmehr rechtmäßigen Verhaltens aufsichtsrechtlich erledigt – unbeschadet möglicher Prüfungen der RSA-Durchführungsbehörde zur Sicherung der Datengrundlagen für den RSA (§ 273 SGB V).

Das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde wendet sich konsequent gegen die Argumentation der Träger, es ginge nur darum, eine Pflichtverletzung des Arztes im Hinblick auf die Übermittlung von Diagnosedaten im Sinne einer erneuten „Anwendung“ des § 295 SGB V zu korrigieren. Denn weder sind Diagnosenacherfassungen als Rechtsfolge der Abrechnungs- oder der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgesehen, noch ist die schriftliche oder internetbasierte „Bestätigung“ der neu gelisteten Diagnose mit Übernahme in die Einzelfallnachweise durch die Kassenärztliche Vereinigung eine gesetzeskonforme Aufzeichnung im Sinne des § 295 Abs. 1 SGB V.

Das Vorgehen, bei fehlenden oder „unpassenden“ Diagnosedaten aus vorhandenen

Arzneimittelverordnungen heraus eine vom Wirkstoff ausgehende Zuordnung zu Krankheiten oder gar Diagnosen vorzunehmen und die so „ermittelten“ Diagnosen über Falllisten via Kassenärztliche Vereinigung durch die Ärzte „bestätigen“ zu lassen, ist weder datenschutzkonform noch legitimer Prüfansatz im Sinne der §§ 106, 106a SGB V. Bezogen auf § 106 SGB V fehlt es insbesondere an einer Einzelfallprüfung mit Nachbetrachtung, bezogen auf § 106a SGB V an einer gezielten Einzelfallprüfung des Abrechnungsgeschehens, wobei allein die Abrechnung in Bezug auf die angegebene Diagnose zu betrachten ist. Gegenstand einer möglichen Richtigstellung ist schließlich die Honorarforderung, nicht die Kodierung.

Konsequentermaßen hat die Bundesregierung jüngst den im Rahmen der Stellungnahme des Bundesrates zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz geäußerten Vorschlag des Bundesrates, § 295 SGB V zugunsten umfassender Korrekturmöglichkeiten der übermittelten Abrechnungsdaten zu ändern, unter Verweis auf Datenschutzbelange zurückgewiesen (BT-Drs. 18/4095, S. 280 – elektronische Vorabfassung). Im Sinne der Anforderungen der § 294 ff. SGB V ist es – mit Bedeutung für den RSA nach § 268 Abs. 2 Satz 3 SGB V – ausgeschlossen, dass die ursprünglich kodierte Datengrundlage nachträglich bearbeitet wird (Urteil des Bundessozialgerichts vom 20. Mai 2014, Az. B 1 KR 5/14 R), was unter dem Gesichtspunkt der Rechtmäßigkeit des Handelns auch aufsichtsrechtlich überwacht wird (Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 06. Juni 2013, Az. L 16 KR 24/09 KL).

Das Bundesversicherungsamt wird die noch offenen Fälle von „Diagnoseprüfungen“ konsequent weiter verfolgen. Dasselbe gilt schließlich für die in einem weiteren Fall aufgetretene Konstellation einer „zukunftsorientierten Kodierberatung“ der Vertragsärzte durch Vertreter der Krankenkassen. Zwar werden dabei weder Daten nacherfasst noch werden bisherige Abrechnungen in Frage gestellt. Allerdings handelt es sich nicht um eine allgemeine Beratung über die Bedeutung der Diagnosekodierung im System des RSA am Beispiel fiktiver oder vollständig anonymisierter Fälle. Vielmehr werden den Ärzten versichertenbezogene Referenzlisten mit ergänzenden Hinweisen zur (chronischen) Morbidität des Versicherten mit der Bitte übergeben, diese als Dauerdiagnosen in die Patientenakte einzutragen und die Diagnosen regelmäßig zu kodieren und stets mit Zusatzkennzeichen „G-gesichert“ zu versehen. Das Bundesversicherungsamt hält die Übermittlung solcher Befunderhebungshypothesen an Vertragsärzte ebenso für datenschutzwidrig, wie die an den Vertragsarzt gerichteten Erwartungen eine unzulässige Einflussnahme darstellen. Der Arzt allein muss entscheiden, ob und welche Diagnose sich aktuell als Behandlungsanlass darstellt und ob und welche Leistungen diese auslöst.

Prüfung der Datenmeldungen nach § 42 RSAV

Mit der 24. Verordnung zur Änderung der RSAV vom 12. Oktober 2012 wurde § 42 RSAV zur Prüfung der Datenmeldungen eingeführt. Die Prüfung erfolgt anhand von Stichproben mindestens alle zwei Jahre auf Grundlage der Datenmeldungen für eines

der beiden zuletzt abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre gem. § 41 RSAV. Bund- und Länderprüfdienste überprüfen anhand von Stichproben fortan die Richtigkeit der von den Krankenkassen übermittelten Datenmeldungen in einem zweigeteilten Verfahren. Die Prüfung der Versichertenzeiten nach § 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV befasst sich mit den Versichertentagen unter Angabe von Geburtsjahr und Geschlecht, Versichertentage mit Erwerbsminderungsrente, Krankengeld-Anspruch sowie DMP-Einschreibung. Der zweite Prüfbereich gem. § 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV umfasst die Prüfung der Morbiditätsdaten, Durchführung der extrakorporalen Blutreinigung sowie Versichertentage mit Erwerbsminderungsrente, Auslandsaufenthalt und Kostenersatzung.

Nachdem in den vorherigen Jahren der Fokus auf den Vorbereitungen für die Prüfungen lag, wurde am 24. März 2014 die Bestimmung zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik im Bereich der Versichertenzeitenprüfung (Stufe 1) festgelegt. Im April 2014 wurde schließlich die Versichertenzeitenprüfung nach § 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010 für 131 aktive und zwei inaktive Krankenkassen mit der Ziehung der Stichproben beim Bundesversicherungsamt eingeleitet. Die Ergebnisse aus den Vor-Ort-Prüfungen der Stufe 1 durch Bund- und Länderprüfdienste werden im Sommer 2015 erwartet.

Im Bereich der Morbiditätsdaten wurde eine Pilotprüfung mit neun Pilotkassen durchgeführt. Im Sommer des Jahres 2014 wurden dem Bundesversicherungsamt alle Rückmeldesatzarten zugespielt, so dass im

Anschluss die Fehler ausgewertet werden konnten. Anhand der aus der Pilotprüfung gewonnenen Informationen wurde im November 2014 die Bestimmung zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik im Bereich der Morbiditätsdatenprüfung (Stufe 1) festgelegt.

7.3 Finanzergebnisse des Gesundheitsfonds

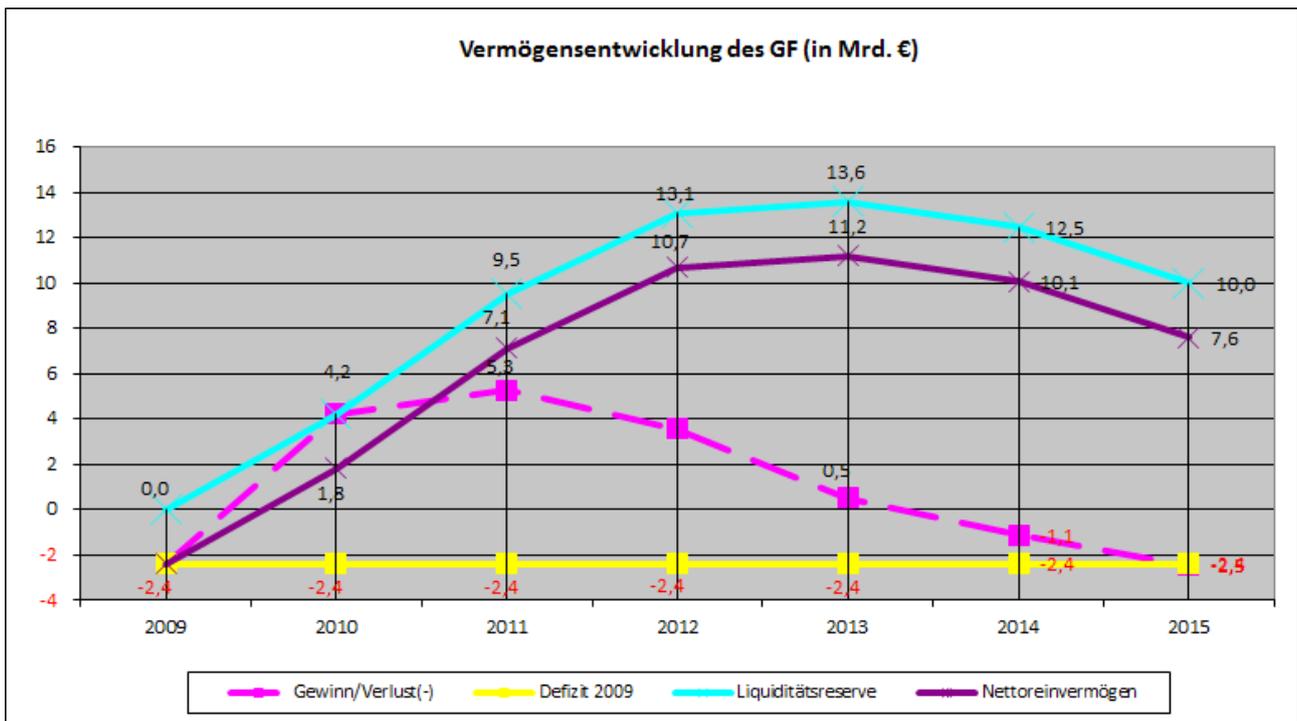
Der Gesundheitsfonds hat das Jahr 2014 mit einem Überschuss der Ausgaben in Höhe von voraussichtlich rd. 1,13 Mrd. Euro abgeschlossen. Den Einnahmen in Höhe von rd. 198,54 Mrd. Euro standen Ausgaben in Höhe von rd. 199,67 Mrd. Euro gegenüber. Von den Einnahmen entfallen rd. 188,14 Mrd. Euro auf Beitragseinnahmen und rd. 10,40 Mrd. Euro auf sonstige Einnahmen (Bundeszuschuss und Zinsen). Von den Ausgaben entfallen rd. 199,62 Mrd. Euro auf Zuweisungen an die Krankenkassen und rd. 48,9 Mio. Euro auf die Netto-Verwaltungskosten. Hierin sind neben der Einzugskosten-Vergütung der Minijob-Zentrale der Knappschaft in Höhe von rd. 35,9 Mio. Euro auch Kosten für Beitragsprüfungen von 5,2 Mio. Euro sowie DMP-Vorhaltekosten von 1,3 Mio. Euro enthalten. Die originären Verwaltungskosten belaufen sich auf rd. 6,4 Mio. Euro.

Voraussichtliches Rechnungsergebnis 2014 des Gesundheitsfonds (lt. KV 45 4. Quartal)	
Beitragseinnahmen	188.142.457.919
Sonstige Einnahmen (z.B. Bundeszuschuss, Zinsen)	10.396.080.736
Einnahmen gesamt	198.538.538.655
Zuweisungen an Krankenkassen	199.616.147.519
Verwaltungskosten	48.919.984
Ausgaben gesamt	199.665.067.503
Überschuss der Ausgaben	1.126.528.848

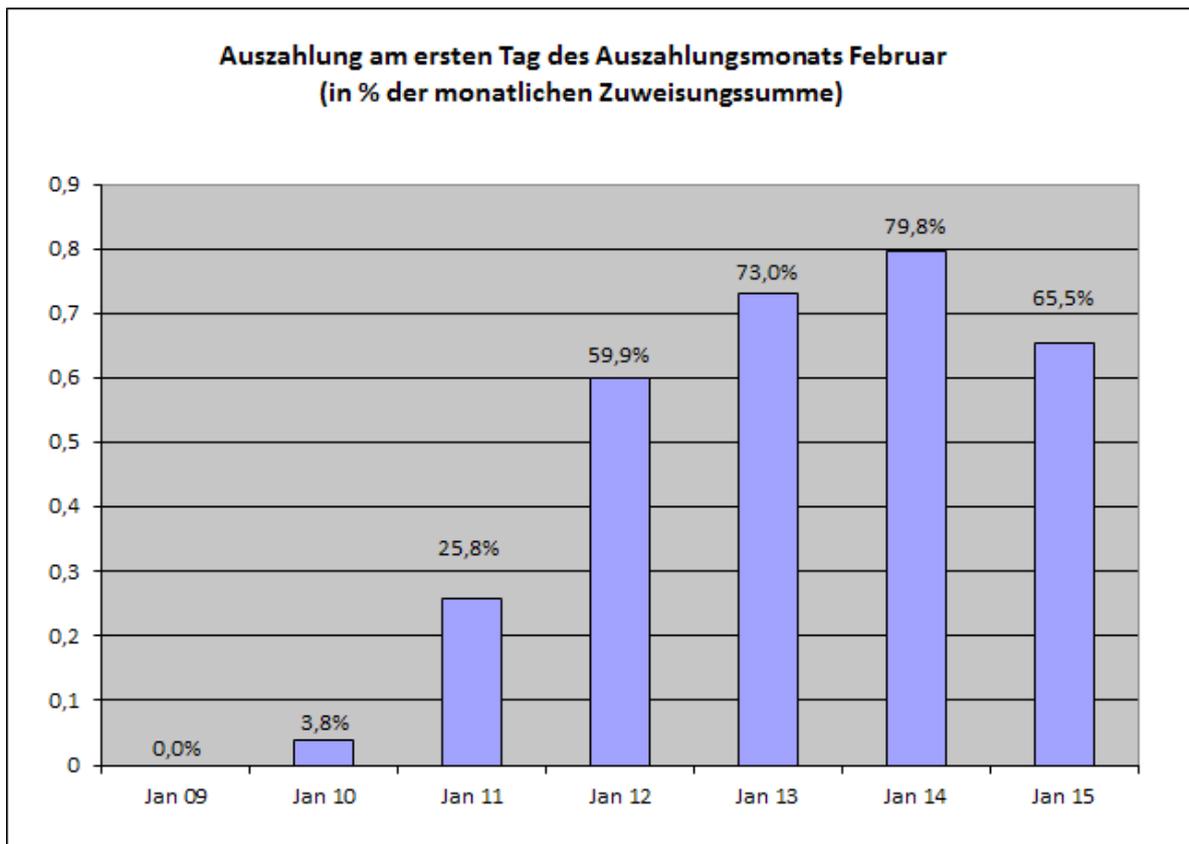
Der voraussichtliche Ausgabenüberschuss 2014 von rd. 1,1 Mrd. Euro lag um rd. 2,2 Mrd. Euro oberhalb der Prognose des GKV-Schätzerkreises vom 10. Oktober 2013 (Einschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesversicherungsamtes). Dieser hatte einen Ausgabenüberschuss 2014 von rd. 3,3 Mrd. Euro prognostiziert. Gegenüber der Schätzerkreisprognose verzeichnete der Gesundheitsfonds um rd. 2,1 Mrd. Euro höhere Beitragseinnahmen. Auf der Ausgabenseite gab es keine Abweichungen.

Der Ausgabenüberschuss des Jahres 2014 führt zu einem Abbau des Vermögens des Gesundheitsfonds. Das Netto-Reinvermögen beläuft sich zum 31. Dezember 2014 auf voraussichtlich 10,1 Mrd. Euro und die Liquiditätsreserve auf voraussichtlich 12,5 Mrd. Euro (die Liquiditätsreserve lässt das Defizit des Jahres 2009 von rd. 2,4 Mrd. Euro außer Acht und ist deshalb nur bedingt zur Beurteilung der Vermögenssituation des Gesundheitsfonds geeignet).

Für das Jahr 2015 erwartet der GKV-Schätzerkreis einen Ausgabenüberschuss von rd. 2,5 Mrd. Euro, dieser Betrag wird nach § 271 Abs. 2 Satz 4 SGB V den Einnahmen des Gesundheitsfonds aus der Liquiditätsreserve zugeführt.



Im Jahr 2014 hat der Gesundheitsfonds sein Auszahlungsverfahren geringfügig angepasst: Der Auszahlungsmonat umfasst regelmäßig den Abrechnungszeitraum vom 16. des Ausgleichsmonats bis zum 15. des darauf folgenden Monats (= monatsübergreifende Zahlungsperiode), so dass der monatliche Zuweisungsanspruch einer Krankenkasse spätestens zum 15. des Folgemonats erfüllt wird. Innerhalb eines Auszahlungsmonats zahlt der Gesundheitsfonds Teilbeträge auf den monatlich festgestellten Zuweisungsbetrag einer Krankenkasse aus. Dazu schüttet der Gesundheitsfonds arbeits-tätig seine Einnahmen an die Krankenkassen aus. Der bis dahin geltende Mindestbetrag von 50 Mio. Euro ist Mitte Juli 2014 entfallen. 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.



Der Gesundheitsfonds verwendet am ersten Tag eines Auszahlungsmonats seine sämtlichen liquiden Mittel zur Auszahlung von Zuweisungen. Aus der obigen Abbildung wird deutlich, dass sich dieser Tag aufgrund des hohen Vermögens des Gesundheitsfonds als der auszahlungstärkste Tag etabliert hat. So erhielten die Krankenkassen am 17. Februar 2015 Zuweisungen von rd. 11,4 Mrd. Euro, dies entspricht rd. 65,5 % (2014: rd. 79,8 %) der monatlichen Zuweisungssumme. Der im Vergleich zu den beiden Vorjahren geringere Anteil der Auszahlungen am ersten Tag eines Auszahlungsmonats spiegelt den Vermögensabbau in den Jahren 2014 und 2015 wieder.

7.4 Prüfung der Beitragszahlung gem. § 251 Abs. 5 Satz 2 ff. SGB V und § 60 Abs. 3 Satz 3 SGB XI

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds ist u.a. die Berechtigung zur Prüfung der

Beitragszahlung für die Bezieher von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II auf das Bundesversicherungsamt übergegangen.

Die Durchführung der örtlichen Erhebungen erfolgte auch im Jahr 2014 im Wege der Beauftragung durch Prüfteams dreier Krankenkassen und eines Landesverbandes.

Insgesamt wurden 34 Jobcenter, davon neun zugelassene kommunale Träger sowie vier Agenturen für Arbeit hinsichtlich der rechtzeitigen und vollständigen Beitragszahlung zur Kranken- und Pflegeversicherung geprüft. Prüfgegenstand war insbesondere die korrekte Anrechnung beitragspflichtiger Einnahmen sowie der von den Institutionen verwirklichten Erstattungen.

Zum 01. Januar 2014 wurde aufgrund der bereits im Jahr 2007 zwischen den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen

sen und dem Bundesversicherungsamt getroffenen Vereinbarung zur zeitlichen Rechnungsabgrenzung beendet. Ab diesem Zeitpunkt fließen alle Beiträge an den Gesundheitsfonds, auch für Zeiten vor dessen Einführung. Der Gesundheitsfonds tritt jedoch keine umfassende Rechtsnachfolge der Krankenkassen an. Vielmehr erfolgt eine Zusammenführung der Zahlungsströme und somit eine Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens.

In Bezug auf die Prüfungen der Beitragszahlung der Bezieher von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II hat dies zur Folge, dass bis zum 01. Januar 2014 nicht realisierte Beiträge und Säumniszuschläge aus von den Krankenkassen noch bis 2013 durchgeführten Prüfungen für Beitragszeiten vor 2009 nun ausschließlich an den Gesundheitsfonds zu zahlen sind.

Entwicklung der Beitragseinnahmen und -rückstände

Das Bundesversicherungsamt 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 sog. 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 weitgehend stabil entwickeln. So wurden 2014 im Bereich des GSV-Beitrags ca. 99,6 vom Hundert aller Beitragsforderungen umgehend realisiert.

Zur dauerhaften Sicherstellung der Beitragseinnahmen wird die Innendienstprüfung des Bundesversicherungsamt seit dem Jahr 2011 u.a. ergänzt durch die sog. 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 2014 flächendeckend bei über 200 Prüfstellen durchgeführt. Durch die kontinuierliche und auch anlassbezogene Überwachung wird gewährleistet, dass der Sozialversicherung keine vermeidbaren Beitragsverluste entstehen.

8. PRÜFDIENST KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

8. PRÜFDIENST KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

8.1 Prüfstatistiken

Der Prüfdienst Kranken- und Pflegeversicherung (PDK) hat im Jahr 2014 insgesamt 112 Prüfungen durchgeführt und damit 28 Prüfungen weniger als im Jahr zuvor.

Ein wesentlicher Grund für den Rückgang liegt in der Wiederaufnahme der Prüfungen nach § 42 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV; Versicherungszeiten/ DMP), die in 2014 zwar eingeleitet und weitgehend durchgeführt, aber noch nicht vollständig abgeschlossen wurden und damit nicht in die Statistik eingeflossen sind.

Auf der Grundlage des Stichproben- und Hochrechnungsmodells, das seinerseits auf dem Gutachten nach § 42 Abs. 6 RSAV beruht, ist eine gegenüber der abgelösten Prüfsystematik des § 15a RSAV bereits in der ersten Stufe der Prüfungen deutlich höhere Stichprobenzahl zu prüfen: Nach zuvor maximal 497 nun bis zu 2.376 Stichprobenfälle pro Krankenkasse. Der gesamte Prüfungsumfang beläuft sich auf 179.404 Fälle.

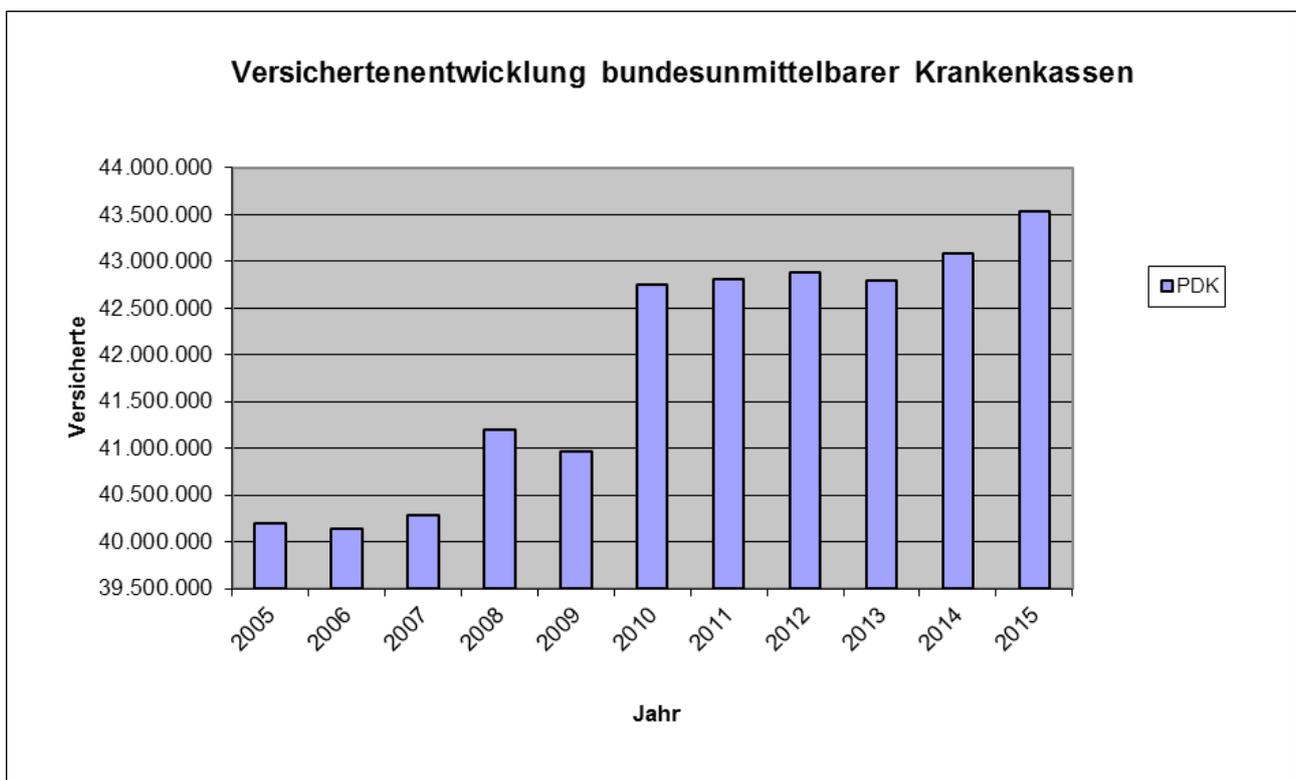
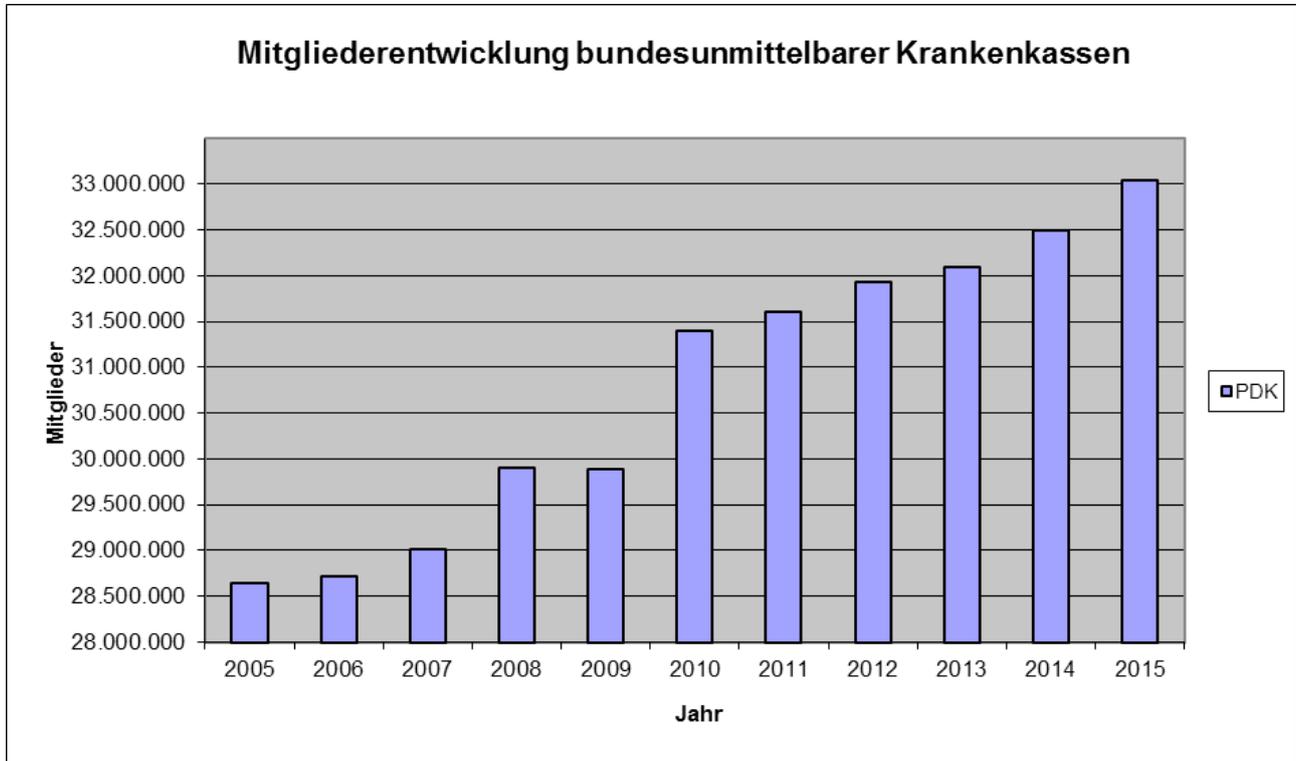
Hervorzuheben ist ebenfalls die erhebliche Reduzierung der Prüfungen nach § 274 Abs. 1 SGB V auf dem Gebiet „Mitgliedschaft/ Beiträge“ um rd. 55 % (Verringerung der Prüfungen von 27 auf nur noch 12 Prüfungen). Wesentliche Kapazitäten in diesem Prüfgebiet wurden im Jahr 2014 zu Gunsten der Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V verschoben, da diese u.a. auf Feststellung von Schadensersatz gerichteten Standardprüfungen einen hohen Aufwand erfordern.

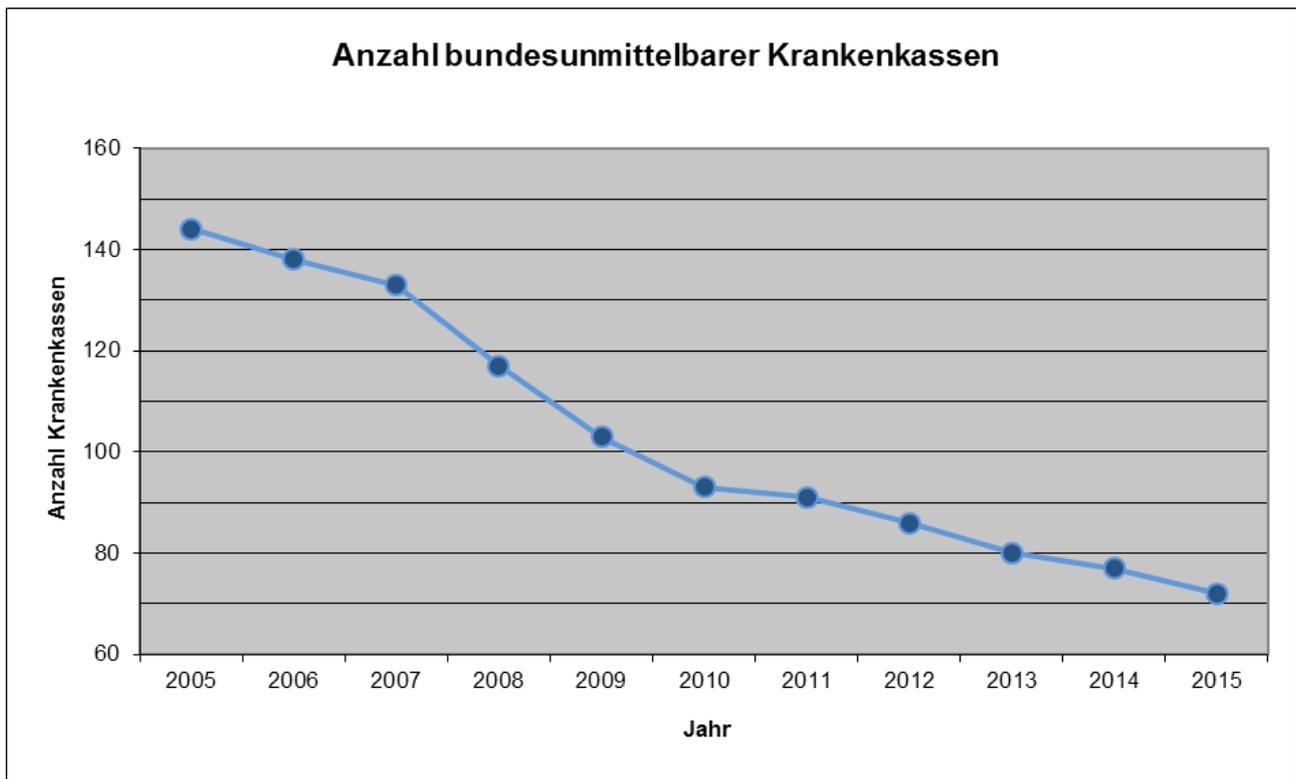
Die durchgeführten Sonderprüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V sind nur mit einem sehr geringen Personentage-Ansatz durchgeführt worden. Allerdings wird dadurch die Gesamtzahl der Prüfungen wieder erhöht.

Art der Prüfverfahren	Durchgeführte Prüfverfahren 2014	Durchgeführte Prüfverfahren 2013
Prüfungen nach § 274 SGB V / § 46 SGB XI		
Standardprüfungen	81	134
Allgemeine Verwaltung	14	20
Finanzen/ Kassensicherheit	16	21
Mitgliedschaft/ Beiträge	12	27
Leistungen Krankenversicherung	8	22
Leistungen Pflegeversicherung	16	22
DRG	5	7
Eigenbetriebe	1	3
EDV/ Informationstechnik	7	8
Prüfungen Spitzenverbände	2	4
Nachprüfungen	5	3
Pilotprüfungen	0	0
Schwerpunktprüfungen	0	3
§ 252 SGB V		
Standardprüfungen	8	0
Sonderprüfungen	13	0
§ 42 RSAV		
Standardprüfungen	0	0
Pilotprüfungen	5	0
Versicherungszeiten/ DMP	0	0
Morbi RSA	5	0
Summe Prüfungen	112	140

Obwohl die Anzahl der bundesunmittelbaren Krankenkassen leicht gesunken ist, stieg die Prüfbelastung für den PDK. Dies hat seinen Grund darin, dass die Gesamtzahl der Mitglieder in den vom PDK zu prüfenden Krankenkassen wie schon in den Vorjahren

weiter kräftig gestiegen ist, diesmal um ca. 500.000. Auch die Zahl der Versicherten hat sich im Vergleich zum Vorjahr weiter erhöht (vgl. nachstehende Abbildungen).





8.2 Maschinelle Datenanalyse

Der PDK nutzt das Instrument der Maschinellen Datenanalyse, um zielgerichtete und wirtschaftliche Prüfungen durchzuführen.

Zur Vereinfachung des Informationsaustausches sowie zur Minimierung des Aufwandes der Prüfdienste/ Krankenkassen bei der Bereitstellung der erforderlichen Daten hat der PDK – in enger Zusammenarbeit mit den Prüfdiensten der Länder – standardisierte Datensatzbeschreibungen erstellt und stimmt diese auch weiterhin mit den Krankenkassen, deren Rechenzentren und den Softwareerstellern (BITMARCK, AOK Systems) ab.

Während in den vergangenen Jahren die Realisierung der Datensatzbeschreibungen bei einzelnen Krankenkassen überwog, wurden im Jahr 2014 vorrangig die Datensatzbeschreibungen mit den Softwareerstellern BITMARCK und AOK Systems (als Ent-

wickler der Branchensoftware isvk_21c sowie oscar®) abgestimmt und für den Bereich Mitgliedschaft/ Beiträge/ Prüfungen nach § 252 SGB V als ersten Bereich nahezu vollständig umgesetzt.

Diese beiden Softwareersteller betreuen zusammen ca. 97 % der bundesunmittelbaren Krankenkassen bzw. erstellen Software zur Betreuung von ca. 71 % der Mitglieder bundesunmittelbarer Krankenkassen. Mit der Realisierung der Satzarten durch diese Softwareersteller können alle dort betreuten Krankenkassen die erstellten Satzarten einheitlich liefern.

Mit der Umsetzung der Datensatzbeschreibungen und der konsequenten Weiterentwicklung der fachlichen Datenauswertungen wird der Aufwand für die einzelnen Krankenkassen sowie für die Prüfdienste zur Vorbereitung und Durchführung der Prüfungen minimiert und die Identifizierung von Schwachstellen sowie Stärken der

Krankenkassen erheblich vereinfacht.

Ein weiterer wichtiger Teilbereich des Prüfprozesses ist die sichere Übertragung und Annahme der von den Krankenkassen erstellten und für die Prüfung benötigten elektronischen Daten bzw. die sichere Rückübermittlung von Prüfergebnissen. Hier hat das Bundesversicherungsamt die technischen Grundlagen geschaffen, um mit den Krankenkassen Daten elektronisch und sicher austauschen zu können.

8.3 Prüfungen nach § 42 RSAV

Mit der 24. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (24. RSAV-ÄndVO) wurde bereits 2012 § 42 RSAV als neue Rechtsgrundlage für die Prüfungen der Datenmeldungen zum Risikostrukturausgleich (RSA) geschaffen. Zielrichtung der Prüfungen ist wie früher bei den Prüfungen nach § 15a RSAV, ob die Krankenkassen die an das Bundesversicherungsamt als RSA-Stelle zur Berechnung des RSA gemeldeten Daten zu Recht gemeldet haben.

Dabei sieht § 42 RSAV zwei Prüfarten vor; einerseits die Prüfung der Datenmeldungen zum morbiditätsorientierten RSA (sog. Morbi-RSA) und andererseits die Prüfung der Versicherungszeiten und der Zeiten bei Strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme – DMP).

§ 42 RSAV verändert aber auch grundsätzlich die Systematik und Verfahrensweise bei den Prüfungen, da u.a. das Bundesversicherungsamt nunmehr die Stichproben zieht und den Prüfdiensten zur Verfügung stellt.

Bis zum Start beider Prüfungsarten waren umfangreiche Vorarbeiten durch die Prüfdienste des Bundes und der Länder zu leisten (siehe Tätigkeitsbericht 2013, S. 118). U.a. mussten elektronische Meldeverfahren etabliert, Datenspeichersysteme der Krankenkassen geprüft, Datenlieferungen plausibilisiert, Prüfhandbücher erstellt sowie Prüfunterstützungsprogramme erstellt, getestet und freigegeben werden.

8.4 Prüfung Datenmeldung Morbi-RSA

Bei der Prüfung der Datenmeldungen zum Morbi-RSA werden u.a. die von den Leistungserbringern den Krankenkassen gemeldeten Daten mit den von den Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt übermittelten Daten abgeglichen, um so vorgenommene Änderungen bzw. Ergänzungen ausschließen zu können.

Um die Anzahl der zu prüfenden Fälle statistisch korrekt ermitteln zu können, wurden bei ausgewählten Krankenkassen sog. Pilotprüfungen im Jahr 2014 durch den PDK durchgeführt. Aufgrund dieser Prüfungen konnten die aus mathematisch-statistischer Sicht erforderlichen Parameter durch die RSA-Stelle im Bundesversicherungsamt ermittelt und das Stichprobenmodell im Anschluss festgelegt werden. Die sog. Echtprüfungen werden voraussichtlich im Juli 2015 bundesweit beginnen können.

8.5 Prüfung Versicherungszeiten/ DMP

Bei der Prüfung Versicherungszeiten gehen sämtliche Versicherungszeiten einer Person – auch in verschiedenen Versichertengruppen – in die Prüfung ein und es wird ab-

geklärt, ob die vom Träger abgegebene Meldung durch entsprechende Nachweise belegt ist. Auch werden die gemeldeten Tage der Zuordnung zu einem DMP geprüft.

Die Prüfungen wurden im Jahr 2014 begonnen und sind größtenteils abgeschlossen.

8.6 Aus der Arbeit der Prüfgruppen

8.6.1 Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V

Im Jahr 2014 wurden nach intensiven Vorarbeiten (siehe Tätigkeitsbericht 2013, S. 117) die Prüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V aufgenommen.

Eine Reihe von Prüfungen wurde nach dem in der Prüfverordnung Sonstige Beiträge vorgesehenen Verfahren eingeleitet. Da bis zur Beendigung der einzelnen Prüfungen verfahrensbedingt mehrere Monate vergehen, lagen bis zum 31. Dezember 2014 keine aussagekräftigen, endgültigen Ergebnisse vor. Über Auswertungen dieser Prüfungen wird dann in den nächsten Jahren zusammenfassend berichtet.

In 2014 wurden die Prüfgrundlagen wie Prüfinhalte, Satzarten und deren Umsetzung (siehe oben Ziffer 8.2 Maschinelle Datenanalyse), Muster des Prüfberichts sowie die Erfassungsinstrumente weiter vorbereitet bzw. aktualisiert.

Weiterhin hat der PDK im Jahr 2014 diverse Sonderprüfungen nach § 252 Abs. 5 SGB V für den Gesundheitsfonds durchgeführt. Im Rahmen dieser Sonderprüfungen war festzustellen, ob und inwieweit einzelne Krankenkassen Ansprüche gegen den Gesundheitsfonds geltend machen konnten. Zu

klären war, ob zuvor Beiträge an den Gesundheitsfonds erfolgt waren, die jedoch der Krankenkasse zugestanden hätten. Der PDK hat bei diesen Prüfungen festgestellt, dass es durch die Krankenkassen zu einer fehlerhaften Sollzuordnung in diversen Monatsabrechnungen gekommen ist, was nach der Systematik der Monatsabrechnung auch eine fehlerhafte Zuordnung der Beitrags-
einkänge bedeutet hatte. Der PDK konnte daher die Ansprüche der betroffenen Krankenkassen in allen Fällen dem Grunde nach bestätigen, allerdings nicht ausnahmslos in der geforderten Höhe.

Neben diesen Sonderprüfungen hat der PDK im Rahmen einer Turnusprüfung bei einer Krankenkasse zusätzlich zu der vorgesehenen Stichprobenprüfung in Teilbereichen eine systematische Prüfung durchgeführt. Dabei konnte der PDK feststellen, dass es hier im Rahmen einer Beitragserstattung, die eigentlich den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrages betraf, zu einer fälschlichen Belastung des Gesundheitsfonds bei den sog. Sonstigen Beiträgen gekommen ist. Der dadurch eingetretene erhebliche Schaden von ca. 1,7 Mio. Euro ist noch während der laufenden Prüfung ausgeglichen worden.

8.6.2 IT-Prüfungen

Prüfung der amtlichen Statistiken

In enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit führte der PDK mit Prüfdiensten der Länder (Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen) bei allen Kassenarten im Kalenderjahr 2014 eine Prüfung der Softwareentwicklung

der amtlichen Statistiken nach § 79 Abs. 1 SGB IV durch.

Ziel war, die Qualität der von den Krankenkassen gelieferten Daten als Grundlage der amtlichen Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit zu prüfen und im Erstellungsprozess zu verbessern. Hierfür untersuchten die Prüfdienste im Rahmen der ADV-Arbeitsgemeinschaft der Prüfdienste (ADV-Allgemeine Datenverarbeitung) die Software zur Erstellung mehrerer Statistiken (KM 6, PG 1 und PG 2 sowie PG 5) des Berichtsjahres 2013. Die Prüfergebnisse wurden dem Bundesministerium für Gesundheit im Februar 2015 vorgestellt und entsprechende Verbesserungsmöglichkeiten bei der Statistikerstellung angeregt.

Die Prüfungen offenbarten im Ergebnis zahlreiche Abweichungen von der jeweils gültigen Ausfüllanleitung. Den Krankenkassen wurde entsprechendes Optimierungspotenzial dargelegt.

Es zeigten sich zudem bei allen Krankenkassen Schwachstellen in der Fachkonzeption sowie im Test- und Freigabeverfahren, die sich vor allem in deren Dokumentation widerspiegelten. Bei einer Krankenkasse wurde für die PG 5 zudem kein zusammenfassendes Fachkonzept vorgehalten. Einige Krankenkassen haben bereits während der örtlichen Erhebungen die Fehler in den Fachkonzepten behoben bzw. begonnen, Konzepte und Vorlagen für das Test- und Freigabeverfahren zu erstellen.

KM 6 (Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung)

Es konnten nahezu bei allen Krankenkassen manuelle Eingriffe in den Erstellungsprozess festgestellt werden.

Dies betraf vor allem Versicherte mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V bzw. Teilnehmer an besonderen Versorgungsformen. Lediglich eine Krankenkasse konnte die Statistik vollständig maschinell befüllen. Bei dieser Problematik ist allerdings ein Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit abzuwarten, anhand dessen die Krankenkassen ihr zukünftiges Verfahren ausrichten werden.

Außerdem zeigte die Prüfung, dass nicht bei allen Krankenkassen der Erhebungstichtag korrekt eingehalten werden konnte.

PG 1 (Leistungsfälle und -tage nach Pflegestufen) und PG 2 (Leistungsempfänger nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen)

Im Rahmen der Prüfung konnten bei der PG-1-Statistik durchgängig bei allen geprüften Krankenkassen manuelle Eingriffe im Erstellungsprozess festgestellt werden. Dies betraf insbesondere die abzugebenden Werte für die Leistungsfälle bzw. Leistungstage der Pflegeberatung und Pflegezeit.

Des Weiteren wurde die Ermittlung der Leistungsfälle mit Pflegeberatung bei den Krankenkassen nicht gemäß der Ausfüllanleitung durchgeführt. Es wurden zudem unvollständige Statistikmeldungen für das Berichtsjahr 2013 von den geprüften Krankenkassen abgegeben. Die Lücken bzw. ver-

zerrten Werte konnten primär in den nach dem Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 10. Dezember 2012 neu hinzugekommenen Spalten festgestellt werden.

Weitere Schwachstellen wurden vereinzelt bei der Ermittlung der Leistungsfälle sowie -tage mit Kombination von Geld- und Sachleistungen, Tages- und Nachtpflege sowie mit Verhinderungspflege festgestellt.

Die Erstellung der PG 2-Statistik wies im Schwerpunkt bei den Krankenkassen zwei Problemfelder auf, bei denen die Werte nicht konform mit der Ausfüllanleitung gemeldet wurden. Dies betraf zum einen die Zählung der im Stichtagsmonat verstorbenen Leistungsempfänger von Pflegegeld und zum anderen die Ermittlung der Pflegebedürftigen mit Leistungen nach § 43a SGB XI.

PG 5 (Statistik der Einzeldatensätze in der Pflegeversicherung)

Problematisch bei der Erstellung dieser Statistik ist insbesondere die Gewährleistung der Einmaligkeit der Pflegenummer eines Pflegebedürftigen.

Zudem bereiteten bei allen Krankenkassen einige spezielle Wegfall- und Zugangsgründe in der Umsetzung erhebliche Schwierigkeiten, die zum einen den Formulierungen in der Erfassungsanleitung zur Datensatzbeschreibung und zum anderen den Besonderheiten der Datenhaltung der operativen Systeme geschuldet sind.

Die Angabe der Pflegestufe 5 (ohne Pflegestufe nach § 43a SGB XI) war problematisch, da die Erläuterungen in der Erfassungsan-

leitung und das vom Bundesministerium für Gesundheit bereitgestellte Überprüfungsmodul widersprüchliche Auslegungen zulassen. Die Krankenkassen wurden nach Rücksprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit dahingehend beraten, in diesen Pflegefällen, sofern der Medizinische Dienst eine Pflegestufe festgestellt hat, diese in den Einzeldatensätzen auszuweisen.

Des Weiteren wurden Ausfüllanleitungen nicht korrekt umgesetzt. Dies betrifft z.B. die sog. Ruhensregelungen beim Zusammentreffen mit einer Geld- und Sachleistung, die Überschneidung von Leistungszeiträumen bei der Pflegesachleistung und der Kurzzeitpflege oder die fehlerhafte Berechnung der stationären Vergütungszuschläge bei einem Pflegestufenwechsel. Außerdem wird in den operativen Systemen zu wenig auf Plausibilitätsregeln abgestellt, wodurch es zu unerlaubten Überschneidungen, z.B. von einer vollstationären Pflege mit einer Kurzzeitpflege, kommen kann.

Prüfung der sog. Online-Kommunikation

Die Krankenkassen verstärken ihre internetbasierten Kommunikationskanäle, um so Informationen mit ihren Versicherten in beide Richtungen auszutauschen.

Die „potentielle Gefährdungslage“ bzw. die besonderen technischen Punkte dieses Kommunikationsweges zeigen, dass eine Begleitung des Aufbaus der Online-Kommunikation durch den PDK v.a. hinsichtlich Datenschutz und Datensicherheit sinnvoll ist. Eine solche Beratung ist auch notwendig, um die Anerkennung der in diesen Verfahren gewonnenen Daten im Rahmen der

Prüfung der Datenmeldungen zum RSA (§ 42 RSAV) im Sinne der Krankenkasse zu gewährleisten.

Als Orientierungshilfe haben die Prüfdienste des Bundes und der Länder nach § 274 SGB V auch im Rahmen der ADV-Arbeitsgemeinschaft der Prüfdienste den Leitfaden Elektronische Kommunikation und Langzeitspeicherung elektronischer Daten an die geänderten Rahmenbedingungen angepasst und allgemeine Anforderungen an solche Kommunikationssysteme definiert (abrufbar über die Website des Bundesversicherungsamtes).

Im Jahr 2014 begleitete der PDK die ersten Krankenkassen bei der Entwicklung und Einführung von Online-Prozessen insbesondere im Bereich der Erstanmeldung zur Familienversicherung. Hierbei lag der Schwerpunkt auf den Aspekten der Authentizität/ Integrität, Weiterverarbeitung bzw. Plausibilisierungsprüfungen, Datensicherheit/ Datenschutz, revisionssichere Archivierung und der Sichtbarmachung zu Revisions- und Prüfzwecken (insbesondere § 42 RSAV).

Aufgrund der Bedeutung der Thematik hat der PDK einen entsprechenden Handlungsschwerpunkt für das Jahr 2015 definiert und wird die Krankenkassen daher weiter bei der Umsetzung beratend begleiten können.

8.6.3 Allgemeine Verwaltung

Prämien für gewerblich Tätige

Der PDK hat im Rahmen seiner Prüfung auf dem Prüfgebiet „Allgemeine Verwaltung“ bei mehreren Krankenkassen unzulässige Prämienzahlungen festgestellt. Bei der Werbung von Mitgliedern durch nicht gewerblich tätige Dritte wurden Prämien gezahlt, die oberhalb der in den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegten Höchstgrenzen lagen (im Jahr 2014: 20 Euro je erworbenes Mitglied). In der Praxis wurden nicht gewerblich tätige Dritte als gewerblich eingeordnet und dementsprechend höher entschädigt, ohne dass jedoch eine Gewerbeanmeldung nach § 34d Abs. 1 bzw. 4 Gewerbeordnung (GewO) vorlag. Der PDK hat die betroffenen Krankenkassen auf die Beachtung der Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden hingewiesen.

Gewerbliche Erlaubnis der Vermittlertätigkeit

Auch bei der Mitgliederwerbung durch gewerblich tätige Dritte bestanden bei Krankenkassen Defizite, da Verträge mit Vermittlern geschlossen wurden, die keine gewerbliche Erlaubnis der Vermittlertätigkeit nach § 34d Abs. 1 bzw. 4 GewO besaßen. Der PDK hat die betroffenen Krankenkassen auf die Notwendigkeit einer Erlaubnis nach § 34d Abs. 1 bzw. 4 GewO hingewiesen und deutlich gemacht, dass Gewerbeerlaubnisse nach §§ 34e Abs.1 und 34f Abs.1 GewO nicht ausreichen. Dies gilt im Übrigen auch für die Vermittlung von privaten

Zusatzversicherungen nach § 194 Abs. 1a SGB V (siehe auch das Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 27. Februar 2014).

Ausschreibung der Jahresrechnung nach § 31 SVHV

Eine Krankenkasse hatte die Prüfung der Jahresrechnung nach § 31 SVHV fehlerhaft nach den Vorschriften der VOF ausgeschrieben. Grundsätzlich fällt die Tätigkeit eines Wirtschaftsprüfers zwar unter die freiberuflichen Dienstleistungen im Sinne des § 1 Abs. 1 VOF. Allerdings finden die Vergabebestimmungen der VOF für freiberufliche Dienstleistungen nur dann Anwendung, wenn die zu vergebene freiberufliche Dienstleistung nicht vorab eindeutig und erschöpfend beschreibbar ist (§ 1 Abs. 2 VOF). Die Prüfung der Jahresrechnung nach § 31 SVHV ist als Leistung eindeutig und erschöpfend beschreibbar. Somit ist diese Ausschreibung nach den rechtlichen Vorgaben der VOL/A vorzunehmen.

Skonti

Einige Krankenkassen beachteten bei der Gewährung von Skonti nicht die Vorgaben des § 4 Abs. 3 der Verordnung PR Nr. 30/53 über die Preise bei öffentlichen Aufträgen (VO PR Nr. 30/53). Die Krankenkassen haben in ihren den VOL/B entsprechenden Vertragsbedingungen festzulegen, ob sie grundsätzlich bei der Auswahl des wirtschaftlichsten Angebotes einen Skonto berücksichtigen. § 4 Abs. 3 VO PR Nr. 30/53 verpflichtet den Bieter, dem öffentlichen Auftraggeber Skonti, Rabatte etc. einzuräumen, wenn diese Vorteile beim Vorlie-

gen gleicher Verhältnisse nichtöffentlichen Auftraggebern üblicherweise gewährt werden. Außerdem dürfen im Umkehrschluss Bieter, die nichtöffentlichen Auftraggebern keine Skonti oder Rabatte gewähren, dies den öffentlichen Auftraggebern auch nicht offerieren.

Durchführung von Aufgaben durch Dritte

Kann eine Krankenkasse von einem Dritten Aufgaben wahrnehmen lassen, muss sichergestellt sein, dass der Dritte die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte des Betroffenen wahrende Erfüllung der Aufgaben bietet. Der Gesetzgeber hat daher in § 97 Abs. 1 SGB X festgelegt, dass die Aufsichtsbehörde rechtzeitig und umfassend vor der Aufgabenübertragung zu unterrichten ist und das Aufsichtsrecht durch die Aufgabenübertragung nicht eingeschränkt werden darf. Der PDK hat bei vielen Krankenkassen – wie bereits in der Vergangenheit – Verstöße gegen die Unterrichtungspflicht festgestellt.

8.6.4 Mitgliedschaft/ Beiträge

Lastschriftlauf

Bei einer Krankenkasse stellte der PDK fest, dass ab Februar 2012 die Weiterleitung der Beträge aus dem Lastschriftlauf nicht korrekt erfolgte. Es wurde immer ein Betrag zwischen 100.000 Euro und 200.000 Euro zu wenig weitergeleitet. Die entsprechende Korrektur führte die Krankenkasse jeweils einen Tag später durch. Die Krankenkasse teilte mit, dass die Weiterleitung der Beträge aus den Lastschriftläufen systemseitig einen Tag später erfolge. Dies sei darin be-

gründet, dass diese Beiträge zunächst automatisch auf dem Konto 8000 gebucht würden und die korrekte Buchung erst einen Tag später durchgeführt werde. Deshalb arbeite die Krankenkasse mit einem Korrekturskript des IT-Dienstleisters, welches den zu erwartenden Beitragseingang berechne und eine Abschlagszahlung veranlasse. Die genaue Berechnung erfolge einen Tag später.

Aufgrund der Prüffeststellungen des PDK hat die Krankenkasse dieses Korrekturskript angepasst und stellt nunmehr die taggleiche Weiterleitung der eingehenden Beträge aus dem Lastschriftlauf in der richtigen Höhe sicher.

Vorläufige Einstufung von Existenzgründern

Die Prüfung der Stichprobenfälle nach § 252 Abs. 5 SGB V deckte Fehler bei der Einstufung von Existenzgründern auf.

Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Nur bei Nachweis niedrigerer Einkünfte mittels des Einkommensteuerbescheides (EStB) ist eine Beitragsbemessung unterhalb der BBG möglich. Eine von diesem Grundsatz abweichende Beitragsfestsetzung durch einstweiligen Verwaltungsakt ist bei diesem Personenkreis zulässig, wenn bei Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft eine selbständige Tätigkeit aufgenommen wurde und damit der Nachweis niedrigerer Einnahmen aus dieser Tätigkeit mittels eines EStB für die endgültige Beitragsfestsetzung noch nicht

möglich ist.

Unter Beachtung der Mindesteinnahmengen des § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V erfolgt üblicherweise die Beitragsfestsetzung unter Zugrundlegung des voraussichtlich geschätzten Gewinnes aus der selbständigen Tätigkeit. Der vorläufige Bescheid ist von vornherein auf die Ersetzung durch den endgültigen Verwaltungsakt angelegt. Weist der Versicherte in seinem späteren EStB niedrigere oder höhere Einnahmen als im vorläufigen Bescheid angenommen nach, so hat eine Beitragskorrektur für die Vergangenheit zu erfolgen.

Diese Korrektur hatte die Krankenkasse bis zur Prüfung des PDK jedoch nicht vorgenommen. Erst nach entsprechender Beratung des PDK stellte sie ihr Verfahren um. In einigen Fällen konnte die Krankenkasse den fehlenden EStB noch einholen und eine Nachberechnung im Rahmen einer endgültigen Einstufung vornehmen, in anderen Fällen hat sie die Beiträge unter endgültiger Bescheiderteilung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze eingefordert. Der gesamte Nachforderungsbetrag summierte sich auf ca. 19.000 Euro, dem Gesundheitsfonds ist lediglich ein Zinsschaden in Höhe von 650 Euro entstanden.

8.6.5 Leistungen der Krankenversicherung

Bei einer in den vergangenen zehn Jahren durch mehrere Fusionen gewachsenen Krankenkasse kritisierte der PDK, dass die Arbeitsabläufe und Vorgaben zur Bearbeitung der Leistungsanträge nicht einheitlich und auch nicht der aktuellen Rechtslage ent-

sprechend angepasst waren.

Die gesamte Organisation befand sich weiterhin im Umbruch. Im Zuge der Prüfung durch den PDK hat die Krankenkasse eine Vielzahl von kasseninternen Regelungen, insbesondere Arbeitsanweisungen und Prozessbeschreibungen aus verschiedenen Bereichen des Leistungsrechts neu erstellt und definiert, der aktuellen Rechtslage angepasst sowie innerhalb der Gesamtkasse vereinheitlicht.

Arbeitsanweisungen und Prozessbeschreibungen dienen einer wirtschaftlichen und rechtmäßigen Leistungsgewährung und sind daher insbesondere bei Großkassen erforderlich.

Arbeitsrückstände bei der Verfolgung von Forderungsansprüchen

Im Rahmen der Prüfung von Ansprüchen gegen Schadenersatzpflichtige nach § 116 SGB X stellte der PDK bei einer größeren Krankenkasse ungewöhnlich hohe Arbeitsrückstände in der Bearbeitung und Verfolgung von Forderungsansprüchen fest, die zum Zeitpunkt der örtlichen Erhebungen in den einzelnen Bearbeitungsstandorten bis zu 19 Monate betragen. Aus organisatorischen Gründen hatte die Krankenkasse in der Vergangenheit keine zeitnahe Verfolgung der Regressfälle sichergestellt und damit versäumt, alle ihr zustehenden Einnahmen rechtzeitig zu erheben (§ 76 Abs. 1 SGB IV).

Die Krankenkasse sagte zu, diese ausstehenden Forderungen zügig abzarbeiten und traf Vorkehrungen für eine zukünftig zeitnahe Bearbeitung.

Krankenhausabrechnungen (DRG)

Bei Prüfungen wurden – wie bereits in der Vergangenheit – Fehler bei der Abrechnung der Fallpauschalen für Neugeborene, der Fallzusammenführung im Rahmen von Wiederaufnahmen oder Rückverlegungen und der Berechnung von Abschlägen bei Verlegungen festgestellt.

Bei der Versorgung Neugeborener wurden z.B. zu Unrecht höhere Fallpauschalen abgerechnet, obwohl die Voraussetzung einer Versorgung des Neugeborenen außerhalb des Kreissaales nicht vorlag. Ein weiterer Fehlerschwerpunkt bei den Abrechnungen waren die Fallpauschalen bei einer Behandlung sowohl in der Hauptabteilung als auch in belegärztlichen Abteilungen desselben Krankenhauses. Bei den beanstandeten Abrechnungen hatten die betroffenen Krankenhäuser die deutlich höhere Hauptabteilungs-DRG abgerechnet, obwohl die Behandlung in Belegfachabteilungen erfolgte. Da die belegärztlichen Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung abgegolten werden, sind die Fallpauschalen für die Hauptabteilungen höher als die Fallpauschalen für die Belegabteilung.

8.6.6 Finanzen und Kassensicherheit

Auch im Jahr 2014 haben die Erhebungen des PDK die stabile finanzielle Situation der Krankenkassen erneut bestätigt. Der im Zusammenhang mit den Prüfungen regelmäßig durchgeführte Vergleich der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds mit den tatsächlichen Leistungsausgaben hat bei der überwiegenden Anzahl der geprüften Krankenkassen zu dem Ergebnis geführt,

dass diese mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auskommen.

Altersversorgungsverpflichtungen

Seit der Einführung des § 171e SGB V, wonach die Krankenkassen verpflichtet sind, durch jährliche Zuführungen ein ausreichendes, zweckgebundenes Deckungskapital zur Ausfinanzierung ihrer Altersversorgungsverpflichtungen (Renten und Beihilfen) zu bilden, kommt der Prüfung dieses Themenkomplexes eine zunehmend größere Bedeutung zu. Beratungsbedarf hat sich bei einigen Krankenkassen insbesondere im Hinblick auf die Beachtung der Krankenkassen-Altersrückstellungsverordnung und des hierzu von der Rechtsaufsicht herausgegebenen Leitfadens zu ergeben.

Gegenstand der Beratungen des PDK war in Einzelfällen zudem der Nachweis der Ausfinanzierung der Altersversorgungsverpflichtungen bzw. die Ermittlung der Höhe des zu bildenden Deckungskapitals durch ein versicherungsmathematisches Gutachten sowie die Verbuchung der Zuführungen zu den Altersrückstellungen.

Zugriffs- und Erfassungsberechtigungen

Einen weiteren Schwerpunkt der Prüfungen des PDK stellten – wie auch bereits in den Vorjahren – die vielfältigen Aspekte der Kassensicherheit dar. Auffällig bei einer Reihe von Krankenkassen waren die in der Finanzbuchhaltung sowie in anderen geldnahen Bereichen getroffenen Regelungen hinsichtlich der Zugriffs- und Erfassungsberechtigungen sowie recht häufig die fehlende Einschränkung bzw. klare Trennung von Funktionen bei der Abwicklung des

Zahlungsverkehrs.

Bei einer Krankenkasse fiel z.B. auf, dass zugunsten des Vorstands eine unbegrenzte Einzelverfügungsberechtigung für das Konto des Trägers bestand. Nach der einschlägigen Regelung über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung ist mit den Kreditinstituten grundsätzlich Doppelzeichnung zu vereinbaren. Ein Ausnahmetatbestand, der nur unter Festlegung einer Obergrenze hätte zugelassen werden können, lag in dem konkreten Fall nicht vor.

Zuordnung von Zahlungseingängen

Bei einer anderen Krankenkasse wurde beanstandet, dass die Mehrzahl der Zahlungseingänge (bis zu 90%) vom System der Krankenkasse maschinell falsch zugeordnet wurde, so dass erhebliche manuelle Nachbearbeitungen nötig waren. So wurde z.B. der Zahlungseingang einer Versicherung dem zentralen Verrechnungskonto des Versicherten gutgeschrieben und nicht dem Drittbeteiligtenkonto der Versicherung.

Anlagesicherheit

Nach wie vor kritisch zu bewerten war bei einigen Krankenkassen die sach- und marktgerechte Verwaltung der liquiden Finanzmittel. Dies gilt vor allem im Hinblick auf den wesentlichen Aspekt der Anlagesicherheit.

Gegenstand der Beratungen des PDK war unter anderem die wiederholt festzustellende Tatsache, dass Krankenkassen bei der Vertragsgestaltung zur Abwicklung ihrer Wertpapierdienstleistungen seitens der Kreditinstitute als professionelle Kunden im

Sinne des Wertpapierhandelsgesetzes eingestuft wurden. Mit einer solchen Einstufung ist der Verzicht auf eine Reihe von Schutzrechten verbunden, weil die gesetzlichen Regelungen davon ausgehen, dass professionelle Anleger über ausreichende Erfahrungen und Kenntnisse sowie hinreichenden Sachverstand verfügen, um ihre Anlageentscheidungen richtig beurteilen und treffen zu können. Nach Ansicht des PDK ist dieses umfangreiche Wissen allerdings bei der Mehrzahl der Krankenkassen nicht in dem erforderlichen Maße vorhanden.

Wie bereits in den Vorjahren fiel auch 2014 bei mehreren Prüfungen auf, dass Krankenkassen ihre Girobestände und Festgelder bei ausschließlich einem Kreditinstitut bewirtschaften. Sie gehen durch eine derartige Konzentration ihrer finanziellen Mittel ein sog. Klumpenrisiko ein. Dies kann im Falle eines Moratoriums oder einer Insolvenz des Kreditinstituts zu erheblichen Beeinträchtigungen der Liquidität der Krankenkasse führen. Der PDK hat in solchen Fällen stets empfohlen, die insoweit bestehenden Risiken durch die Führung von mindestens zwei Konten bei verschiedenen Kreditinstituten zu minimieren (vgl. auch in diesem Bericht Ziffer 6.5 „Aufsichtsprüfung der liquiden Vermögensanlagen der bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger“, Seite 106 ff.).

Die positiven Reaktionen auf die Prüfansätze des PDK und die damit einhergehenden Empfehlungen haben erneut deutlich gemacht, wie wichtig es ist, die Krankenkassen verstärkt auf die rechtzeitige Erkennung von Fehlentwicklungen und Schwachstellen in allen Bereichen ihres operativen Handelns hinzuweisen und auf zielgerichtete

Maßnahmen hinzuwirken.

8.6.7 Pflegeversicherung

Auswirkung eines Pflegekassenwechsels auf Bewilligungsentscheidungen

Der PDK stellte fest, dass bei einem Wechsel der Pflegekasse einige aufnehmende Pflegekassen die Pflegegutachten der abgebenden Pflegekasse anfordern, die Entscheidungen der Vorgängerkasse übernehmen und dementsprechend die gleichen Leistungen bewilligen. Die Pflegekassen verweisen bezüglich ihrer Verfahrensweise auf die Regelung im Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 17. April 2013 zu § 18 SGB XI, wonach bei einem Kassenwechsel grundsätzlich das bestehende Pflegegutachten anerkannt werden kann.

Der PDK sah in diesen Fällen einen Widerspruch zum Urteil des Bundessozialgerichts vom 13. Mai 2004 (Az. B 3 P 3/03 R). Hiernach gibt es auch bei einem Wechsel von einer Pflegekasse zu einer anderen Pflegekasse keinen Bestandsschutz aufgrund einer von der vorher zuständigen Pflegekasse getroffenen Entscheidung, da eine Bindungswirkung nur innerhalb eines konkreten Sozialversicherungs- bzw. Sozialleistungsverhältnisses besteht. Bei einem Wechsel der Pflegekasse auch von bereits Pflegebedürftigen wäre dementsprechend ein neuer Antrag zu stellen.

Die Angelegenheit wurde auf der 85. Tagung der Aufsichtsbehörden vom 11. – 13. November 2014 thematisiert. Danach erachten die Aufsichtsbehörden bei einem

Wechsel der Pflegekasse entsprechend der Ausführungen im Gemeinsamen Rundschreiben eine neue Begutachtung nicht in allen Fällen für erforderlich. Vielmehr könne eine abweichende Einzelfallentscheidung aufsichtsrechtlich toleriert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wurde jedoch gebeten zu prüfen, ob beim Wechsel der Pflegekasse durch bereits Pflegebedürftige eine Ausnahmeregelung für das Antragserfordernis eingeführt werden kann.

Ausschluss der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung der Pflegeperson

Bei einem Versicherungsträger fiel dem Prüfdienst eine unverhältnismäßig hohe Anzahl von männlichen Pflegepersonen auf, von denen besonders viele im Fragebogen angegeben hatten, nur bis zu 30 Stunden pro Woche eine selbständige Erwerbstätigkeit in der Land- und Forstwirtschaft auszuüben. Nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI sind nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen in der Rentenversicherung versichert. Diese Versicherungspflicht besteht jedoch nicht, wenn die Pflegeperson neben der Pflege regelmäßig mehr als 30 Wochenstunden beschäftigt oder selbständig tätig ist (§ 3 Satz 3 SGB VI).

Die Geschäftsstellen des Trägers gingen bei der Aufklärung der Frage, ob die 30-Wochenstunden-Grenze bei diesen Pflegepersonen überschritten ist, uneinheitlich vor. Einige Geschäftsstellen legten nur die im Fragebogen gemachten Stundenangaben für die Prüfung des Ausschlusses der Versicherungspflicht zugrunde. Andere Geschäftsstellen forderten bei dem genannten Per-

sonenkreis zusätzlich über einen weiteren Vordruck Angaben über die Art und den Umfang der land- bzw. forstwirtschaftlichen Tätigkeit an.

Beim oben genannten Personenkreis ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte Versicherungsfreiheit genießt, wer nach Feststellung eines Versicherungsträgers als Pflegeperson rentenversicherungspflichtig ist.

Auch bei abhängig Beschäftigten forderte der Versicherungsträger keine Nachweise über die Arbeitszeit an, wenn diese nahe bei 30 Stunden liegende Angaben zur Arbeitszeit machten.

Aufgrund der besonderen Situation, die Ausschlussregelung der Versicherungspflicht nach § 3 Satz 3 SGB VI bei einer Vielzahl von selbständig in der Land- und Forstwirtschaft tätigen Personen prüfen zu müssen, hat der PDK der Pflegekasse empfohlen, verfahrensrechtliche Vorgaben zur Beurteilung des zeitlichen Aufwandes der selbständigen Tätigkeit zu erstellen. Darin sollte u.a. zum Ausdruck kommen, welche Kriterien für die Erhebung des Arbeitszeitbedarfs anzulegen sind. Bei einzelnen Tätigkeiten sind Vor- und Nacharbeiten sowie Zeiten für kaufmännische und organisatorische Erledigungen nach Art und Umfang zu berücksichtigen. Bei abhängig Beschäftigten, die ihre Arbeitszeit mit 30 Stunden oder leicht darunter angeben, sollte die Pflegekasse Nachweise in Form einer Arbeitgeberbescheinigung anfordern.

Geschäftsprozesse bei der Regressbearbeitung

Eine Pflegekasse prüfte Regressansprüche der Pflegekasse lediglich dann, wenn die Sachbearbeitung der Pflegeversicherung aus MDK-Gutachten vorliegende Hinweise zu pflegebegründenden Schadensfolgen aufgriffen und elektronisch mit einem Kennzeichen erfassten. Erfolgte eine entsprechende Kennzeichnung nicht, weil z.B. nicht zeitgleich ein MDK-Gutachten vorlag, bearbeitete das Schadensersatzteam den Regressfall lediglich aus Sicht der Krankenversicherung, obwohl in vielen Fällen erkennbar war, dass die Schädigungen bzw. Behandlungsfehler kausale Auswirkungen auf die Pflegebedürftigkeit gehabt hatten. Lagen dem Regressteam Kenntnisse über Unfälle bzw. Behandlungsfehler vor, erfolgte ebenfalls keine Rückkoppelung mit der Sachbearbeitung der Pflegeversicherung. Die Pflegesachbearbeitung verfolgte auch nicht in eigener Zuständigkeit die Wirkung auf die Pflegebedürftigkeit und sich eventuell ergebende Regressansprüche.

Der Prüfdienst hat der Krankenkasse das organisatorische Schnittstellenproblem zwischen der Zuständigkeit des Regressteams und der Sachbearbeitung der Pflegeversicherung aufgezeigt und die Feststellung in einer Vielzahl von Fällen mit beträchtlichen Einnahmeverlusten der Pflegekasse untermauert. Die Krankenkasse hat zugesagt, den Geschäftsprozess der Regressbearbeitung zu analysieren und zu verbessern.

Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen

Einige Pflegekassen hat der PDK in Hinblick auf die in § 12 SGB XI fixierte Verantwortung der Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen beraten.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber den Pflegekassen in § 12 SGB XI die Verantwortung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten übertragen. Dabei sollten sie mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammenarbeiten. Dieser Auftrag wurde mit der Neufassung des § 12 Abs. 1 SGB XI im Pflegeweiterentwicklungsgesetz dahingehend erweitert, dass die Pflegekassen, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hinwirken, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Darüber hinaus wurde durch die Konkretisierung des Beratungsauftrages der Pflegekassen in § 7a SGB XI ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung geschaffen, über die nach § 12 Abs. 2 Satz 2 SGB XI u.a. sichergestellt werden soll, dass die verschiedenen Versorgungs- und Leistungsformen im Einzelfall nahtlos und störungsfrei ineinander greifen.

Der PDK hielt die bisherige Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten für ausbaufähig. Er bat um Darlegung der erfolgten und insbesondere der geplanten Aktivitäten und forderte für die Zukunft eine

entsprechende Dokumentation. Die Krankenkassen teilten mit, dass der Zusammenarbeit ein hoher Stellenwert beigemessen werde und diese weiter ausgebaut werden solle.

Die dargestellten Fälle sind nur einzelne Beispiele aus den Prüfungen des PDK, die einen Überblick über die Vielschichtigkeit der Tätigkeit des Prüfdienstes geben sollen. Allgemein ist festzustellen, dass die Anmerkungen und Empfehlungen des PDK von den Krankenkassen als hilfreich empfunden und in vielen Fällen noch während der Prüfung bei den Krankenkassen umgesetzt worden sind.

8.6.8 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Im Anschluss an die Feststellungen der örtlichen Erhebungen im Berichtsjahr 2013 beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (siehe Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes 2013, S. 130) wurde im Folgejahr der Prüfbericht übersandt.

Im Berichtsjahr 2014 wurde des Weiteren eine Prüfung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in den Bereichen Haushalts- und Rechnungswesen, Kassenführung, Reise-, Bewirtungs- und Repräsentationskosten eingeleitet sowie örtliche Erhebungen durchgeführt.

9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ

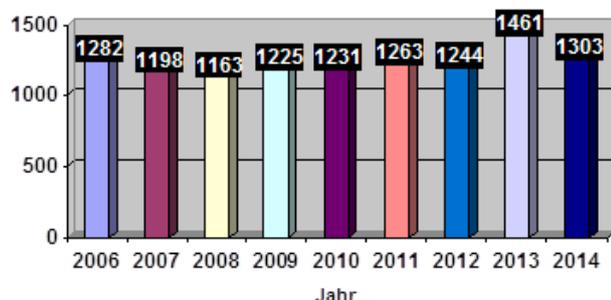
9. ZUSTÄNDIGE STELLE NACH DEM BERUFSAUSBILDUNGSGESETZ

9.1 Ausbildungsplatzsituation

Am Stichtag 31. Dezember 2014 betreute das Bundesversicherungsamt insgesamt 3.638 Ausbildungsverhältnisse (um die abgebrochenen Ausbildungsverhältnisse bereinigte Anzahl) der Einstellungsjahrgänge 2012 bis 2014 in den verwaltungseigenen Berufen. Davon 3.608 Ausbildungsverhältnisse zu Sozialversicherungsfachangestellten (SFA), 4 zu Verwaltungsfachangestellten (VFA), 3 zu Fachangestellten für Bürokommunikation (FAB) und 14 zu Kaufleuten im Büromanagement (KAB). Beim Bundesversicherungsamt selbst waren zudem 9 Ausbildungsverhältnisse zu betreuen, 7 zu VFA und 2 zu FAB.

Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge bei den Sozialversicherungsträgern in den verwaltungseigenen Berufen ist mit 1.303 rd. 10,8 % geringer als im Vorjahr. Hiervon entfielen 1.289 auf SFA und 14 auf KAB.

Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in verwaltungseigenen Berufen (einschließlich Abbrecher)



Außer der Deutschen Rentenversicherung Bund, die mit 128 Ausbildungsverträgen nur einen Vertrag weniger abgeschlossen hat als im Vorjahr, ist bei allen Trägern ein leichter Rückgang der Ausbildungszahlen zu verzeichnen: Im Bereich der Krankenversicherung minus 11,8 %, bei der Knappschaft-Bahn-See minus 5,6 % und bei der Unfallversicherung minus 15,9 %. Nachdem die Landwirtschaftliche Sozialversicherung durch die Errichtung des neuen Bundesträgers der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau 2013 einen 300 %-igen Zuwachs verzeichnen konnte, ist die Einstellungszahl im Berichtsjahr um 25 % (7 Ausbildungsverträge weniger) zwar gesunken, aber immer noch 200 % höher als 2012.

Verteilung der Ausbildungsverhältnisse in verwaltungseigenen Berufen auf die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger

KV			
Einstellungsjahr	SFA	VFA	FAB/KAB
2011	913	0	0
2012	912	0	0
2013	1035	0	0
2014	904	0	9

RV			
Einstellungsjahr	SFA	VFA	FAB/KAB
2011	75	0	0
2012	77	0	0
2013	129	0	0
2014	128	0	0

KBS			
Einstellungsjahr	SFA	VFA	FAB/KAB
2011	126	2	0
2012	121	0	0
2013	143	0	0
2014	135	0	0

LSV			
Einstellungsjahr	SFA	VFA	FAB/KAB
2011	7	2	0
2012	7	0	0
2013	28	0	0
2014	21	0	0

UV			
Einstellungsjahr	SFA	VFA	FAB/KAB
2011	130	2	0
2012	123	2	2
2013	123	2	1
2014	101	0	5

Im Einstellungsjahrgang 2014 verfügen rd. 76,29 % der Auszubildenden über einen Hoch- oder Fachhochschulabschluss, 23,41 % über einen Real- oder gleichwertigen Schulabschluss, 0,23 % über einen Hauptschulabschluss. Ein Auszubildender hat seinen Abschluss im Ausland erworben (0,07 %).

Seit August 2014 wird auch in dem neuen Ausbildungsberuf „Kaufmann/ Kauffrau für Büromanagement“ ausgebildet. Er löst die drei bisherigen Berufe

- Kaufmann/ -frau für Bürokommunikation
- Bürokaufmann/ -frau
- Fachangestellte/ -r für Bürokommunikation

ab und führt sie zu diesem einzigen Beruf mit dreijähriger Ausbildungsdauer und gemeinsamer Ausbildungsgrundlage für Industrie, Handel, Dienstleistungen und öffentlichen Dienst zusammen. Soweit in dem neuen Ausbildungsberuf nicht in Betrieben der Wirtschaft, sondern in der öffentlichen Verwaltung ausgebildet wird, ist er ein Beruf des öffentlichen Dienstes. Damit obliegen nicht nur die Überwachung der Berufsausbildung, die Ausbildungsberatung und die Feststellung der Eignung von Ausbildungsstätte und Auszubildenden, sondern auch die Eintragung der Ausbildungsverhältnisse, die Entscheidungen über die Kürzung und Verlängerung der Ausbildungszeit und die Durchführung der Abschlussprüfung den zuständigen Stellen des Bundes und der Länder. Zuständige Stelle für die seiner Aufsicht unterstehenden Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Dienstes sowie für die eigene Behörde ist das Bundesversicherungsamt.

Das Bundesversicherungsamt hat alle Träger zeitnah über die Neugestaltung des Ausbildungsberufs und die damit verbundenen Zuständigkeitsfragen informiert. Dennoch kam es vielfach zu Missverständnissen, denn der neue Ausbildungsberuf erweckt mit der Bezeichnung „Kaufmann/ Kauffrau“ auf den ersten Blick nicht den Eindruck, ein Beruf des öffentlichen Dienstes zu sein. Hier musste umfangreiche Aufklärungsarbeit bei den Ausbildungsbetrieben geleistet werden, damit die Ausbildung überall der Ausbildungsverordnung entsprechend erfolgen konnte.

Neben den bei den Sozialversicherungsträgern abgeschlossenen Ausbildungsverhält-

nissen in verwaltungseigenen Berufen, für die allein das Bundesversicherungsamt zuständige Stelle ist, wurden von den Sozialversicherungsträgern im Berichtsjahr auch zahlreiche Ausbildungsverträge in den Berufen Kaufmann/ Kauffrau im Gesundheitswesen und Kaufmann/ Kauffrau im Dialogmarketing abgeschlossen. Hier teilt sich das Bundesversicherungsamt die Zuständigkeit mit den Industrie- und Handelskammern (IHKen). Das Bundesversicherungsamt ist zuständige Stelle für die Überwachung der Ausbildung einschließlich Ausbildungsberatung sowie Feststellung der Eignung von Ausbildungsstätten und Ausbildern, bei den IHKen erfolgt die Eintragung der Ausbildungsverhältnisse und die Prüfungsabnahme.

9.2 Prüfungen

Im Jahr 2014 hat das Bundesversicherungsamt 2.515 Prüflinge und damit annähernd so viele wie im Vorjahr geprüft.

An 12 Zwischenprüfungen nahmen 1.110 Auszubildende zu SFA, vier zu FAB und sechs angehende VFA teil. Dabei wurden 68 Prüfungsausschüsse eingesetzt.

An 15 Abschlussprüfungen, bei denen 77 Prüfungsausschüsse tätig waren, nahmen 1.177 Prüflinge teil, darunter 19 Wiederholer. Auf den Ausbildungsberuf SFA entfielen 1.164 Prüflinge, sechs auf den Ausbildungsberuf VFA, sechs auf den Ausbildungsberuf FAB und einer auf den Ausbildungsberuf Fachangestellte/ -r für Medien- und Informationsdienste. 1.144 Prüflinge bestanden die Prüfung (97,2 %). Unter den 1.164 Prüflingen für den Beruf SFA waren 29, die

nach § 45 Abs. 2 BBiG zur Prüfung zugelassen wurden. Von diesen kam einer von einer Berufsgenossenschaft, einer von einer Ersatzkasse, einer von einer Innungskrankenkasse und alle anderen von Betriebskrankenkassen.

Viele der Absolvent/ -innen sind nach bestandener Prüfung von den Trägern in ein Arbeitsverhältnis übernommen worden. Von den 1.132 Teilnehmern, die die Prüfung zum/ zur SFA bestanden haben, konnten 907, also rd. 80 %, einen befristeten oder einen unbefristeten Arbeitsvertrag bei dem Träger, bei dem sie die Ausbildung gemacht haben, oder bei einem anderen Träger abschließen. Die Zahl der Absolventen, die sich nach der Ausbildung für ein Vollzeitstudium entschieden haben, ist im Berichtsjahr deutlich gestiegen. Waren es im Vorjahr 41, sind es 103 im Jahr 2014.

Auf allen Abschlusszeugnissen weist das Bundesversicherungsamt seit Beginn des Berichtsjahres dem gemeinsamen Beschluss der Kultusministerkonferenz der Länder, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Wirtschaftsministerkonferenz und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie entsprechend und nach der Empfehlung des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung die Niveaustufe 4 des Deutschen und Europäischen Qualifikationsrahmen für alle Ausbildungsberufe aus.

Diese Zuordnung zum Deutschen und Europäischen Qualifikationsrahmen hilft den Absolventen bei Bewerbungen, potentiellen Arbeitgebern im Inland und im EU-Ausland die eigene Kompetenz verständlich zu

präsentieren und die Gleichwertigkeit bestimmter Abschlüsse zu verdeutlichen.

An der Fortbildungsprüfung zur Krankenkassenfachwirtin/ zum Krankenkassenfachwirt nahmen 89 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betriebs- und Innungskrankenkassen teil. 14 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. 88 Prüflinge bestanden die Prüfung. Bei der Organisation wurde das Bundesversicherungsamt von der BKK Akademie und der IKK Akademie unterstützt.

Die im Dezember 2013 begonnene Fortbildungsprüfung zur Sozialversicherungsfachwirtin/ zum Sozialversicherungsfachwirt für 32 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wurde in diesem Jahr abgeschlossen. Es waren drei Prüfungsausschüsse im Einsatz. 31 Prüflinge bestanden die Prüfung.

Im nächsten Jahr wird die letzte Prüfung dieser Art nach der alten Prüfungsordnung gem. § 54 BBiG stattfinden und im Januar 2016 abgeschlossen werden. Danach findet die neue Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Fortbildungsabschluss „Geprüfte/ -r Sozialversicherungsfachwirt/ in - Fachrichtung gesetzliche Renten- und knappschaftliche Sozialversicherung“ nach § 53 BBiG Anwendung, die am 01. März 2013 in Kraft getreten ist. Auf der Grundlage dieser Verordnung hat das Bundesver-

sicherungsamt eine Prüfungsordnung erlassen, die am 01. Juli 2014 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt worden und am 12. September 2014 in Kraft getreten ist. Die neue Verordnung und die neue Prüfungsordnung schließen nach einer entsprechender Übergangsregelung die Anwendung der alten Prüfungsordnung aus.

Das Bundesversicherungsamt hat außerdem acht Ausbilder-Eignungsprüfungen durchgeführt, an denen 97 Ausbilderinnen und Ausbilder – und damit etwas weniger als im Vorjahr – teilnahmen. 61 dieser Ausbilderinnen und Ausbilder arbeiten bei Krankenkassen, 23 bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und 13 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Alle Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer 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 Berufungen der Prüfungsausschüsse

Die Amtsperiode der im Jahr 2010 berufenen Prüfungsausschüsse endete am 30. September 2014. Daher mussten zum 01. Oktober 2014 die Abschluss- und Zwischenprüfungsausschüsse für Sozialversicherungsfachangestellte neu berufen werden.

Da sich die Anzahl der Auszubildenden im Bereich der Krankenversicherung erhöht hatte, hat das Bundesversicherungsamt für die Ersatzkassen jeweils zwei und für die Innungskrankenkassen einen Ab-

schluss- und Zwischenprüfungsausschuss mehr berufen. Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde aufgrund gesteigener Ausbildungszahlen ebenfalls ein Abschlussprüfungsausschuss mehr berufen. Bei den Betriebskrankenkassen ist die Anzahl der Abschluss- und Zwischenprüfungsausschüsse gleichgeblieben, ebenso wie bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung und den Berufsgenossenschaften.

Obwohl das Bundesversicherungsamt bereits frühzeitig die Vorschlagsberechtigten (Arbeitgeber, Gewerkschaften und Schulaufsichtsbehörden) angeschrieben hat, war es für einige Schulaufsichtsbehörden der Länder schwierig, Lehrkräfte berufsbildender Schulen als Mitglieder für die Prüfungsausschüsse zu benennen.

Das liegt überwiegend daran, dass sich die Sozialversicherungsträger, insbesondere große, bundesweite Krankenkassen, zunehmend die Schulgesetze der Länder zunutze machen und Auszubildende bevorzugt in den Bundesländern einstellen, in denen für diese Auszubildenden keine Berufsschulpflicht besteht. Wegen der in diesen Ländern fehlenden oder verringerten Fachklassen stehen entweder gar keine sachkundigen Lehrer zur Verfügung oder die verbliebenen Lehrer sehen nicht die Notwendigkeit, sich im Prüfungsausschuss ehrenamtlich zu engagieren, wenn sie die Auszubildenden nicht gleichzeitig unterrichten. Um dennoch über einsatzfähige Prüfungsausschüsse zu verfügen, musste das Bundesversicherungsamt bereits in der Vergangenheit anstelle der Berufsschullehrer Fachdozenten der

Bildungszentren nach § 40 Abs. 5 BBiG als Beauftragte der Arbeitgeber oder Arbeitnehmer für die Lehrerposition in die Ausschüsse berufen.

Für die neue Amtsperiode sah sich das Bundesversicherungsamt sogar darüber hinaus gezwungen, erstmals auch Dozenten privater Bildungseinrichtungen, die für eine große Ersatzkasse die Berufsschulersatzlehrgänge durchführen, mit einzubeziehen.

9.4 Überwachung und Beratung

Im Berichtszeitraum hat das Bundesversicherungsamt als zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz bundesweit in 243 Veranstaltungen knapp 3.500 angehende SFA, Kaufleute im Gesundheitswesen, VFA, FAB sowie Fachinformatiker der Fachrichtungen Anwendungsbetreuung und Systemintegration beraten.

Anzahl der beratenen Auszubildenden

	in Lehrgängen	in Geschäftsstellen	Gesamt	in %
KV	2.575	165	2740	78,92
RV	143	0	143	4,12
UV	281	20	301	8,67
LSV	48	17	65	1,87
KBS	209	14	223	6,42
Summe:	3.256	216	3.472	100

In den Lehrgängen bei den Sozialversicherungsträgern informierten die Ausbildungsberater der zuständigen Stelle die Nachwuchskräfte über alles, was mit der Ausbildung zu tun hat, insbesondere den Ablauf und Inhalt der Zwischen- und Abschlussprüfungen. Dabei kamen auch die Auszubildenden zu Wort und konnten im abschließenden Erfahrungsaustausch über

den Verlauf und die Qualität ihrer Ausbildung berichten.

Die Auswahl der besuchten Geschäftsstellen erfolgte überwiegend nach allgemeinen organisatorischen Kriterien, wie z.B. der Anzahl der anzutreffenden Auszubildenden oder dem Termin der letzten Beratung. Bei zahlreichen Geschäftsstellenberatungen haben die Ausbildungsberater helfend und beratend zur Seite stehen können. Aber auch in den Lehrgangsberatungen wurden die Berater auf Defizite in der praktischen Ausbildung aufmerksam gemacht, die einer Klärung bei anschließenden Besuchen in den Geschäftsstellen bedurften. Bei den dortigen Gesprächen mit kleineren Gruppen von Auszubildenden sowie durch den persönlichen Erfahrungsaustausch mit den ausbildenden Personen ergaben sich erfahrungsgemäß deutlich mehr Erkenntnisse und Lösungsmöglichkeiten.

Wie in den vergangenen Jahren verlief die Ausbildung bei den Sozialversicherungsträgern insgesamt weitgehend zufriedenstellend. Selbst in Zeiten von Veränderungen, Umstrukturierungen, Neuorientierungen und Fusionen bemühten sich alle Träger um eine gute und nachhaltige Ausbildung.

Eine Hauptaufgabe der Ausbildungsberater bestand in allen Sparten der Sozialversicherung nach wie vor darin, in zahlreichen Gesprächen mit Ausbildern, Auszubildenden, aber auch Eltern als Ansprechpartnern, persönlich oder telefonisch beratend zur Seite zu stehen. Dabei ging es um alle Fragen rund um die Ausbildung, wie z.B. Lernprobleme, Ausbildungsplatzwechsel, Qualitätsmängel in der Ausbildung, Konflikte zwi-

schen Auszubildenden und Ausbildern, Verlängerung und Verkürzung der Ausbildung, Teilzeitberufsausbildung, Zulässigkeit der Versetzung vor der Abschlussprüfung oder auch um Kritik am Berufsschulunterricht. Meistens konnte die zuständige Stelle helfen, Missstände zu beheben; oft wurden die Anregungen und Empfehlungen der Ausbildungsberater in Entscheidungsprozesse von Ausbildenden und Auszubildenden mit einbezogen.

Nach wie vor galt es, ganz besonders in den anhaltenden Umstrukturierungsprozessen der Träger, nachhaltig auf die Einhaltung der Ausbildungsordnung hinzuwirken. Während die Neuerungen bei den Renten- und Unfallversicherungsträgern eher marginal ausfielen, befinden sich die im Wettbewerb stehenden Krankenversicherungen – und hier verstärkt wieder die großen Ersatzkassen – in einem seit Jahren andauernden Strukturwandel.

Die damit verbundenen Begleiterscheinungen wie Kosteneinsparungen, Personalabbau, Schließung von Geschäftsstellen und die Verdichtung der Arbeitsprozesse hatten erneut Auswirkungen auf die Ausbildung.

Ungebrochen ist dabei nämlich der Trend zur Zentralisierung bestimmter Aufgaben in hoch spezialisierten Fachzentren, insbesondere bei großen Krankenkassen. Infolge der Auslagerung der Aufgaben gelingt es häufig nicht mehr, alle im Ausbildungsrahmenplan vorgesehenen Themen in der Praxis, also durch praktisches Üben und Trainieren der im Lehrgang erworbenen Kenntnisse, zu vermitteln. Um angesichts dieser strukturellen Gegebenheiten dennoch eine brei-

te praktische Ausbildung gewährleisten zu können, müssen die Auszubildenden auch in anderen Fachzentren an anderen Orten eingesetzt werden. Unter Hinweis auf organisatorische und finanzielle Gründe waren einzelne Träger hierzu oft nur begrenzt in der Lage.

Nach dem Berufsbildungsgesetz hat Ausbildung jedoch im Gegensatz zur Fortbildung die Aufgabe, eine breit angelegte Grundbildung im jeweiligen Ausbildungsberuf zu vermitteln, um eine größtmögliche Anpassungsfähigkeit und Mobilität zu sichern. Diese Zielsetzung ist bei einer erheblichen Spezialisierung auf einen Teil des Ausbildungsberufs gefährdet und die Einsatzfähigkeit nach der Ausbildung eingeschränkt. Auch die Ausbildungsordnung sieht eine Spezialisierung innerhalb der Fachrichtung des Ausbildungsberufs auf einen der Kernbereiche „Versicherung und Finanzierung“ oder „Leistungen“ nicht und erst recht nicht auf einzelne Gebiete dieser Kernbereiche vor. Nach der zeitlichen Gliederung des Ausbildungsrahmenplans ist für die Vermittlung dieser beiden Kernbereiche ein annähernd ausgeglichenes Verhältnis vorgesehen.

Unverzichtbar ist insbesondere der Einsatz in der Kundenberatung, um sich neben den Fachkenntnissen das nach der Ausbildungsordnung geforderte kundenorientierte Gesprächsverhalten aneignen zu können. Die theoretische Vermittlung bestimmter Ausbildungsinhalte kann die praktische Aneignung der erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse nicht ersetzen, sondern nur ergänzen und vertiefen.

Das Bundesversicherungsamt hat diese Mängel betreffend inzwischen mit fast allen großen Trägern intensive Gespräche geführt. Dabei gelang es oft, Absprachen im Hinblick auf die Qualität der Ausbildung, die Zahl der Hospitationen und deren Organisation zu treffen.

Insgesamt Positives ist aus dem Bereich der Ausbildung zu Kaufleuten im Gesundheitswesen zu berichten. Hier hat es besonders in der Vergangenheit einige Defizite gegeben. Die Ausbildung im Sozialversicherungsrecht war zu sehr konzentriert auf nur wenige Arbeitsbereiche, die Sachbearbeitung begann zu früh – oft schon Mitte des zweiten Ausbildungsjahres – und die berufliche Handlungsfähigkeit war dementsprechend unzureichend.

Als zuständige Stelle für die Überwachung der Ausbildung dieses kaufmännischen Berufs hat das Bundesversicherungsamt die Träger immer wieder aufgefordert, die Ausbildung auch in der Praxis breit und nachhaltig anzulegen und die Auszubildenden so vielseitig zu qualifizieren, dass sie auch bei Nichtübernahme eine berufliche Perspektive in ihren klassischen Arbeitsbereichen (z.B. Krankenhaus) haben. Dafür ist es unerlässlich, eine breite berufliche Handlungsfähigkeit, insbesondere hinsichtlich der kaufmännischen und dienstleistungsorientierten Inhalte des Ausbildungsberufs, zu erlangen.

Hier konnte das Bundesversicherungsamt feststellen, dass sich einige Träger inzwischen deutlich bemühen, die Vorgaben umzusetzen. So werden z.B. durch Dozenten die Auszubildenden mit der Codierung von

Krankenhausleistungen und -abrechnungen vertraut gemacht. Das soll mehr Transparenz und zugleich mehr Einsparungspotential ermöglichen. Auszubildende, die für die Kundenberatung vorgesehen sind, werden noch tiefgreifender in Kommunikationstechniken trainiert. Ebenso wird das vertriebliche Know-how geschult. Damit wären auch direkt die drei Hauptaktionsgebiete der Kaufleute im Gesundheitswesen genannt: Kundenmanagement, Leistungs- und Beitragsmanagement und Vertrieb.

Im Vergleich zur allgemeinen Krankenversicherung verlief die Ausbildung in den Fachrichtungen gesetzliche Renten- und Unfallversicherung sowie knappschaftliche Sozialversicherung deutlich ruhiger und kontinuierlicher. In der Fachrichtung landwirtschaftliche Sozialversicherung hat das Bundesversicherungsamt im zweiten Jahr nach dem Start des Bundesträgers für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau die Eignung der Ausbildungsstätten bei den zwei noch ausstehenden Geschäftsstellen des Bundesträgers geprüft und bestätigt. Die Ausbildungsberater haben mit 17 Auszubildenden und den örtlichen Ausbildungsbeauftragten gesprochen. Diese Gespräche verliefen positiv, waren aber auch von Kritik und großer Sorge bezüglich des Fortbestehens einer qualitativ hochwertigen Ausbildung bei diesem Bundesträger geprägt, denn der durch die gebotene Verwaltungskostenreduzierung fortschreitende Personalabbau hat unter anderem auch dazu geführt, dass für die Ausbildung immer weniger qualifizierte Fachausbilder/-innen zur Verfügung stehen.

In zwei Problemfällen konnte das Bun-

desversicherungsamt helfen, dass die sehr gefährdeten Ausbildungsverhältnisse fortgeführt und auf einen guten Weg gebracht wurden.

10. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

10. MUTTERSCHAFTSGELDSTELLE

Seit über drei Jahrzehnten ist die Mutterschaftsgeldstelle beim Bundesversicherungsamt zuständig für die Auszahlung des Mutterschaftsgeldes nach § 13 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG) in Höhe von maximal 210 Euro an Frauen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und die zu Schutzfristbeginn in einem Arbeitsverhältnis stehen.

Für diese Frauen wird auch der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld gezahlt, wenn das Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach § 6 Abs. 1 MuSchG wirksam, d.h. mit Zustimmung der für die Durchführung des Mutterschutzgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde, beendet oder der Arbeitgeber aufgrund eines Insolvenzereignisses im Sinne von § 183 SGB III zahlungsunfähig wurde. Daneben werden Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 i. V.m. § 347 Nr. 8 SGB III für Frauen gezahlt, die vor Beginn der Schutzfrist sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren.

Im Jahr 2014 beantragten rd. 22.500 Frauen beim Bundesversicherungsamt Mutterschaftsgeld. Etwa drei Viertel der Anträge wurden bewilligt. Die Gesamtausgaben lagen im Berichtsjahr bei rd. 3,4 Mio. Euro. Darin waren rd. 32.000 Euro Pflichtbeiträge zur Arbeitslosenversicherung enthalten.

Seit vielen Jahren bietet das Bundesversicherungsamt eine Beratungshotline an, die sich immer größer werdender Beliebtheit erfreut. Wurde die Hotline anfangs nahezu

ausschließlich von (werdenden) Müttern zur Anforderung der Antragsunterlagen genutzt, ist das heute nur noch bei rd. 12 % der Anrufenden der Fall. Der weit überwiegende Teil der Anrufenden hat einen darüber hinausgehenden Beratungsbedarf mit immer komplexeren Fragestellungen. Nicht selten wurden sie von anderen Stellen fehlinformiert, finden sich in den Regelungen zur sozialen Sicherung nicht zurecht oder haben ganz allgemein den Überblick verloren. Immer häufiger nutzen Arbeitgeber, Steuerberater, Sozialverbände, Beratungsstellen und auch Krankenkassen die Hotline, um sich Rat im Zusammenhang mit der Ausführung des Mutterschutzgesetzes und den sich daraus ergebenden Ansprüchen zu holen. So sind Steuerberater und Arbeitgeber oftmals unsicher, wie der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zu berechnen ist.

Das Bundesversicherungsamt kann diese Fragen natürlich nur dann verbindlich beantworten, sofern die zugrundeliegenden Sachverhalte in seine Zuständigkeit fallen. Oftmals gehen die Anliegen aber darüber hinaus. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bundesversicherungsamtes versuchen dann soweit wie möglich weiterzuhelfen, „Licht ins Dunkel“ zu bringen und an die jeweils zuständigen Stellen zu verweisen.

Der Umfang des Hotline-Angebotes wurde im Interesse der „Bestandskundinnen“ an deren Anspruch, nicht unangemessen lange auf die Bearbeitung ihrer Anträge und die Zahlung des Mutterschaftsgeldes warten zu müssen, ausgerichtet. Im Berichtsjahr

konnten so rd. 14.300 Gespräche geführt werden. Eine aktuelle Evaluation hat allerdings ergeben, dass weit mehr Interessierte erfolglos versuchen, über die Hotline mit der Mutterschaftsgeldstelle in Kontakt zu treten. Viele dieser Anrufenden haben ihre Anliegen daraufhin per E-Mail übermittelt. Aber auch diese müssen neben dem Hauptgeschäft, der Antragsbearbeitung, beantwortet werden. Das Bundesversicherungsamt prüft daher zurzeit, wie dem gestiegenen Beratungsbedarf zukünftig Rechnung getragen werden kann.

11. 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 (61)

- actimonda BKK
- atlas BKK ahlmann
- Audi BKK
- BAHN-BKK
- Bertelsmann BKK
- Betriebskrankenkasse B. Braun Melsungen AG
- Betriebskrankenkasse Braun-Gillette
- Betriebskrankenkasse der BMW AG
- Betriebskrankenkasse der Deutsche Bank Aktiengesellschaft
- Betriebskrankenkasse der MTU Friedrichshafen GmbH
- Betriebskrankenkasse der SIEMAG
- Betriebskrankenkasse exklusiv
- Betriebskrankenkasse firmus
- Betriebskrankenkasse Herford Minden Ravensberg
- Betriebskrankenkasse Linde
- Betriebskrankenkasse Miele
- Betriebskrankenkasse Mobil Oil
- Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers
- Betriebskrankenkasse RWE
- Betriebskrankenkasse Technoform
- Betriebskrankenkasse WMF Württembergische Metallwarenfabrik AG
- BKK advita
- BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI
- BKK Diakonie
- BKK family
- BKK Freudenberg
- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK Melitta Plus
- BKK Pfalz

¹ nehmen zugleich die Aufgaben der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr

- BKK ProVita
- BKK Salzgitter
- BKK VerbundPlus
- BKK Verkehrsbau Union
- BKK vor Ort
- BKK Wirtschaft & Finanzen Die BKK der wirtschaftsprüfenden und -beratenden Berufe
- BKK ZF & Partner
- BKK24
- BKK-Würth
- Bosch BKK
- Continentale Betriebskrankenkasse
- Daimler Betriebskrankenkasse
- Debeka BKK
- Deutsche Betriebskrankenkasse
- E.ON Betriebskrankenkasse
- energie-Betriebskrankenkasse
- Ernst & Young BKK
- ESSO Betriebskrankenkasse
- Gemeinsame Betriebskrankenkasse der Wieland-Werke AG
- Heimat BKK
- mhplus Betriebskrankenkasse
- Novitas BKK
- pronova BKK
- R+V Betriebskrankenkasse
- Salus BKK
- Schwenninger Betriebskrankenkasse
- SECURVITA BKK
- Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
- SKD BKK
- Südzucker-Betriebskrankenkasse
- TUI BKK
- Vaillant BKK
- Vereinigte BKK

Innungskrankenkassen (4)

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

Ersatzkassen (6)

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

Knappschaft

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Krankenversicherungsträger insgesamt

73

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 (2)

- Unfallkasse Post und Telekom
- Unfallversicherung Bund und Bahn

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Unfallversicherungsträger insgesamt

11

Sonstige

- Spitzenverband Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)
 - 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 30 Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungsträger



Präsident
Frank Plate
App. 1000
Fax: 1005
Vorzimmer App. 1807

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

Zentrale Steuerung
Herr Seeger
App. 1816

Innenrevision
Frau Düsterdiek
App. 1830
Frau Dr. Rachel
App. 1488

Pressesprecher
Herr Schmidt, T.
App. 1945

Ansprechperson für Korruptionsprävention
Frau Dr. Rachel
App. 1488

Baufragter für den Datenschutz
Herr Tscharn
App. 2116

Gleichstellungsbeauftragte
Frau Lauer
App. 1655, Fax: 1502

Abteilung 1 Gemeinsame Angelegenheiten der Sozialversicherung Herr van Doorn App. 1753 Fax: 1872 Vorzimmer App. 1755	Referat 111 Grundsatzfragen der Sozialversicherung Herr Popoff App. 1950	Referat 112 Recht der Sozialversicherung Frau Kost App. 1693	Referat 113 Sozialrecht Verwaltungsangelegenheiten der Sozialversicherungsträger u. Verbände N.N. App.	Referat 114 Prüfung von Verbandsverfahren im Aufsichtsbereich Herr Schmidt, K. App. 1475	Referat 115 Aufscheidung von Bescheid- und Verwaltungsangelegenheiten Frau Odenthal App. 1988	Referat 116 Datenschutz und Datenschutzentscheidungen im Aufsichtsbereich in innerer Dienstleistung Herr Tscharn App. 2116	Abteilung 2 Kranken- und Pflegeversicherung Herr Beckschäfer App. 1768 Fax: 1873 Vorzimmer App. 2294	Referat 211 Grundsatzfragen der Kranken- und Pflegeversicherung Frau Rexroth App. 1559	Referat 212 Aufsichtsangelegenheiten der Krankenkassen und Pflegekassen (Ersatzklassen und Krankensatzklassen) Herr Dr. Schmitz App. 1581	Referat 213 Organisations- und Sachverhalte im Aufsichtsbereich der Krankenkassen und Pflegekassen Frau Crottel App. 1517	Referat 214 Aufsichtsprüfung der Krankenkassen und Pflegekassen Frau Pätzschke App. 1432	Referat 215 Vertragsangelegenheiten der Krankenkassen und Pflegekassen Frau Domschelt App. 1803	Referat 216 Aufsichtsangelegenheiten der Krankenkassen und Pflegekassen (BKKen, Iktken, Knappschaft, SVLFG) Frau Wähler App. 1765	Referat 217 Grundsatz- und Aufsichtsangelegenheiten der Krankenkassen und Pflegekassen (Zulagenstelle für die private Pflegevorsorge) Frau Langer, U. App. 1534	Abteilung 3 Finanzierung der Kranken-, und Pflegeversicherung Herr Prohl App. 1607 Fax: 1878 Vorzimmer App. 1564	Referat 311 Einzelfachrichtungen in der Krankenversicherung Herr Otto App. 1951	Referat 312 Risikostrukturangemessenheit Frau Dr. Damm App. 2312	Referat 313 Verwaltungsverfahren zur Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds Herr Marschewski App. 1629	Referat 314 Finanzierung der Pflegeversicherung Herr Venturini App. 1486	Referat 315 Zahlungswegverfahren und Rechnungslegung im Gesundheitsfonds Herr Pier App. 1752	Abteilung 4 Renten- und Unfallversicherung Internationales Sozialversicherungsrecht Frau Riedel App. 1768 Fax: 1873 Vorzimmer App. 1782	Gruppe 41 Internationales Sozialversicherungsrecht Frau Riedel App. 1769 Fax: 1873	Referat 411 Rentenversicherung der Rentnerinnen Frau Kirsch App. 1958	Referat 412 Allgemeines Rentenversicherungsrecht (ohne Knappschaft/Earn-See) Herr Winkler App. 1934	Referat 413 Rehabilitation und Teilhabe Deutsch-Knappschaft/Earn-See Fremdenrentenrecht Herr Mursch App. 1763	Referat 414 Sozialversicherungsrecht Frau Krombacher-Bachem App. 1829	Referat 415 Aufsichtsprüfung der Rentenversicherungsträger Herr Apfel App. 1893	Gruppe 42 Unfallversicherung Altersversicherung der Untertuete Frau Ritter-Fischbach App. 1871 Fax: 1871	Referat 421 Grundsatzfragen Geldrenten der gewerlichen Unfallversicherung Verwaltungs-Berufsgenossenschaft Frau Meurer App. 1756	Referat 422 Gewerbliche Unfallversicherung Unfallkasse Post und Telekom N.N. App.	Referat 423 SVLFG, ZLA, UKB, ELK, ELK Ernst-Abbe-Stiftung Frau Warburg App. 1759	Referat 424 Aufsichtsprüfung der Unfallversicherungsträger Herr Müller, H. App. 1859	Abteilung 5 Finanzen und Vermögen der Sozialversicherungsträger Herr Hipken App. 1658 Fax: 1874 Vorzimmer App. 1797	Referat 511 Grundsatzfragen der Unfallversicherung Rechnungswesen Herr Müller, R. App. 1818	Referat 512 Aufsichtsprüfung der Finanzverwaltung der Sozialversicherungsträger Frau Dr. Eggers App. 1796	Referat 513 Vermögenswirtschaft Baurechtsgemeinschaften Herr Fritzen App. 1821	Referat 514 Finanzierung der Renten- und Unfallversicherung Herr Bonas App. 1634	Referat 515 Strukturierte Behandlungsprogramme für chronische Kranke – DMP Herr Nolte App. 1422	Abteilung 6 Prüfung Krank- und Pflegeversicherung Kranken- und Pflegeversicherung Herr Dr. Markus App. 1539 Fax: 1878 Vorzimmer App. 1426	Gruppe 61 Steuerung Prüfung GKV/Spitzenverband u. Kassenärztz. Bundesvereinigung N.N. App. Fax:	Referat 611 Prüfkapitalen und Verfahren Herr Strothmann App. 1438	Referat 612 Steuerung der Prüfverfahren und -maßstäbe Frau Fischer App. 1837	Referat 613 Prüfungen des GKV/Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV) sowie Sonderprüfungen PNG Herr Christmann App. 1464	Gruppe 62 Prüfung Krank- und Pflegeversicherung Prüfung Abteilungsmitgliedern Herr Dr. Markus App. 1539 Fax: 1878	Referat 621 Außenstelle, Cöpenburg - Prüfungen (Region Nord) Herr Kalina App. 1910 Fax: 04471/1910-46	Referat 622 Außenstelle, Fulda - Prüfungen (Region Mitte) Herr Rimpl App. 1910 Fax: 0361/1910-15	Referat 623 Außenstelle, Duisburg - Prüfungen (Region West) Herr Czudaj App. 1910 Fax: 0203/39542-55	Referat 624 Außenstelle, Berlin - Prüfungen (Region Ost) Frau Kapp App. 1910 Fax: 030/206324-11	Referat 625 Außenstelle, Bonn - Prüfungen (Region Südr) Herr Rapp App. 1910 Fax: 0841/186504-12	Abteilung 7 Informationsbank Mutterschaftsgeldstelle Herr Scholl App. 2700 Fax: 1857 Vorzimmer App. 2701	Referat 711 IT-Management Herr Staffen App. 2111	Referat 712 IT-Entwicklung Frau Vaz-Reichert App. 2712	Referat 713 IT-Betrieb Herr Dr. Blöcker App. 2713	Referat 714 IT-Service Herr Pajjans App. 2714	Referat 715 Mutterschaftsgeldstelle Frau Kowalewski-Brüwer App. 2715	Abteilung 8 Zentralabteilung Frau Dierentals App. 1875 Fax: 1875 Vorzimmer App. 1802	Gruppe 81 Ressourcenmanagement Frau Dierentals App. 1804 Fax: 1875	Referat 811 Personalmanagement Herr Kreisler App. 1760	Referat 812 Organisation, Zentrale Koordination Frau Stenmel App. 1773	Referat 813 Hausarbeit Zentralabteilung Presse und Öffentlichkeitsarbeit Herr Schmidt, T. App. 1845	Referat 814 Innerer Dienst Legationsabteilung Herr Sander App. 1646	Gruppe 82 Personalentwicklung Berufliche Bildung Frau Schneider-Vogl App. 1877 Fax: 1877	Referat 821 Personalentwicklung, Gesundheitsmanagement, Fort- und Weiterbildung Herr Dr. König App. 1514	Referat 822 Berufliche Bildung in der Sozialversicherung Frau Quetscher App. 1789
---	---	---	---	---	--	--	---	---	--	--	---	--	--	--	---	--	---	--	---	---	---	--	--	--	--	--	--	---	---	--	--	---	--	---	--	--	---	--	---	--	--	---	--	--	--	---	---	--	--	--	---	---	--	--	---	---	--	---	--	--	---	---	---	---

* Beauftragter für den Haushalt (§ 9 BHO)

Legende:

Aufgaben werden nicht wahrgenommen

Aufgaben werden nicht wahrgenommen

Gesamtsprecher Vorstand Herr Reiberg App. 1659 (0681/67931-25) Fax: 1623	Präsident Frank Plate App. 1000 Fax: 1005 Vorzimmer App. 1807	Vizepräsidentin Sylvia Bohlen-Schöning App. 1810 Fax: 1847 Vorzimmer App. 1809	Zentrale Steuerung Herr Seeger App. 1816	Innenrevision Frau Düsterdiek App. 1830 Frau Dr. Rachel App. 1488	Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen Herr Hees App. 1884
--	---	--	--	--	---

Jugend- und Auszubildendenvertretung Frau Pitkowski
--

