

Bundesversicherungsamt

**Prüfdienst
Krankenversicherung**



**Jahresbericht
2001**

Herausgeber:

Bundesversicherungsamt
Prüfdienst Krankenversicherung
Villemombler Str. 76
53123 Bonn

Druckerei:

Graphischer Bereich im
Bundesministerium für Arbeit
und Sozialordnung

Vorwort

Mit dem Jahresbericht 2001 legt der Prüfdienst Krankenversicherung des Bundesversicherungsamtes (PDK) der Öffentlichkeit wieder einen Überblick über seine Prüftätigkeit im abgelaufenen Jahr vor.

Dabei werden die Leser bemerken, daß bestimmte Themen, die Gegenstand kritischer Anmerkungen waren und sind, immer noch nicht als erledigt angesehen werden können. So mußte der PDK in 2001 erneut feststellen, daß viele Krankenkassen Probleme mit dem Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrages haben. Dabei handelte es sich nicht nur um sogenannte „Wachstums-kassen“. Aus diesem Grund werden wir im Jahr 2003 eine Schwerpunktprüfung zu diesem Thema durchführen.

Auch die zutreffende Ermittlung der Beiträge von freiwillig versicherten Mitgliedern stellt Kassen immer wieder vor Probleme, ebenso wie die Prüfung der Voraussetzungen für eine freiwillige Mitgliedschaft. Zwar handelt es sich jeweils um Einzelfälle, jedoch veranlaßt die Tatsache, daß sie sich Jahr für Jahr wiederholen, den PDK zu besonders intensiver Behandlung dieser Prüfthemen.

Die Tendenz, Aufgaben der Krankenkassen auf Dritte (Dienstleister) auszulagern, ist nach wie vor ungebrochen. Dabei überprüfen die Kassen oft nicht, ob das „Outsourcing“ tatsächlich wirtschaftlicher ist als die Durchführung der Aufgaben durch die Kasse. Wenn einer Kasse dann auch noch die Kontrolle über einen Dienstleister entgleitet, kann es zu spektakulären Betrugsfällen kommen, wie in dem Fall, der auch von der Presse ausführlich dargestellt wurde (siehe Kapitel „Sonderprüfungen“).

Gelegentlich konnte der PDK wieder einen recht großzügigen Umgang von Kassen mit ihrem Werbebudget und mit den Mitteln für Bewirtung und Repräsentation feststellen. Anlaß für schlagzeilenträchtige Verallgemeinerungen liefern diese Vorfälle jedoch nicht, zumal die von dem gravierendsten Fall betroffene Kasse von sich aus bereits personelle Konsequenzen gezogen hatte. Der PDK konnte hier aber Hinweise für zukünftige Verfahrensweisen geben.

Zusammen mit den Prüfdiensten der Länder führte der PDK im Jahr 2001 eine bundesweite Schwerpunktprüfung zum Thema „Leistungsabgrenzung Krankenversicherung-Pflegeversicherung“ durch. Die Ergebnisse dieser Prüfung liegen dem Bundesministerium für Gesundheit vor. Die Zahlen und Hochrechnungen für die in den Zuständigkeitsbereich des Bundesversicherungsamtes gehörenden Kassen sind in Kapitel 8 („Schwerpunktprüfung 2001“) dargestellt.

Das Jahr 2001 war für den PDK das Jahr vor der Reform des Risikostrukturausgleichs. Mit der Einführung der Disease-Management-Programme und des Risikopools sind dem PDK weitere umfangreiche Prüfaufgaben zugewachsen, die er ab dem kommenden Jahr zu bewältigen haben wird. Dies bedeutete bereits im Vorfeld die Notwendigkeit, neue Mitarbeiter intensiv zu schulen und in ihren künftigen Aufgabenbereich einzuarbeiten.

Der PDK dürfte damit gerüstet sein, seinem Prüfauftrag auch unter geänderten Rahmenbedingungen mit qualitativ hochwertigen Ergebnissen nachzukommen.

Dr. Rainer Daubenbüchel
Präsident des Bundesversicherungsamtes

Volker Schumann
Leiter des Prüfdienstes Krankenversicherung

1.	Verwaltung	9
1.1	Verwaltungsfremde Geschäfte	9
1.2	Farbberatung für Mitarbeiter in den Geschäftsstellen	9
1.3	Outsourcing	10
1.3.1	Wirtschaftlichkeitsberechnung	10
1.3.2	Überprüfung von externen Dienstleistern	10
1.4	Wirtschaftlichkeitsberechnung bei Beschaffungsmaßnahmen	11
1.5	Vergabe von Lieferungen und Leistungen	12
1.5.1	Einhaltung der VOL	12
1.5.2	Bewertung von Vergleichsangeboten	13
1.6	Mehrwertsteuer-Befreiung für angemietete Geschäftsräume	13
1.7	Marketing und Wettbewerb	14
1.7.1	Sponsoring/Give -aways	14
1.7.2	Gesundheitstagebücher auf CD-ROM	14
1.8	Aufwendungen für Bewirtung und Repräsentation	15
1.8.1	„Außergewöhnlicher Aufwand“	15
1.8.2	Unzulässige Übernahme von Repräsentationskosten durch die Kasse	15
2	Datenverarbeitung, Datenschutz, Datensicherheit	15
2.1	Dokumentation und Kennzeichnung der Verkabelung (Bestandsplan)	15
2.2	Zutrittsberechtigungen zum Rechenzentrum	16
2.3	Schutz der Sozialdaten	16
2.3.1	Datenschutz/-sicherheit gegenüber dem Trägerunternehmen	16
2.3.2	Sozialdaten auf Notizzetteln	16
2.3.4	Weitergabe von Leistungsdaten an den Arbeitgeber	16
2.4	Vergabe von Benutzerrechten an Benutzergruppen	17
2.5	Test- und Freigabedokumentation	17
2.6	Versicherungsschutz	18
3	Finanzen	18
4	Mitgliedschaft/Beiträge	19
4.1	Freiwillige Mitgliedschaft	19
4.1.1	Prüfung der Voraussetzungen	19
4.1.2	Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft bei Beitragsrückständen	19
4.2	Krankenversicherung der Studenten (KVdS)	20
4.3	Einzug des Gesamtversicherungsbeitrages	20
4.3.1	Vollstreckung von Beitragsforderungen	20
4.3.2	Beitragseinzug ohne Lastschriftverfahren	21
4.4	Beiträge	22
4.4.1	Nachweise bei Existenzgründern	22
4.4.2	Sonderzuwendungen als beitragspflichtige Einnahmen	22
4.4.3	Beitragssatz	23

5	Leistungen	23
5.1	Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland / Nicht anerkannte Behandlungsmethoden	23
5.2	Kostenerstattung für Leistungen nicht zugelassener Ärzte	24
5.3	Berechnung des Krankengeldes	24
5.4	Häusliche Krankenpflege	25
5.4.1	Leistungserbringung / Abrechnung	25
5.4.2	Pflege durch im Haushalt lebende Personen	25
6	Pflegeversicherung	26
6.1	Höhe der Beiträge	26
6.1.1	Beiträge der Soldaten auf Zeit	26
6.1.2	Beiträge der Beamten	26
6.2	Technische Hilfsmittel in stationären Pflegeeinrichtungen	26
6.3	Sicherstellung der Qualität der häuslichen Pflege	27
6.4	Dokumentation und Buchung von ausgelieferten Pflegehilfsmitteln	27
6.5	Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen	28
7	Sonderprüfungen	28
8	Schwerpunktprüfung 2001	29
9	Prüfstatistik	31
9.1	Prüfobjekte	31
9.2	Prüfverfahren	32
9.3	Nettoprüfzeit	33
9.4	Organisation	33
9.5	Personal	33
9.6	Haushalt	34
9.7	Umlage 2000/2001	34
9.8	Fortbildung	35

1. Verwaltung

1.1 Verwaltungsfremde Geschäfte

Eine Kasse hat in ihrer Mitgliederzeitschrift 1.150 Kataloge eines Vertreibers von Gesundheitsartikeln beigelegt und hierfür 0,30 DM je Exemplar als Kostenbeteiligung gezahlt. Unabhängig von dem atypischen Verfahren, für die Werbebeilage eines Dritten überhaupt Kosten aufzuwenden, verstößt diese Handlungsweise auch gegen § 30 SGB IV und steht nicht in Einklang mit den Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der GKV.

Träger öffentlicher Verwaltung dürfen ihre amtliche Autorität und das ihnen eingeräumte Vertrauen nicht mißbrauchen und deshalb keine Empfehlungen für bestimmte Waren oder Leistungen aussprechen, da dies als (wettbewerbswidrige) amtliche Empfehlung aufgefaßt werden kann. Ein Zusammenwirken von Krankenkassen und privaten Anbietern von (Gesundheits-)Artikeln stößt daher auf Bedenken.

Wir empfehlen, keine Zusammenarbeit mit privaten Anbietern kommerzieller Waren und Dienstleistungen anzustreben und erst recht keine Kosten für Dritte zu übernehmen. Dies gilt entsprechend auch für den Einsatz von Kassenmitteln für Prospekte der Vertragspartner, wie beispielsweise Kurkliniken etc...

Die Kasse sagte zu, unserer Empfehlung zu folgen.

1.2 Farbberatung für Mitarbeiter in den Geschäftsstellen

Ausgehend von der Überlegung, daß der erste Eindruck eines Mitarbeiters gegenüber dem Kunden prägende Wirkung hat, führte eine Kasse seit 1997 für ihre Mitarbeiter aus dem Geschäftsstellennetz sog. „Farb-, Stil- und Imageberatungen“ durch. Gegenstand der Seminare war insbesondere, aufbauend auf dem persönlichen Typ des Mitarbeiters und den vorhandenen (visuellen) Stärken, das persönlich passende Erscheinungsbild zu der beruflichen Aufgabe in der Kasse herauszufinden und zu definieren. Den Teilnehmern wurde am Ende ein Farbpaß ausgehändigt. Allein im Jahre 2000 wurden in 33 Veranstaltungen 528 Teilnehmer geschult; die Kosten betrugen für das Jahr 2000 über 78.000,-- DM (ohne Reisekosten für die Dozenten). Seit 1997 hat die Kasse hierfür mehr als 160.000,-- DM ausgegeben.

Die verausgabten Kosten sind u.E. nicht mit den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in Einklang zu bringen. Die Farb-, Stil- und Imageberatung gehört in den Privatbereich der Mitarbeiter und nicht zu dem Aufgabenbereich „Personalführung“ der Kasse im weiteren Sinne, zumal die Kasse keinen arbeitsrechtlichen Anspruch darauf hat, daß die Mitarbeiter die Ergebnisse der Farb- und Stilberatung umsetzen. Üblicherweise gehört das Achten auf das Erscheinungsbild der Mitarbeiter zu den Aufgaben des Dienstvorgesetzten. „Ausreißer“ im Erscheinungsbild werden von ihm in einem persönlichen Gespräch angesprochen. Fast flächendeckende Schulungen

sind nicht erforderlich. Wir empfehlen, für derartige Beratungen keine Haushaltsmittel mehr zu veranschlagen.

Die Kasse akzeptierte die kritischen Anmerkungen. Sie führte aus, die Schulungen seien seinerzeit für den Zugang zum Kunden zweckmäßig gewesen. Aus heutiger Sicht bestehe kein Bedarf mehr für eine groß angelegte, ausschließliche Farb- und Imageberatung.

1.3 Outsourcing

1.3.1 Wirtschaftlichkeitsberechnung

Die Auslagerung der Durchführung von Aufgaben der Krankenkassen auf - meist private - Dritte beschäftigt den PDK bei seinen Prüfungen weiterhin. Dabei besteht Anlaß, unabhängig von der Frage der Zulässigkeit im Einzelfall die Kassen immer wieder auf die Notwendigkeit von Wirtschaftlichkeitsberechnungen (Kosten - Nutzen - Analysen) vor einer Outsourcing-Entscheidung hinzuweisen. Die Ausführungen im Jahresbericht 1999 (Seite 17) des PDK haben insofern nichts an Aktualität verloren. Das gleiche gilt für die laufende Überprüfung bestehender Verträge mit Dienstleistern. Nach wie vor hinterfragen Kassen zu selten, ob die mit der Auslagerung erhofften Einsparungseffekte auch tatsächlich eingetreten sind. Wir haben den Kassen empfohlen, regelmäßig derartige Analysen durchzuführen.

Ein besonders krasses Beispiel für eine

Outsourcing-Praxis, die teilweise rechtlich bedenklich, jedenfalls jedoch unwirtschaftlich war, bot eine von uns geprüfte Kasse, die mehr als 16 Verträge mit externen Dienstleistern abgeschlossen hatte. Wirtschaftlichkeitsberechnungen für diese Aufgabenauslagerungen lagen in keinem Fall vor. Bei gehöriger Organisation der Verfahrensabläufe und des Personaleinsatzes hätte ein Großteil der Auftragsarbeiten von der Kasse selbst erledigt werden können. Im Laufe der Prüfung tauchten immer wieder neue Verträge auf, die vom damaligen Vorstand der Kasse abgeschlossen worden waren und die der Vertragsabteilung teilweise überhaupt nicht bekannt waren. Es ist nicht auszuschließen, daß noch weitere Verträge existieren, auf die wir während unserer Prüfung nicht gestoßen sind.

Der neue Vorstand der Kasse hat sich jetzt zum Ziel gesetzt, alle vorhandenen Verträge zu überprüfen und bislang ausgelagerte Aufgaben nach Möglichkeit wieder in Eigenregie zu erledigen. Wir unterstützen den eingeschlagenen Weg ausdrücklich.

1.3.2 Überprüfung von externen Dienstleistern

Nach einer Outsourcing-Entscheidung tragen die Kassen weiterhin dafür Verantwortung, daß der externe Dienstleister die ihm übertragenen Aufgaben vertragsgemäß durchführt. Einige Kassen führten jedoch bisher keine kontinuierlichen Prüfungen mit Hilfe eigener Innenrevisoren bei beauftragten Service-Unternehmen durch.

Wir halten eine derartige „Vertrauens-

praxis“ für wirtschaftlich bedenklich und rechtlich nicht akzeptabel. Inwieweit die übertragenen Aufgaben vertragsgemäß durchgeführt werden, kann in der Regel nicht durch „Ferndiagnose“, sondern nur durch Prüfungen vor Ort beim Dienstleister festgestellt werden.

Soweit Aufgaben des Rechnungswesens durch Dritte durchgeführt werden, ist die Kasse nach § 19 SVRV verpflichtet, die Einhaltung der diesbezüglichen Vorschriften durch den Dritten mindestens einmal jährlich zu prüfen.

Im übrigen muß die Kasse, selbst wenn dies nicht ausdrücklich gesetzlich vorgesehen ist, aufgrund ihrer Gesamtverantwortung in der Lage sein, jederzeit die Aufgabenerfüllung durch den Dienstleister zu überprüfen.

Die Versicherungsträger müssen sich das Recht ausbedingen, sich durch Prüfungen davon zu überzeugen, daß der Dienstleister die ihm übertragenen Aufgaben ordnungsgemäß und korrekt erfüllt. Darüber hinaus müssen sie die Prüfrechte nach den §§ 88 SGB IV, 274 SGB V und 46 Abs. 6 SGB XI vertraglich sichern. Dies bedeutet zum einem, daß der Versicherungsträger berechtigt sein muß, Unterlagen kurzfristig zu Prüfzwecken anzufordern, die das beauftragte Unternehmen bearbeitet oder aufbewahrt. Zum anderen müssen sowohl der Versicherungsträger als auch die Aufsicht und der PDK kraft Vertrages befugt sein, in den Räumen des Dienstleisters Prüfhandlungen vorzunehmen und seine Mitarbeiter zu befragen.

Welche gravierenden wirtschaftlichen Folgen für die Kassen die mangelhafte Überprüfung externer Dienstleister ha-

ben kann, hat sich bei der Aufdeckung eines Betrugsfalles gegenüber mehreren Betriebskrankenkassen gezeigt (siehe Kapitel „Sonderprüfungen“).

Wir empfehlen daher den Kassen,

- eine Schwachstellenanalyse zur Verhinderung von Manipulationsmöglichkeiten (Abrechnung fingierter Rechnungen) durchzuführen,
- einzelne Leistungsmerkmale in möglichst quantitativ meßbaren Größen mit den externen Dienstleistern vertraglich zu vereinbaren,
- die eigene Prüfberechtigung bei externen Dienstleistern vertraglich festzuschreiben,
- regelmäßige Prüfungen bei den Dienstleistungsunternehmen vorzunehmen,
- zur Gewährleistung des Prüfrechtes durch die Aufsicht und den PDK in die Verträge eine entsprechende Klausel einzufügen.

1.4 Wirtschaftlichkeitsberechnung bei Beschaffungsmaßnahmen

Auch bei Beschaffungsmaßnahmen stützen Krankenkassen ihre Entscheidungen nicht immer auf Wirtschaftlichkeitsberechnungen, die die richtige Wahl der Alternativen Miete, Kauf oder Leasing hätten dokumentieren können.

§ 69 Abs. 2 SGB IV zwingt die Kassen, alle Verwaltungsausgaben mit dem geringstmöglichen Mitteleinsatz zu bewältigen. § 69 Abs. 3 SGB IV schreibt ausdrücklich vor, daß die Versicherungsträger für alle finanzwirksamen Maßnahmen angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchzuführen

haben. Zu diesem Zweck sollten die Kassen verschiedene Alternativmodelle für die optimale Umsetzung ihrer Zielvorstellungen entwickeln und ihre Entscheidungsfindung dokumentieren. Hierzu zählt auch die Darstellung aller Einsparungsmöglichkeiten (z. B. Personal- und Materialkosten, Arbeitszeit u. ä.). Weiter ist vor einer Kaufentscheidung das Preis-/ Leistungsverhältnis der ausgewählten Beschaffungen zu beurteilen. Wir empfehlen, künftig zumindest größere Investitionen auf der Grundlage einer Wirtschaftlichkeitsberechnung vorzunehmen.

1.5 Vergabe von Lieferungen und Leistungen

1.5.1 Einhaltung der VOL

Für die laufende Reinigung der Räume ihrer Hauptverwaltung sowie die erforderliche Glas- und Rahmenreinigung hatte eine Kasse mit einer Firma einen Vertrag abgeschlossen, ohne Angebote anderer Dienstleistungsfirmen einzuholen. Auch bei der Vergabe der Innen- und Glasreinigung in anderen Geschäftsstellen wurden Vergleichsangebote nicht eingeholt.

Bei der Beschaffung von DV-Hardware, die teurer als 1.000 DM war, wurden die telefonisch eingeholten Angaben anderer Anbieter nicht dokumentiert. Ebenso lagen keine Vergleichsangebote anderer Anbieter für Handy-Verträge vor, die vor dem Jahr 2000 abgeschlossen wurden.

In den genannten Fällen wurde keine öffentliche bzw. beschränkte Aus-

schreibung durchgeführt. Das Vorliegen von Ausnahmegründen zur freihändigen Vergabe gemäß § 3 Nr. 4 VOL/A wurde nicht aktenkundig gemacht.

Diese Beschaffungspraxis steht nicht mit den einschlägigen Vorschriften in Einklang.

Nach § 22 Abs. 1 SVHV soll dem Abschluß von Verträgen über Lieferungen und Leistungen - mit Ausnahme der Verträge, die der Erbringung gesetzlicher oder satzungsmäßiger Versicherungsleistungen dienen - eine öffentliche Ausschreibung vorausgehen. Von der öffentlichen Ausschreibung kann abgesehen werden, wenn die Natur des Geschäfts oder besondere Umstände dies rechtfertigen. Beim Abschluß von Verträgen ist nach einheitlichen Richtlinien zu verfahren, wie sie insbesondere die jeweils geltenden Verdingungsordnungen, z. B. die Verdingungsordnung für Leistungen (VOL/A) und die Verdingungsordnung für Bauleistungen (VOB) enthalten.

Entsprechend VOL/A ist ein Abweichen vom Grundsatz der öffentlichen Ausschreibung nur unter den dort abschließend aufgeführten Gründen zulässig. Die Höchstgrenzen für die freihändige Vergabe von Aufträgen sind durch Rundschreiben des BMA ab dem 1.4.1994 auf einen Auftragswert bis 1.000 DM angehoben worden.

Wir haben der Kasse empfohlen, künftig bei Anschaffungen die Vorschriften der SVHV i.V.m. der VOL/A zu beachten.

1.5.2 Bewertung von Vergleichsangeboten

Eine Kasse hatte in der Vergangenheit eine Vielzahl von Bild- und Druckaufträgen an eine einzelne Firma vergeben. Einer der Gesellschafter dieser Firma war gleichzeitig Mitarbeiter der Kasse und zudem offensichtlich an der Einholung von „Vergleichsangeboten“ beteiligt. Dementsprechend ist die Firma im Laufe der Zeit zum „Hauslieferanten“ aufgestiegen. Nach Durchsicht einer Vielzahl von Rechnungen dieser Firma hatte der PDK den Eindruck gewonnen, daß die Leistungen auf einem relativ hohen Preisniveau abgerechnet wurden.

Wir haben daher angeregt, die künftige Vergabe von Lieferungen und Leistungen strikt an den bestehenden Beschaffungsrichtlinien zu orientieren, aussagekräftige Vergleichsangebote zu dokumentieren und zur Einhaltung der Neutralitätspflicht keine Mitarbeiter damit zu beauftragen, die selbst als potentielle Anbieter auftreten können.

Die Kasse erklärte, daß sie künftig Vergleichsangebote einholen werde. Die bisher beauftragte Firma sei inzwischen ohnehin aufgelöst worden, so daß die Gefahr einer Interessenkollision nicht mehr bestehe.

1.6 Mehrwertsteuer-Befreiung für angemietete Geschäftsräume

Eine Kasse hatte Mietverträge für Büroräume abgeschlossen, die zum Mietzins

auch die gesetzliche Mehrwertsteuer vorsahen.

Dazu ist folgendes anzumerken:

Die Vermietung von Grundstücken und Grundstücksteilen (z.B. auch einzelnen Räumen) ist nach § 4 Nr. 12a Umsatzsteuer-Gesetz grundsätzlich umsatzsteuerfrei. Gemäß § 9 UStG kann der Vermieter für eine Steuerpflicht optieren, falls er das Mietobjekt an einen Unternehmer für dessen Unternehmen vermietet.

Körperschaften des öffentlichen Rechtes sind jedoch nur insoweit Unternehmer, als sie Betriebe gewerblicher Art unterhalten (§ 2 Abs. 3 UStG). Gehen die Krankenkassen in den gemieteten Räumen den „üblichen Geschäften“ eines Trägers der Krankenversicherung nach, ist für das Optionsrecht aus § 9 UStG kein Raum. Als Betriebe gewerblicher Art kommen bei Sozialversicherungsträgern etwa Kurkliniken oder Reha-Zentren in Betracht.

Wir haben daher empfohlen, künftig keine Mietverträge mehr abzuschließen, die den Mietzins der Umsatzsteuer (Mehrwertsteuer) unterwerfen. Zudem sollte die Kasse den Versuch unternehmen, den Vermieter zur Aufhebung der Steuerklausel zu bewegen und die gezahlte Mehrwertsteuer zurückzufordern.

Die Kasse führte aus, sie habe bereits einige Mietverträge umgestellt. Im übrigen werde sie die Empfehlung künftig beachten.

1.7 Marketing und Wettbewerb

1.7.1 Sponsoring/Give-aways

Eine Kasse hat seit 1996 für mindestens 17.595 DM Trikots, Trainingsanzüge und T-Shirts gekauft, die - ausweislich der eingesehenen Rechnungen - für nicht näher bezeichnete Betriebssportgemeinschaften bestimmt gewesen sein sollen. Die bei den in Frage kommenden Adressaten durchgeführten Nachforschungen ergaben, daß der Großteil dieser Trikotagen dort nicht angekommen war. Insoweit stand zu vermuten, daß es sich hierbei entweder um Scheinrechnungen handelte oder die Sportbekleidung auf Veranlassung des entlassenen Vorstandes an private Empfänger (Vereine) geliefert wurde.

Soweit tatsächlich Bekleidung für Betriebssportgruppen geliefert wurde, konnten wir keinen werbewirksamen Nutzen für die Kasse erkennen, so daß hier auch ein Verstoß gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit vorlag.

Wir haben der Kasse empfohlen, künftig kein Sponsoring mehr zu betreiben, und bei der Auswahl von Werbeartikeln / Give-aways zuvor festgelegte Kostenlimits nicht zu überschreiten.

Die Kasse erklärte, sie wolle zukünftig die Empfehlung beachten.

1.7.2 Gesundheitstagebücher auf CD-ROM

Der -mittlerweile entlassene- Vorstand einer Kasse hatte Gesundheitstagebü-

cher auf CD-ROM als Werbeartikel geordert. Diese konnten jedoch nicht als Werbemittel eingesetzt werden, da nach Auslieferung festgestellt wurde, daß nach Installation das Logo einer anderen Kasse auf dem Bildschirm erschien. Obwohl die CD-ROM also für die Kasse unbrauchbar waren, wurden sie dennoch in Höhe des in Rechnung gestellten Betrages bezahlt. Eine Nachbesserung oder Wandlung - wie es im allgemeinen Geschäftsverkehr üblich wäre - erfolgte nicht. Ein Teil der Lieferung wurde auf Anweisung des Vorstandes unmittelbar nach der Auslieferung vernichtet.

Darüber hinaus stellte der PDK fest, daß nicht die in Rechnung gestellten 4000 CD-ROM bei der Lieferfirma bestellt worden waren, sondern lediglich 1000 Stück. Anhand eingesehener Rechnungsunterlagen ließ sich nachvollziehen, daß der Kasse - offensichtlich mit Wissen des Vorstandes - eine überhöhte Rechnung zur Bezahlung vorgelegt wurde.

Der Kasse ist durch dieses Verfahren ein Schaden in Höhe von 19.640,-- DM zugefügt worden.

Wir haben die Kasse auch hier angehalten, das Wirtschaftlichkeitsgebot strikt zu beachten. Weiterhin sollte es für die Kasse eine Selbstverständlichkeit sein, gelieferte Ware vor der Bezahlung auf ihren ordnungsgemäßen Zustand zu überprüfen und ggf. Wandlung zu verlangen.

Die Kasse sagte zu, der Empfehlung zu folgen.

1.8 Aufwendungen für Bewirtung und Repräsentation

1.8.1 „Außergewöhnlicher Aufwand“

Der gleiche Vorstand (1.7.2) nutzte den ihm zur Verfügung stehenden Kostenfonds außergewöhnlich großzügig. Er rechnete hierüber insbesondere Geschenke an „Multiplikatoren“ zu verschiedenen Anlässen (Geburtstage, Ostern, Weihnachten etc.) sowie diverse "Geschäftsessen" ab.

Wir hielten es weder für notwendig noch für angebracht, in der hier vorgefundenen Häufigkeit diesen Personenkreis zu beschenken; zum anderen lagen die Geschenke mit einem zum Teil dreistelligen Wert weit über dem vorgegebenen Kostenrahmen. Im Prüfzeitraum wurden unter dem Konto 7105 („Außergewöhnlicher Aufwand des Vorstandes“) mehr als DM 60.000,-- gebucht. Wir empfehlen, eine Richtlinie zu erlassen, die den Rahmen für die unter dem Konto 7105 zu buchenden Ausgaben absteckt.

Die Kasse führte aus, daß der Verwaltungsrat zwischenzeitlich einen Kontrollausschuß gebildet habe. Inwieweit eine entsprechende Richtlinie zu erlassen sei, werde dort erörtert.

1.8.2 Unzulässige Übernahme von Repräsentationskosten durch die Kasse

Zu Lasten einer Kasse spendete deren Vorstand zu verschiedenen Anlässen Geld- und Sachpräsente, so anlässlich eines Siedlungsfestes, für einen Grillabend des Verwaltungsrates sowie zu

Geburtstagen und Jubiläen von Mitgliedern. Die Kosten hierfür beliefen sich auf insgesamt über 3.000 DM.

Wir haben diese Verfahrensweise gerügt und dem Vorstand empfohlen, die der Kasse entstandenen Ausgaben zu ersetzen.

2 Datenverarbeitung, Datenschutz, Datensicherheit

2.1 Dokumentation und Kennzeichnung der Verkabelung (Bestandsplan)

Eine Kasse führte keine Dokumentation, aus der sie die Verkabelung der IT nachvollziehen konnte. Sie verließ sich lediglich auf die Kennzeichnung der Anschlußdosen in den Räumlichkeiten.

Für Wartung, Fehlersuche, Instandsetzung und für erfolgreiche Überprüfung der Verkabelung ist eine gute Dokumentation und eindeutige Kennzeichnung aller Kabel erforderlich. Es muß möglich sein, sich anhand dieser Dokumentation einfach und schnell ein genaues Bild über die Verkabelung zu machen.

Um die Aktualität der Dokumentation zu gewährleisten, muß die Kasse sicherstellen, daß alle Arbeiten am Netz rechtzeitig und vollständig demjenigen zur Kenntnis gelangen, der die Dokumentation führt. Es ist z. B. denkbar, die Ausgabe von Material, die Vergabe von Fremdaufträgen oder die Freigabe gesicherter Bereiche von der Mitzeichnung dieser Person abhängig zu machen.

Die Kasse sagte zu, sie werde mittelfristig für alle Baulichkeiten einen Bestandsplan aufstellen.

2.2 Zutrittsberechtigungen zum Rechenzentrum

Eine Kasse hatte den Personenkreis der Zutrittsberechtigten zum Rechenzentrum zu weit gefaßt. So hatten z.B. der Vorstand sowie der Vorsitzende des Gesamtpersonalrates freies Zugangsrecht zum „inneren DV-Sicherheitsbereich“.

Aus Gründen der Daten- und Kassensicherheit hielten wir es für unverzichtbar, daß zum „inneren DV-Sicherheitsbereich“ ausschließlich die in diesem Bereich beschäftigten Mitarbeiter Zutritt haben.

Die Kasse hat ihre Regelungen über die Zutrittsberechtigungen inzwischen überarbeitet.

2.3 Schutz der Sozialdaten

2.3.1 Datenschutz/-sicherheit gegenüber dem Trägerunternehmen

Erneut mußten wir bei einer Betriebskrankenkasse feststellen, daß über einen PC-Client im Vorzimmer des Vorstandes Zugriff auf Server und Intranet des Trägerunternehmens bestand (siehe auch Jahresbericht 1999). Die Mitarbeiterin im Vorzimmer erstellte u.a. Schreiben für den Vorstand. Die Daten wurden nicht auf der Festplatte des PC, sondern

auf dem Server des Trägerunternehmens gespeichert. Bei den Daten handelte es sich unter anderem um Sozialdaten der Kasse. Eine Vereinbarung über die Einhaltung des Datenschutzes zwischen Kasse und dem Trägerunternehmen lag nicht vor.

Die Kasse hat noch während der örtlichen Erhebungen zugesagt, eine entsprechende Datenschutzvereinbarung abzuschließen.

2.3.2 Sozialdaten auf Notizzetteln

Aus Gründen der Papiereinsparung nutzte eine Kasse die Rückseiten von Schriftstücken / Hardcopyausdrucken, die z.T. Sozialdaten enthielten, als Notizpapier. Dies ist datenschutzrechtlich unzulässig. Nach § 35 Abs. 1 S. 2 SGB I ist die Kasse verpflichtet, auch intern sicherzustellen, daß keinem Unbefugten Sozialdaten zugänglich sind. Unbefugter i.S. dieser Vorschrift ist jeder, der nicht mit der Bearbeitung eines Falles konkret beauftragt ist.

Die Kasse hat diese Verfahrensweise umgehend eingestellt.

2.3.4 Weitergabe von Leistungsdaten an den Arbeitgeber

Aus Servicegründen reichte eine Kasse eine Leistungsbescheinigung über den Bezug von Haushaltshilfe sowie Kindergeld für ein Mitglied an das Personalbüro des Arbeitgebers weiter, damit dieser eine zusätzliche Aufstockung der Leistung im Rahmen bestehender Betriebsvereinbarungen vornehmen konnte.

Grundsätzlich ist eine Übermittlung von Sozialdaten an Dritte nur im Rahmen der

Tatbestandsvoraussetzungen der §§ 67d ff SGB X zulässig, die jedoch allesamt hier nicht einschlägig sind. Darüber hinaus ist zwingend im Einzelfall die Einwilligung des Betroffenen einzuholen. Dies gilt auch, wenn die Übermittlung mutmaßlich im Interesse des Versicherten liegt. Die Kasse ist nur mit dem Ausstellen einer Bescheinigung direkt an den Versicherten rechtlich „auf der sicheren Seite“.

Die Kasse hat ihr Verfahren abgeändert. Sie wird vorab eine dem geltenden Recht entsprechende ausdrückliche Einwilligungserklärung zur Datenweitergabe einholen.

2.4 Vergabe von Benutzerrechten an Benutzergruppen

Die Krankenkassen vergeben Systemrechte und Objektberechtigungen i. d. Regel an Benutzergruppen. Nach dem erstmaligen Einrichten von Benutzerrechten haben sie oft keine routinemäßigen Überprüfungen festgeschrieben. Eine strukturierte Systemadministration setzt voraus, daß Systemrechte und Objektberechtigungen möglichst nicht einzelne Benutzer, sondern Benutzergruppen erhalten. Dabei ist sicherzustellen, daß bei Änderungen in den Beschäftigungsverhältnissen die Mitgliedschaft der einzelnen Benutzer in den Benutzergruppen den organisatorischen Gegebenheiten angepaßt wird. Daher sollte eine regelmäßige Prüfung stattfinden, ob die Mitgliedschaft der Benutzer in den verschiedenen Benutzergruppen noch dem aktuellen Stand entspricht. Bei der Veränderung der Gruppenmitgliedschaft eines Benutzers sollte die Kasse prüfen, ob dies zu einer Anhäufung von Benutzerrechten führt.

Insbesondere sollte sie in regelmäßigen Abständen überprüfen, ob die Zuweisung von Sonderrechten an Gruppen oder einzelne Benutzer den aktuellen organisatorischen Vorgaben entspricht.

2.5 Test- und Freigabedokumentation

Eine Kasse setzte verschiedene Arten von Fremdsoftware ein. Ein Test- und Freigabeverfahren für diese Fremdsoftware hatte sie bisher nicht durchgeführt.

Diese Verfahrensweise gab zu folgenden Bemerkungen Anlaß:

Der Einsatz von Fremdsoftware ist insbesondere dann kritisch zu beurteilen, wenn sie zur Verarbeitung sensibler Sozialdaten eingesetzt wird oder wenn durch ihren Einsatz Funktionalitäten abzudecken sind, die die Kassensicherheit betreffen. In diesen Fällen ist die Software vorab einem Test- und Freigabeverfahren zu unterziehen. Die Richtigkeit des dokumentierten Verarbeitungsverfahrens ist durch repräsentative Testläufe nachzuweisen. Dies geschieht durch die Eingabe von Daten und die Auswertung von Ergebnissen, die den Ablauf des Programms schlüssig belegen. Bei Änderungen ist nachzuweisen, ob die geänderten Funktionen in der gewünschten Weise wirken. Derartige Testläufe erlauben sowohl Modellvergleiche als auch Stichtagsvergleiche. Dementsprechend sollten Testdaten alle möglichen Programmsituationen weitgehend berücksichtigen und möglichst unverändert archiviert werden, um später auch die Prüfung zu erleichtern, ob geänderte Programme in den nicht geänderten Funktionen durch

die Änderung unbeeinträchtigt geblieben sind.

Wir haben der Kasse empfohlen,

- den Bedarf der Fremdsoftware kritisch zu würdigen,
- für evtl. Eigenentwicklungen und für Fremdsoftware außerhalb des IS KV-Verfahrens ein revisionsfähiges Test-/Freigabeverfahren mit einer Dokumentation zu entwickeln,
- eine Regelung zum Test- und Freigabeverfahren in die Dienstanweisung Datenschutz aufzunehmen.

Die Kasse sagte zu, der Empfehlung zu folgen.

2.6 Versicherungsschutz

Eine Kasse hatte bisher keine auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Versicherung für den DV-Bereich abgeschlossen.

Wir haben dazu folgendes angemerkt:

Die Sozialversicherungsträger sind nach dem SGB X und dem BDSG verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen eine größtmögliche Sicherheit im Bereich der DV zu erreichen. Hierbei muß allerdings der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zum Schutzzweck stehen.

Verbleibende Restrisiken sollten durch entsprechende Versicherungen abgedeckt werden. Das Angebot der Versicherungsgesellschaften ist vielfältig; es werden u.a. folgende Versicherungen angeboten:

- Mehrkostenversicherung
- Betriebsunterbrechungsversicherung
- Datenhaftpflichtversicherung
- Daten-Rechtsschutzversicherung.

Für die Prüfung, ob ausreichender und wirtschaftlicher Versicherungsschutz besteht, sind die individuellen Gegebenheiten beim Versicherungsträger ausschlaggebend, z.B.:

- die Art der DV-Anlage (Rechenzentrum, Datenerfassungssystem, Personalcomputer usw.)
- die räumliche Unterbringung des DV-Systems, der Peripherie und der Datenträger
- der Umfang und der Grad der Vertraulichkeit der Daten
- der Grad der Gefährdung.

Wir haben der Kasse empfohlen - nicht nur unter dem Aspekt der Kassensicherheit - zu prüfen, welche Restrisiken abgedeckt werden müssen.

Die Kasse legte dar, sie werde sich zu diesem Thema beraten lassen und aufgrund dieser Informationen einen ausreichenden und wirtschaftlichen Versicherungsschutz aufbauen.

3 Finanzen

Die finanzielle Situation vieler Krankenkassen hat sich im Laufe der vergangenen Jahre deutlich verschlechtert: Steigenden Ausgaben im Leistungssektor, standen stagnierende bzw. nur leicht ansteigende – zum Teil sogar sinkende – Beitragseinnahmen gegenüber. Die erwirtschafteten Defizite konnten auch durch Rationalisierungsmaßnahmen innerhalb der Verwaltungen nicht ausgeglichen werden. Die Kassen sahen sich daher vielfach gezwungen, ihre Finanzreserven abzubauen, um Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden

(vgl. Tätigkeitsbericht des BVA 2001, Seite 13).

Aufgabe des PDK ist es u.a., die Kassen auch im Hinblick auf ihre Finanz- und Vermögenslage zu beraten, auf Gefährdungen hinzuweisen und ihnen notwendige Konsequenzen nahe zu legen.

Im Laufe unserer Prüfungen erheben wir bei jeder Kasse den aktuellen Finanzstatus, analysieren die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben, auch unter Berücksichtigung der von uns ermittelten voraussichtlichen Zahlungsverpflichtungen oder Forderungen aus dem RSA, und kalkulieren so den erforderlichen Beitragsbedarfssatz.

Diese Berechnungen berücksichtigen ebenfalls den Finanzbedarf für den notwendigen Abbau von Schulden sowie die Wiederauffüllung der Rücklage bis zum vorgesehenen Soll und der Betriebsmittelreserve.

Wenn wir zu dem Ergebnis kommen, daß der derzeit von der Kasse erhobene Beitragssatz nicht ausreicht, um einen ausgeglichenen Haushalt zu erreichen, empfehlen wir der Kasse eine Beitragssatzanpassung in der von uns errechneten Höhe. In der Regel akzeptieren die Kassen unsere Beratung. Falls sich eine Kasse weigert, eine notwendige Beitragssatzerhöhung vorzunehmen, geben wir den Vorgang an das für Beiträge zuständige Referat der Rechtsaufsicht ab.

4 Mitgliedschaft/Beiträge

4.1 Freiwillige Mitgliedschaft

4.1.1 Prüfung der Voraussetzungen

Auch im Prüffahr 2001 stellte der PDK fest, daß einige Kassen bei der Aufnahme freiwillig Versicherter recht großzügig vorgehen:

In einem Fall wurde ein freiwilliges Mitglied aufgenommen, das vorher offensichtlich privat krankenversichert war und bei dem die erforderlichen Versicherungsvoraussetzungen nicht vorgelegen hatten. Andere Kassen fordern vor der Aufnahme als freiwilliges Mitglied nur im Ausnahmefall Mitgliederbescheinigungen sowie Nachweise der Vorkasse zur Prüfung der Voraussetzungen an.

Wir empfehlen dringend, künftig nur Personen den Beitritt zur freiwilligen Versicherung zu gewähren, die die Voraussetzungen des § 9 SGB V erfüllen und sich die Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung durch Vorlage von Mitgliederbescheinigungen nachweisen zu lassen.

Die Kassen sagten dies zu.

4.1.2 Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft bei Beitragsrückständen

Eine Kasse hat in mehreren Fällen bei Beitragsrückständen die Vorschriften über die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nicht beachtet.

Nach § 191 Nr. 3 SGB V endet die freiwillige Mitgliedschaft mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden. Eine Mitgliedschaft freiwillig Versicherter endet damit kraft Gesetzes. Die Vorschrift räumt der Kasse keinen Ermessensspielraum ein. Der Ausschuß ist demzufolge von Amts wegen durchzuführen.

Wir haben empfohlen, künftig § 191 Nr. 3 SGB V zu beachten und schon bei einem einmonatigen Zahlungsverzug den freiwilligen Mitgliedern Hinweise auf die Folgen bei Nichtentrichtung der Beiträge zu geben.

Die Kasse erklärte, sie werde die Empfehlung umsetzen.

4.2 Krankenversicherung der Studenten (KVdS)

Eine Kasse hat den Bestand der bei ihr versicherten Studenten bislang nur sporadisch überprüft. Bei der stichprobenhaften Durchsicht der studentischen Mitglieder ist uns aufgefallen, daß die Kasse mit Verlängerungstatbeständen sehr großzügig umgeht. So hat sie beispielsweise einem Versicherten eine Verlängerung der KVdS über die Vollendung des 30. Lebensjahres hinaus aufgrund einer telefonischen Auskunft der Mutter des Studenten bewilligt. Die Kasse hat weder einen Nachweis über den Verlängerungstatbestand angefordert, noch hat sie die Dauer der Ausbildung überprüft, um den Verlängerungszeitraum bestimmen zu können. Aus dem Bearbeitungsblatt der Kasse ging hervor, daß sie beabsichtigte, die KVdS des

Versicherten bis zum Ablauf des 14. Fachsemesters fortzuführen.

Die Kasse hat den Fall im Laufe der örtlichen Erhebungen des PDK korrigiert.

4.3 Einzug des Gesamtversicherungsbeitrages

Die Gesetzlichen Krankenkassen sind Einzugsstellen für die Gesamtsozialversicherungs-Beiträge (GSV-Beiträge); hiervon stehen den Fremdversicherungsträgern insgesamt ca. 2/3 zu. Beitragsrückstände haben daher auch erhebliche Auswirkungen auf die Finanzlage der Renten- und Arbeitslosenversicherung (siehe auch Jahresbericht 1999, Seite 21).

Sozialversicherungsbeiträge werden spätestens am 15. des folgenden Monats fällig, in dem die sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt wird. Der Arbeitgeber hat der Einzugsstelle für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag die von ihm errechneten Beiträge rechtzeitig nachzuweisen. Rechtzeitig bedeutet bis unmittelbar vor Eintritt der Fälligkeit. Freiwillig Versicherte müssen bei Beitragsrückständen vom 1. Januar 1995 an Säumniszuschläge zahlen. Die Erhebung von Säumniszuschlägen ist im Gegensatz zu dem bis zum 31.12.1994 geltenden Recht nicht mehr in das Ermessen der Einzugsstelle gestellt.

4.3.1 Vollstreckung von Beitragsforderungen

Die Entwicklung der Rückstände bei derzeit etwa 10.000 Vollstreckungsfällen in einer großen Kasse wies stei-

gende Tendenz auf. Hier bietet sich an - auch kassenübergreifend und gegebenenfalls mit Unterstützung der Verbände -, einen eigenen Vollstreckungsdienst einzurichten. Hierdurch könnten die vordringlich mit den Vollstreckungen befaßten Hauptzollämter entlastet und die Vollstreckungsverfahren verkürzt werden. Die Personalkosten könnten durch die festzusetzenden Gebühren nach § 339 Abs. 4 AO teilweise neutralisiert werden.

Die Kasse teilte hierzu mit, sie halte den laufenden Rückstand ebenfalls für zu hoch und wolle ihre Quote verbessern. Sie denke derzeit über verschiedene Maßnahmen, insbesondere zur Verbesserung der Sachbearbeitung in den Geschäftsstellen nach. Sie werde aber auch prüfen, ob sich die Qualität der Rückstandssachbearbeitung insgesamt verbessern ließe.

Die Kasse wird die Empfehlung im Rahmen ihres Verbandes diskutieren. Falls sich eine Vollstreckungsstelle auf Verbandsebene wirtschaftlich betreiben ließe, werde sie sich daran beteiligen.

Eine andere Kasse hat bereits eine eigene Stelle für das Mahn- und Vollstreckungswesen errichtet, um den Forderungseinzug zu forcieren. Sie nutzt dabei das Instrument der Pfändungs- und Überweisungsbeschlüsse. Aufgrund ihrer Größe ist diese Kasse allerdings nicht in der Lage, auch den Einsatz eigener Vollziehungsbeamten zu verwirklichen. Die eingerichtete Vollstreckungsstelle hat bisher gute Erfolge verzeichnet.

Ein Verbundrechenzentrum bietet Betriebskrankenkassen als 'Clearingstelle' eine Softwareunterstützung für einen

bundesweiten BKK-eigenen Vollstreckungsdienst an. Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen müssen „lediglich“ eigene Vollstreckungs- und Vollziehungsbeamte ernennen und ausbilden. Im Dialogverfahren übermitteln die Krankenkassen die für die Vollstreckung notwendigen Daten, auf deren Grundlage die Clearing-Stelle die Vollstreckungsbescheide erstellt. Die Clearingstelle übernimmt die Pflege einer bundesweiten Datei mit einer Übersicht über die Vollstreckungs- und Vollziehungsbeamten und deren Einsatz im BKK-System und die Durchführung der gegenseitigen Kostenverrechnung. Es besteht für alle teilnehmenden Krankenkassen die Möglichkeit, auf einen der gemeldeten Vollstreckungs- und Vollziehungsbeamten zurückzugreifen. Hierdurch soll eine bessere Auslastung des jeweils eigenen Vollziehungsdienstes erreicht werden.

4.3.2 Beitragseinzug ohne Lastschriftverfahren

In einem Fall stellten wir fest, daß eine Kasse keinen Schätzlauf für die am Fälligkeitstag ausstehenden Beiträge von Arbeitgebern, die nicht am Lastschriftverfahren beteiligt sind, durchführte und somit auch keine Sollstellung ermittelte. Sie erstellte erst am jeweiligen Monatsende eine Saldenliste, aus der erkennbar war, welche Arbeitgeber einen oder keinen Beitragsnachweis gesendet hatten und welche Beitragszahlung noch ausstand, um das Mahnverfahren einleiten zu können.

Diese Verfahrensweise entsprach nicht den gesetzlichen Vorschriften:

Die Kasse als Einzugsstelle hat die Einreichung der Beitragsnachweise sowie die Zahlung der GSV-Beiträge gemäß § 28 h Abs. 1 SGB IV zu überwachen. Reicht der Arbeitgeber den Beitragsnachweis nicht oder nicht rechtzeitig ein, so kann die Kasse den maßgebenden Betrag zu diesem Zeitpunkt schätzen (vgl. § 28 f Abs. 3 Satz 1 und 4 SGB IV). Der Schätzlauf für die noch ausstehenden Beiträge sollte bereits am Fälligkeitstag gestartet werden, um den Forderungseinzug zügig betreiben zu können.

Wir haben der Kasse empfohlen, auf den Schätzlauf nicht zu verzichten, sondern am Fälligkeitstag die Beiträge zu schätzen, diese ins Soll zu stellen und die entsprechenden Beitragsnachweise einzufordern.

Die Kasse erklärte, daß sie die Empfehlung umgesetzt habe.

4.4 Beiträge

4.4.1 Nachweise bei Existenzgründern

Eine Kasse stufte Existenzgründer unter dem Höchstbeitrag ein, obwohl keine Unterlagen vorlagen, die dies rechtfertigen konnten.

Eine andere Kasse verließ sich bei der Beitragseinstufung von Existenzgründern auf die Angaben der Versicherten und forderte keine weiteren Unterlagen zu den Einkommensangaben an. Die anhand dieser Angaben erlassenen Beitragsbescheide versah sie zwar mit dem Hinweis, daß Änderungen in den Einkommensverhältnissen mitzuteilen

seien; eine vorläufige Beitragsfestsetzung bzw. eine Bescheiderteilung unter Vorbehalt sah sie indes nicht vor.

Diese Verfahrensweisen geben Anlaß zu folgenden Bemerkungen:

Das freiwillig versicherte Mitglied muß der Kasse seine beitragspflichtigen Einnahmen nachweisen. Als Nachweis gelten amtliche Unterlagen der Finanzverwaltung. Da diese in der Anfangsphase der Selbständigkeit dem Existenzgründer im allgemeinen nicht vorliegen, dienen als Nachweis u. a. eine gesonderte Erklärung des Steuerberaters, eine Unterlage zur Kreditgewährung von Bankinstituten, die Einschätzung über die Einnahmeentwicklung der Industrie- und Handelskammer / Handwerkskammer (z.B. Eröffnungsbilanzen gemäß § 242 HGB).

Die Krankenkasse muß das Arbeitseinkommen von Existenzgründern realistisch schätzen. Sie sollte die Möglichkeit nutzen, den Beitrag nach § 32 Abs. 1 SGB X vorläufig festzusetzen bzw. unter Vorbehalt zu erteilen, um ggf. Beitragsnacherhebungen durchführen zu können, insbesondere dann, wenn das Mitglied nicht selbst die Erhöhung seiner Einnahmen umgehend mitteilt.

Die Kassen erklärten, sie würden unsere Empfehlungen aufgreifen und künftig bei Existenzgründern Beitragsbescheide unter Vorbehalt erlassen.

4.4.2 Sonderzuwendungen als beitragspflichtige Einnahmen

Die zutreffende Beitragsermittlung für freiwillig Versicherte stellt manche Kassen immer wieder vor Probleme.

So berücksichtigte eine Kasse bei der Beitragsberechnung der freiwillig versicherten Beamten und freiwillig versicherten Rentner den Bezug von Weihnachtsgeld, das diese zusätzlich zu ihrer Besoldung und ihren Versorgungsrenten erhalten, nur für den Auszahlungsmonat. Des weiteren ermittelte sie nicht die Höhe des Urlaubsgeldes.

Diese Verfahrensweise entspricht nicht dem geltenden Recht:

Die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder richtet sich nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Alle Einnahmen und Geldmittel, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, sind hierfür - ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung - heranzuziehen. Bereits hieraus wird deutlich, daß - unabhängig vom "Erwerbsstatus" - auch Sonderzuwendungen (wie z.B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld) die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit erhöhen und damit im Grundsatz zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören.

Krankenkasse und Pflegekasse nahmen daher bei der von ihnen praktizierten Verfahrensweise zu Unrecht Beitragsmindereinnahmen in Kauf.

Wir haben deshalb dringend empfohlen, künftig Einmalzahlungen zutreffend bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen.

Die Kasse erklärte inzwischen, daß sie die Empfehlung umgesetzt habe.

4.4.3 Beitragssatz

Im Geschäftsjahr 1999 hatte eine Kasse für 36 freiwillig versicherte Rentner anstelle des satzungsmäßigen ermäßig-

ten Beitragssatzes von 11,9 v.H. abweichend einen Beitrag in Höhe von 11,2 v.H. erhoben. Die Kasse rechtfertigte ihr Verhalten damit, sie habe diesen geringeren Beitragssatz vor der Satzungs genehmigung gegenüber dem Personenkreis der freiwillig versicherten Rentner bei ihren Akquisebemühungen angegeben und sehe sich aus Gründen des Vertrauensschutzes aus § 45 SGB X hieran gebunden.

Der Beitragsausfall betrug 12.137,37 DM. Es handelte sich hierbei um einen eklatanten Rechtsverstoß gegen die genehmigte Satzung.

Nach entsprechender Beratung durch die Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes hat der Vorstand den Beitragsausfall gegenüber der Kasse beglichen.

5 Leistungen

5.1 Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland / Nicht anerkannte Behandlungsmethoden

Zwei Krankenkassen übernahmen in Einzelfällen für Versicherte Therapiekosten für eine Behandlung nach Dr. Petö (konduktive Bewegungsförderung für Kinder mit cerebralen Entwicklungsstörungen). Die Behandlungen fanden sowohl in Deutschland als auch in Ungarn statt. Die Kosten beliefen sich auf bis zu 78.000 DM.

Diese Verfahrensweise der Kassen war in mehrerer Hinsicht zu beanstanden: Zum einen handelt es sich bei der Petö-Methode um eine Behandlungsmethode,

deren therapeutischer Nutzen vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gem. § 135 Abs. 1 SGB V bisher nicht anerkannt worden ist. Schon aus diesem Grund war eine Kostenübernahme nicht zulässig. Auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) hat sich in einer Stellungnahme kritisch zu dem therapeutischen Nutzen der Petö-Methode geäußert und eine Kostenübernahme durch die Kassen nicht empfohlen.

Darüber hinaus ist eine Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 1 SGB V nur dann zulässig, wenn eine nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist. Im übrigen kann die Kasse von ihrem Ermessen zur Leistungsgewährung nur Gebrauch machen, wenn der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) die Notwendigkeit der Behandlung im Ausland festgestellt hat.

Beide Kassen haben nach Beratung zugesagt, Kosten für Petö-Behandlungen nicht mehr zu übernehmen bzw. vor einer Kostenübernahme für konduktive Bewegungsförderung den MDK einzuschalten.

5.2 Kostenerstattung für Leistungen nicht zugelassener Ärzte

Wie schon in den vergangenen Jahren mehrfach festgestellt (Jahresberichte 1999 und 2000) prüfen bzw. dokumentieren Kassen in Kostenerstattungsfällen nach §13 Abs. 2 SGB V nicht immer ausreichend, ob es sich bei den Leistungserbringern um zugelassene bzw. um ermächtigte Ärzte handelt.

Abermals übernahmen Kassen auch die Kosten für Leistungen eines Nichtvertragsarztes.

Diese Verfahrensweise ist rechtswidrig: Auch freiwillig Versicherte können grundsätzlich nur unter den zu der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen bzw. ermächtigten Ärzten frei wählen. Ausnahmen gelten lediglich für Notfallbehandlungen im Rahmen des § 13 Abs. 3 SGB V, wobei auch hier nur die notwendigen Sofortmaßnahmen von der Kasse zu tragen sind.

Wir haben empfohlen, künftig sämtliche Kostenerstattungen auf die Einhaltung dieser Voraussetzungen zu überprüfen und entsprechend in den Unterlagen zu dokumentieren.

Die Kassen sagten zu, der Empfehlung künftig zu folgen.

5.3 Berechnung des Krankengeldes

Eine Kasse forderte für die Berechnung von Krankengeld/Kinderkrankengeld vom Arbeitgeber eine Verdienstbescheinigung an. Enthielt diese Bescheinigung Angaben über die vom Arbeitgeber weitergezählten Anteile für vermögenswirksame Leistungen, nahm die Kasse entgegen den Vorschriften des § 2 Abs. 6 Satz 1 des 5. VermBG vom 12.03.1994 i.V.m. § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gleichwohl keine entsprechende Kürzung des Krankengeldes vor.

Bei den vermögenswirksamen Leistungen handelt es sich um steuerpflichtige Einnahmen i.S.d. EStG und um Einkommen, Verdienst oder Entgelt (Ar-

beitsentgelt) i.S.d. Sozialversicherung und des Arbeitsförderungsgesetzes.

Nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ruht der Anspruch auf Lohnersatzleistungen, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält.

Demnach ist die Weiterzahlung des Entgeltes oder Teilentgeltes durch den Arbeitgeber während des Krankengeldbezuges, hierzu zählt auch die Weiterzahlung der vermögenswirksamen Leistungen, auf das Krankengeld anzurechnen. Sobald durch das Zusammentreffen vermögenswirksamer Leistungen mit dem Krankengeld das maßgebliche Nettoarbeitsentgelt überschritten wird, ist das Krankengeld um den entsprechenden Überschußbetrag zu kürzen.

Wir haben der Kasse empfohlen, künftig bei der Berechnung des Krankengeldes bzw. Kinderpflegekrankengeldes vermögenswirksame Leistungen mit einzubeziehen.

Die Kasse sagte zu, künftig so zu verfahren.

5.4 Häusliche Krankenpflege

5.4.1 Leistungserbringung / Abrechnung

Unsere Stichproben haben im Bereich der häuslichen Krankenpflege z.T. beachtliche Divergenzen zwischen den Verordnungen und den in Rechnung gestellten Leistungen ergeben. Allein bei einer Kasse haben wir bei 20 Abrechnungen Überzahlungen in Höhe von

ca. 26.000 DM festgestellt. In diesen Fällen wurden mehr Leistungen erbracht und abgerechnet als medizinisch verordnet waren.

Wir haben den Kassen empfohlen,

- in Zukunft darauf zu achten, daß nur noch die Beträge der Leistungen erstattet werden, die vom Arzt verordnet und von der Kasse bewilligt wurden,
- die aufgeführten Fälle auf Rückforderungsmöglichkeiten zu überprüfen und ggf. die Vermögensschadenshaftpflicht in Anspruch zu nehmen.

5.4.2 Pflege durch im Haushalt lebende Personen

Eine Kasse hat in einer Vielzahl von Fällen Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V bewilligt, obwohl der Ehegatte oder eine Pflegeperson im Haushalt des Versicherten lebte. Es wurde weder geprüft noch dokumentiert, ob diese Personen ganz oder teilweise die häusliche Krankenpflege (wie z.B. Medikamentengabe, Blutzucker-Messung, Verbandswechsel, Wundpflege und Pulskontrolle) hätten übernehmen können. In solchen Fällen entfällt nämlich die Leistungspflicht der Krankenkasse. Der Leistungsanspruch geht nur so weit, wie eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht selbst pflegen kann.

Wir haben die Kasse veranlaßt, sicherzustellen, daß ihre Mitarbeiter die Voraussetzungen für die Gewährung von Behandlungspflege künftig intensiver prüfen und entsprechende Erledigungsvermerke anbringen.

6 Pflegeversicherung

6.1 Höhe der Beiträge

6.1.1 Beiträge der Soldaten auf Zeit

Bei den „Sonstigen versicherungspflichtigen Personen“ (hier Soldaten auf Zeit) forderte eine Kasse i.d.R. keine Einkommensnachweise an. Des weiteren nahm sie eine jährliche Überprüfung der Einkommensverhältnisse nicht vor und berücksichtigte nicht alle einmaligen Sonderzahlungen.

Gemäß § 57 Abs. 4 SGB XI ist bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, für die Beitragsbemessung § 240 SGB V entsprechend anzuwenden. Dabei ist die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitgliedes zu berücksichtigen.

Einmalige Zahlungen gehören zu den beitragspflichtigen Einnahmen.

Wir haben die Kasse angehalten,

- künftig die Angaben zur Höhe des Einkommens durch geeignete Nachweise belegen zu lassen und die Einkommensnachweise zu dokumentieren,
- die Einkommenssituation jährlich zu prüfen und die Beiträge anzupassen,
- künftig bei der Bemessung der Beiträge Sonderzahlungen zu berücksichtigen,
- einen rechtzeitigen Beitragseingang sicherzustellen und
- die aufgeführten Fälle zu überprüfen.

Die Kasse teilte mit, sie werde die Empfehlungen umsetzen.

6.1.2 Beiträge der Beamten

Nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe haben, die jeweils zustehende Leistung nur zur Hälfte. Die andere Hälfte wird von der Beihilfestelle erstattet. Allerdings haben diese Personen auch nur die Hälfte des Beitragssatzes zu zahlen

(§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Bei einer Kasse stellten wir fest, daß sie in mehreren Fällen bei diesem Personenkreis dennoch den vollen Beitragssatz einzog. Wir haben empfohlen, die Betroffenen zu ermitteln und die Beiträge neu festzusetzen.

Die Kasse hat die Empfehlung aufgegriffen und zugesagt, einzelfallbezogen die Beiträge neu festzusetzen und überzahlte Beträge zu erstatten.

6.2 Technische Hilfsmittel in stationären Pflegeeinrichtungen

Eine Pflegekasse hat in mehreren Fällen ihren pflegebedürftigen Versicherten zur Erleichterung der Pflege Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt (§ 40 Abs. 1 SGB XI), obwohl diese Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht waren. Allein bei neun Abrechnungen sind trotz Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung Pflegehilfsmittel und Wohnumfeldmaßnahmen in Höhe von 55.000 DM bezahlt worden.

Die Kosten der Pflegehilfsmittel sind bei Unterbringung der Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen mit dem Pflegesatz bzw. mit den Investitionsaufwendungen abgegolten. Zu Lasten der Pflegeversicherung können deshalb in stationären Pflegeeinrichtungen in der Regel keine Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Werden im Rahmen der stationären Pflege Pflegehilfsmittel benötigt, sind diese von den Pflegeeinrichtungen zu stellen.

Nach entsprechender Beratung hat die Pflegekasse ihre Dienstanweisung überarbeitet.

6.3 Sicherstellung der Qualität der häuslichen Pflege

Eine Kasse hat in einigen Fällen die Pflichtpflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI auch dann anerkannt, wenn diese durch Angehörige des Pflegebedürftigen, die Krankenpfleger oder behandelnde Ärzte sind, durchgeführt wurden.

Diese Verfahrensweise steht nicht in Einklang mit der genannten Vorschrift.

Danach sind Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI beziehen, verpflichtet,

- bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich,
- bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich

einen Pflegeeinsatz durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, oder durch eine geeignete Pflegefachkraft abzurufen.

Weder behandelnde Ärzte noch Angehörige, die einen pflegerischen Beruf

ausüben, können einen Nachweis über die Sicherstellung der Qualität der häuslichen Pflege erstellen.

Gemäß § 37 Abs. 3, Satz 7 SGB XI ist das Pflegegeld, sofern der Pflegebedürftige den Einsatz nicht nachweist, angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall von der Pflegekasse zu entziehen.

Wir haben der Kasse empfohlen,

- den Pflichtpflegeeinsatz nur durch eine professionelle Pflegeeinrichtung, mit der die PK einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, durchführen zu lassen,
- die Pflegebedürftigen dahingehend aufzuklären und
- darüber hinaus, falls erforderlich, von § 37 Abs. 3, Satz 7 SGB XI Gebrauch zu machen.

Die Kasse sicherte die Umsetzung der Empfehlung zu.

6.4 Dokumentation und Buchung von ausgelieferten Pflegehilfsmitteln

Eine Kasse sah sich außerstande, anhand der Aktenlage und der DV-Einträge den Nachweis zu führen, ob die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder von Pflegediensten empfohlenen Hilfsmittel tatsächlich ausgegeben und verbucht wurden. Davon betroffen waren die Pflegehilfsmittel sowie auch die vom MDK empfohlenen Hilfsmittel aus dem Bereich der Krankenversicherung.

Dieses Defizit erklärte die Kasse mit der Auslagerung der Hilfsmittelverwaltung und -ausgabe sowie der externen Rechnungsprüfung. Die Hilfsmit-

telempfehlung des MDK werde nach Prüfung durch die Pflegekasse an einen Leistungserbringer vor Ort abgegeben. Dieser wickele eigenständig die Vergabe des Hilfsmittels ab. Die bei der Übergabe der Hilfsmittel erstellten Empfangsbestätigungen durch die Versicherten sowie die Einweisungsprotokolle verblieben bei den Leistungserbringern. Erst nach Rechnungsbegleichung durch die Kasse könne diese feststellen, ob die Hilfsmittelversorgung ordnungsgemäß ausgeführt wurde.

Wir sind der Meinung, daß die Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln übersichtlich von den Kassen zu überwachen ist und jede veranlaßte Hilfsmittelausgabe vor Abgabe des Vorganges an die jeweiligen Leistungserbringer in der DV festzuhalten ist. Die Empfangsbestätigung gehört zu den zahlungsbe gründenden Unterlagen, ohne die eine Rechnung nicht bezahlt werden darf. Sie ist gemeinsam mit der Rechnung aufzubewahren. Da die Hilfsmittel im Hinblick auf § 40 Abs. 3 SGB XI in das Eigentum der Kasse übergehen, ist es unerlässlich, daß die Krankenkassen den genauen Bestand ihrer Hilfsmittel kennen und jederzeit auf die entsprechenden Unterlagen zugreifen können.

In dem Abschlußgespräch erklärte sich die Pflegekasse bereit, die Dokumentation über die beantragten, bewilligten und ausgelieferten Pflegehilfsmittel umzustellen. Dadurch sei gewährleistet, daß die Geschäftsstellen den Verfahrensablauf bei beantragten Pflegehilfsmitteln sowie deren Abrechnung verfolgen können.

6.5 Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen

Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch darauf, daß die Pflegekasse für sie Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet. Wir haben festgestellt, daß Kassen außer der Überwachung von über 65jährigen Pflegepersonen keine weitergehenden Untersuchungen anstellen, inwieweit eine Rentenversicherungspflicht rechtmäßig besteht. Da die Pflegekassen häufig über Jahre hinaus keine relevanten Daten erheben, bleiben sie auf die bloße Mitteilungspflicht der Pflegeperson angewiesen.

Wir empfehlen einer Pflegekasse, weitere Kriterien zu erarbeiten, um das Fortdauern der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson zu dokumentieren. Grundsätzlich stimmte die geprüfte Kasse dem Anliegen des PDK zu. Es sei allerdings auf Spitzenverbandsebene seit 1996 nicht gelungen, eine sachgerechte Überwachung der Pflegepersonen zu vereinbaren. Sie sagte jedoch zu, ihr Bemühen fortzusetzen, um die Spitzenorganisationen für ein gemeinsames Vorgehen zu gewinnen, damit ungerechtfertigte Beitragszahlungen an die Rentenversicherungsträger künftig auszuschließen sind.

7 Sonderprüfungen

Der PDK hat im Jahre 2001 Sonderprüfungen bei Kassen durchgeführt, die aufgrund vermuteter krimineller Handlungen geschädigt worden waren.

Die Prüfung bei einer norddeutschen Betriebskrankenkasse ergab u.a., daß der inzwischen entlassene Vorstand innerhalb von 6 Jahren zu Lasten der Kasse nicht belegte Scheckverwendungen und Barabhebungen in Höhe von über 1 Million DM getätigt hatte. Eigene Steuerschulden und die einer leitenden Mitarbeiterin wurden auf Kosten der Kasse beglichen. Die der Kasse als Einzugsstelle für den Gesamtversicherungsbeitrag überwiesenen Beiträge einzelner Arbeitgeber wurden in den Jahren 1998 bis 2001 nicht korrekt aufgeteilt, sondern lediglich verkürzt an die anderen Sozialversicherungsträger weitergeleitet und die Differenz der Kasse zum Ausgleich u.a. für die nicht belegten Scheck- und Barzahlungen zugeführt. Den Fremdversicherungsträgern sind dadurch Beiträge in Höhe von über 3,7 Millionen DM vorenthalten worden.

Auf der Grundlage der Erkenntnisse des PDK ermittelt die Staatsanwaltschaft wegen des Verdachts der Untreue gegen den Vorstand.

Im Raum Rhein/Ruhr wurden mehrere bundes- und landesunmittelbare Betriebskrankenkassen durch ein Dienstleistungsunternehmen geschädigt, welches die Abrechnung mit Leistungserbringern durchführen sollte. Die Firma leitete Gutschriften nicht an die jeweiligen Kassen weiter, beglich Rechnungen von Leistungserbringern nicht, obwohl sie von den Kassen die nötigen Mittel erhalten hatte, und ließ sich von den Kassen fingierte Rechnungen - hier waren auch Kassenmitarbeiter beteiligt - erstatten. Die Schadenssumme bei den einzelnen Kassen belief sich auf Beträge zwischen 9.000 und 2,1 Millionen DM.

In einem Fall hatte der Vorstand einer Kasse mit dem Dienstleister zusammengearbeitet und die Kasse und das Trägerunternehmen um insgesamt 1, 5 Millionen DM geschädigt.

Gegen alle Beteiligten wurden inzwischen Strafverfahren eingeleitet.

8 Schwerpunktprüfung 2001

Entsprechend einem Beschluß der Bundesländer-Tagung der Prüfdienste vom 6.6. bis 8.6.2000 in Saarbrücken führten die Prüfdienste des Bundes und der Länder im Jahr 2001 eine Schwerpunktprüfung zum Thema „Abgrenzung Krankenversicherung / Pflegeversicherung bei der Gewährung von Pflegehilfsmitteln“ durch.

Nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.

Grundsätzlich können von den Pflegekassen nur die Pflegehilfsmittel bewilligt werden, die im Pflegehilfsmittelverzeichnis (§ 78 SGB XI i.V.m. § 128 SGB V) aufgeführt werden. Eine Kostenübernahme von Pflegehilfsmitteln durch die Pflegekasse kommt darüber hinaus nur in Betracht, wenn eine ausschließliche Pflegeindikation vorliegt. Nach den Feststellungen der

Prüfdienste aus aktuellen Prüfungen der Vorjahre wurde diese Rechtslage bei einem Großteil der Kassen nicht beachtet. Bei mehreren Kassen wurden Fehlbuchungen zu Lasten der Pflegeversicherung von 70 % und mehr festgestellt. So wurden u.a. Treppenraupen, Badewannenlifter und Toiletten- und Rollstühle ohne nähere Begründung zu Lasten der Pflegeversicherung finanziert.

Die Prüfdienste sahen sich daher veranlaßt, eine bundesweite nach einheitlichen Prüfkriterien abgestimmte Schwerpunktprüfung durchzuführen. Ziel der Prüfung war es, einen möglichen Umbuchungsbedarf zugunsten der Pflege- und zu Lasten der Krankenkasse zu ermitteln und die jeweilige Kasse zu entsprechenden Bereinigungen zu veranlassen. In die Prüfung waren bundesweit alle Kassenarten einbezogen. Sie umfaßte die Jahre 1998 bis 2000.

Zur Ermittlung des Umbuchungsbedarfes wurden Stichproben bei den Kassen erhoben. Die Anzahl der insgesamt zu prüfenden Einzelbelege bestimmte sich nach der Größe der zu prüfenden Kasse bzw. Organisationseinheit. Bei Kassen über 100.000 Mitgliedern wurden die für die Prüfung ausgewählten nachgeordneten Organisationseinheiten so ausgewählt, daß sie 10% des gesamten Mitgliederbestandes umfaßten. Bei Kassen / Organisationseinheiten bis 10.000 Mitglieder betrug die Zahl der geprüften Einzelbelege 150, bis 25.000 Mitglieder 375 und über 25.000 Mitglieder 750 Belege. Aus dem prozentualen Anteil der fehlerhaft zu Lasten der Pflegeversicherung gebuchten Belege an der Summe der gesamten Stichprobe wurde kassenbezogen der mögliche

Umbuchungsbedarf in DM hochgerechnet.

Die von den Prüfdiensten gelieferten kassenübergreifenden Informationen wurden zu einem bundeseinheitlichen Ergebnis zusammengeführt.

Bezogen auf die vom PDK geprüften bundesunmittelbaren Kassen ergaben sich für die Konten P 4300 (Pflegehilfsmittel), P 4310 (technische Hilfsmittel) und P 4320 (Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung) folgende Umbuchungsbedarfe:

Kassenart BKK

Konto	Jahr	Summe aller Aufwendungen in DM	Umbuchungsbedarf in DM
4300	1998	901.761,69 DM	361.358,33 DM
	1999	1.534.163,34 DM	668.686,37 DM
	2000	1.210.506,00 DM	421.039,46 DM
4310	1998	13.381.247,80 DM	5.203.777,45 DM
	1999	13.883.628,36 DM	5.045.404,66 DM
	2000	12.563.342,72 DM	4.227.748,58 DM
4320	1998	1.315.505,04 DM	483.856,76 DM
	1999	1.323.571,36 DM	465.439,79 DM
	2000	1.666.629,80 DM	271.119,14 DM

Kassenart EK

Konto	Jahr	Summe aller Aufwendungen in DM	Umbuchungsbedarf in DM
4300	1998	8.574.832,00 DM	1.658.902,16 DM
	1999	10.634.324,49 DM	2.010.450,52 DM
	2000	10.315.141,08 DM	1.059.978,54 DM
4310	1998	108.872.517,45 DM	64.397.484,62 DM
	1999	113.566.825,84 DM	67.386.152,73 DM
	2000	93.163.057,10 DM	22.094.681,36 DM
4320	1998	19.346.517,00 DM	587.718,87 DM
	1999	23.288.839,49 DM	694.317,85 DM
	2000	23.567.104,59 DM	349.097,82 DM

Kassenart IKK, Seekasse, BKn

Konto	Jahr	Summe aller Aufwendungen in DM	Umbuchungs- bedarf in DM
4300	1998	37.572,86 DM	4.351,62 DM
	1999	49.489,02 DM	6.235,14 DM
	2000	10.917,15 DM	2.272,56 DM
4310	1998	503.213,58 DM	34.967,13 DM
	1999	1.131.341,29 DM	22.786,04 DM
	2000	1.200.218,95 DM	21.884,89 DM
4320	1998	49.565,58 DM	5.077,44 DM
	1999	43.562,63 DM	0,00 DM
	2000	37.973,06 DM	3.653,39 DM

Gesamtergebnis (alle Kassen kumuliert)

Konto	Jahr	Summe aller Aufwendungen in DM	Umbuchungs- bedarf in DM
4300	1998	9.514.166,55 DM	2.024.612,11 DM
	1999	12.217.976,85 DM	2.685.372,02 DM
	2000	11.536.564,23 DM	1.483.290,56 DM
4310	1998	122.756.978,83 DM	69.636.229,20 DM
	1999	128.581.795,49 DM	72.454.343,43 DM
	2000	106.926.618,77 DM	26.344.314,83 DM
4320	1998	20.711.587,62 DM	1.076.653,07 DM
	1999	24.655.973,48 DM	1.159.757,64 DM
	2000	25.271.707,45 DM	623.870,35 DM

Das zuständige Aufsichtsreferat des Bundesversicherungsamtes führt auf der Grundlage der ermittelten Ergebnisse mit jeder betroffenen Kasse Verhandlungen über die Modalitäten der Umbuchung zwischen der Pflegekasse und der Krankenkasse.

9 Prüfstatistik

9.1 Prüfobjekte

Am 31.12. 2001 betrug die Zahl der bundesunmittelbaren Krankenkassen 165. Gegenüber dem Vorjahr ergibt sich eine Abnahme um 4 Kassen - sämtlich Betriebskrankenkassen -, die in Folge von Fusionen in anderen Kassen aufgegangen waren.

Die Anzahl der Geschäftsstellen verringerte sich von 3.537 (2000) auf 3.416 - eine Abnahme um 121. Dabei haben die Ersatzkassen ihre Geschäftsstellen um 154 vermindert, während bei den Betriebskrankenkassen weitere 28 Geschäftsstellen eröffnet wurden. Die Zahlen belegen zum einen, daß Ersatzkassen auf Grund ihrer angespannten finanziellen Situation gezwungen sind, Einsparungen im Verwaltungsbereich vorzunehmen und zum anderen, daß der Zulauf zu einigen Betriebskrankenkassen - insbesondere solchen mit günstigen Beitragssätzen - diese veranlaßt, ihre Mitgliederbetreuung auch regional auszuweiten.

Insgesamt hat sich die Zahl der vom PDK zu prüfenden Objekte gegenüber dem Jahr 2000 um 128 vermindert.

Die Bestandsdaten des Jahres 2001 sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

Ersatzkassen	8
Betriebskrankenkassen	145
Innungskrankenkassen	8
Landwirtschaftliche Krankenkassen	2
Bundesknappschaft, Seekasse (je 1)	2
Hauptverwaltung insgesamt	165
Ersatzkassen	2719
Betriebskrankenkassen	540
Innungskrankenkassen	65
Landwirtschaftliche Krankenkassen	11
Bundesknappschaft	76
Seekasse	5
Geschäftsstellen insgesamt	3416
Krankenhaus / sonstige Eigenbetriebe	
- nichtmedizinische Eigenbetriebe	9
- medizinische Eigenbetriebe	22
Rechenzentren	24
	55
Insgesamt	3636

Tabelle 1

9.2 Prüfverfahren

Im Jahr 2001 hat der PDK insgesamt 103 Verfahren zur Prüfung der Hauptverwaltungen, Geschäftsstellen und sonstigen Einrichtungen von Krankenkassen eingeleitet (2000: 122).

Die Verteilung auf die einzelnen Prüfobjekte ergibt sich aus Tabelle 2.

Neben diesen Turnusprüfungen wurden für die bundesweite Schwerpunktprüfung „Leistungsabgrenzung Krankenversicherung - Pflegeversicherung“ in 90

Hauptverwaltungen sowie in 16 Geschäftsstellen von Großkassen Datenerhebungen vorgenommen.

Prüfobjekte	Anzahl der neu eingeleiteten Prüfverfahren 2001
Hauptverwaltung Ersatzkasse	-
Hauptverwaltung Betriebskrankenkasse	45
Hauptverwaltung Innungskrankenkasse	1
Hauptverwaltung Landwirtschaftliche Krankenkasse	-
Hauptverwaltung Bundesknappschaft	1
Hauptverwaltung Seekasse	1
HV - Gesamt	48
Geschäftsstelle Ersatzkasse	30
Geschäftsstelle Betriebskrankenkasse	13
Geschäftsstelle Innungskrankenkasse	-
Geschäftsstelle Landwirtschaftliche Krankenkasse	-
Geschäftsstelle Bundesknappschaft	1
Geschäftsstelle Seekasse	-
nachgeordnete Organisationseinheiten	44
Krankenhaus/sonstiger Eigenbetrieb	
Rechenzentrum	11
Sonstige Einrichtungen	11
Insgesamt	103

Tabelle 2

9.3 Nettoprüfzeit

Die Nettoprüfzeit nahm mit 9.444,5 Manntagen gegenüber dem Vorjahr (9.661,0) um ca. 2,2 % ab. Ursächlich dafür waren zum einen die Streichung einer Prüferstelle, zum anderen krankheitsbedingte Fehltag.

Die Einzelheiten ergeben sich aus Tabelle 3.

Entwicklung der Nettoprüfzeit		
1	2	3
1992	8.866	
1993	9.595	+ 8,2
1994	10.326	+ 7,6
1995	10.216	- 1,1
1996	11.364	+ 11,2
1997	10.681,5	- 6,0
1998	9.956	- 6,8
1999	9.714	- 2,4
2000	9.661	- 0,5
2001	9.444,5	- 2,2
Spalte 1: Jahr Spalte 2: Nettoprüfzeit in Manntagen Spalte 3: Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent		

Tabelle 3

9.4 Organisation

Die Aufbauorganisation des PDK hat sich auch im Jahr 2001 nicht verändert. Die fünf Außenstellen des PDK in Cloppenburg, Fulda, Duisburg, Berlin und Ingolstadt verfügten weiterhin über drei bis fünf Prüfgruppen (vgl. Tabelle 4).

Stellenausstattung der Außenstellen 2001						
	Organisationseinheit					
	K 3 CLP	K 4 FU	K 5 DU	K 6 B	K 7 IN	K 3 – K 7
Prüfer im Außendienst	15	16	20	13	14	78
Prüfgruppen	4	4	5	3	3	19

Tabelle 4

9.5 Personal

Auf Grund der pauschalen Stellenkürzung des Bundes hat der PDK im Jahr 2001 eine weitere Prüferstelle einsparen müssen. Insgesamt verfügte der PDK über 108,5 Stellen, davon 78 für Prüfer im Außendienst (72%), 16 für Prüfer im Innendienst (15%) und 14,5 für die Infrastruktur (13%). Die Stellengliederung und -verteilung ist in der Tabelle 5 aufgeführt.

Die Stellenbesetzung zum 31.12.2001 ergibt sich aus Tabelle 6.

Stellengliederung und -verteilung 31.12.2001				
Referat	Stellen			
	1	2	3	4
K/K 1/K 2	4	11	1	16
K 3	1	14	-	15
K 4	1	15	-	16
K 5	1	19	-	20
K 6	1	12	-	13
K 7	1	13	-	14
„Infrastruktur“	1	3	10,5	14,5
insgesamt	10	87	11,5	108,5
Spalte 1: Stellen des höheren Dienstes Spalte 2: Stellen des gehobenen Dienstes Spalte 3: Stellen des mittleren und einfachen Dienstes Spalte 4: Stellen-Soll				

Tabelle 5

Stellenbesetzung per 31.12.2001			
- Aufschlüsselung nach Organisationseinheiten -			
Organisations- einheit	Stellen- Soll	Stellen- Ist	Stellenbe- setzung (in Prozent)
K/K 1/K 2	16	16	100
K 3	15	14	93
K 4	16	16	100
K 5	20	20	100
K 6	13	12	92
K 7	14	13	93
„Infrastruktur“	14,5	14,5	100
insgesamt	108,5	105,5	97

Tabelle 6

9.6 Haushalt

Die Ausgaben des Prüfdienstes Krankenversicherung beliefen sich im Haushaltsjahr 2001 auf insgesamt 17,128 Mio. DM. Davon betrug der Anteil der Personalkosten 14,691 Mio, der für Sachkosten 2,437 Mio.

Die Entwicklung der Kosten des Prüfdienstes in den Jahren 1997 - 2001 ist in Tabelle 7 dargestellt.

Aufschlüsselung der Kosten (1997 - 2001)					
1	2	3	4	5	6
1997	13,5	83,9	2,6	16,1	16,1
1998	14,2	84,5	2,6	15,5	16,8
1999	13,5	83,9	2,6	16,1	16,1
2000	14,2	82,6	3,0	17,4	17,2
2001	14,7	86,0	2,4	14,0	17,1
Spalte 1: Jahr					
Spalte 2: Personalkosten in Millionen DM					
Spalte 3: Anteil der Personalkosten an den Gesamtausgaben in Prozent					
Spalte 4: Sachkosten in Millionen DM					
Spalte 5: Anteil der Sachkosten an den Gesamtausgaben in Prozent					
Spalte 6: Umlage in Millionen DM					

Tabelle 7

9.7 Umlage 2000/2001

Das Bundesversicherungsamt hat in den Jahren 2001 bzw. 2002 die Umlage für die Jahre 2000 und 2001 ermittelt. Sie betrug 17,172 Mio DM (2000) bzw. 17,128 Mio DM (2001) (vgl. Tabelle 9).

Die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen beliefen sich im Jahr 2000 auf 903,341 Milliarden DM und 941,346 Milliarden im Jahr 2001. Damit erhöhten sie sich gegenüber 1999 um 5,03 Prozent und gegenüber dem Jahr 2000 um 4,20 Prozent (vgl. Tabelle 8). Diese Einnahmen bilden die Bemessungsgrundlage für die Berechnung der Prüfkostenumlage.

Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der aktiven Mitglieder der bundesunmittelbaren Krankenkassen			
Jahr	Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3
1996	808,573	+ 29,819	+ 3,83
1997	830,154	+ 21,581	+ 2,67
1998	835,151	+ 4,997	+ 0,60
1999	860,047	+ 24,896	+ 2,98
2000	903,341	+ 43,294	+ 5,03
2001	941,346	+ 38,005	+ 4,20
Spalte 1: Summe der beitragspflichtigen Einnahmen in Milliarden DM			
Spalte 2: Veränderungen gegenüber dem Vorjahr in Milliarden DM			
Spalte 3: Veränderungen gegenüber dem Vorjahr in Prozent			

Tabelle 8

Je 100.000 DM beitragspflichtige Einnahmen ihrer aktiven Mitglieder mußten die Krankenkassen 2001 1,82 DM (2000: 1,90 DM) Umlage für die Kosten des Prüfdienstes bezahlen (vgl. Tab. 9).

Sie verminderte sich gegenüber dem Vorjahr um 4,21 Prozent.

Entwicklung der Umlage des PDK (1996 - 2001)				
1	2	3	4	5
1996	16,124	- 5,62	1,99	- 9,13
1997	16,049	- 0,47	1,93	- 3,02
1998	16,832	+ 4,88	2,02	+ 4,66
1999	16,172	- 3,92	1,88	- 6,93
2000	17,172	+ 6,18	1,90	+ 1,06
2001	17,128	- 0,25	1,82	- 4,21
Spalte 1: Jahr				
Spalte 2: Umlage in Millionen DM				
Spalte 3: Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent				
Spalte 4: Prüfdienstumlage je 100.000,- DM beitragspflichtige Einnahmen der aktiven Mitglieder in DM				
Spalte 5: Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in Prozent)				

Tabelle 9

9.8 Fortbildung

Wie schon in den vergangenen Jahren hat sich der PDK auch im Jahre 2001 an der Weiterentwicklung des bundesweit zwischen den Prüfdiensten abgestimmten Fortbildungskonzepts beteiligt und seinen Prüfern Grundseminare, Aufbau- und Sonderseminare sowie Workshops zu ausgewählten aktuellen Themen angeboten. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle für Fortbildung (KoFo) beim Landesversicherungsamt Nordrhein-Westfalen.

Insgesamt wurden 2001 von der Koordinierungsstelle für Fortbildung gemeinsam mit dem BVA 31 Seminare zu

21 Themen durchgeführt, die sich wie folgt aufteilen:

9 Grundseminare zu 7 Themen

8 Aufbau-seminare zu 6 Themen

11 Sonderseminare zu 5 Themen

3 Workshops zu 3 Themen.

Besonderes Interesse fanden dabei die Themen „Verfahrensinhalte und Prüfansätze des IS KV“ und „Neue Steuerungsmodelle in den Beziehungen zu den Leistungserbringern“.

Zur Vorbereitung der Schwerpunktprüfung „Leistungsabgrenzung Krankenversicherung / Pflegeversicherung“ führte das Bundesversicherungsamt zwei Tagesseminare als Veranstalter für Prüfer des BVA und der Landesprüfdienste durch.

Erstmals bot die KoFo Grundlagenseminare für neu eingestellte Prüfer als Seminarblock an. An dieser Veranstaltungsreihe nahmen im Schnitt neun Mitarbeiter/innen des PDK teil. Es ist geplant, auch im Jahr 2002 eine entsprechende Seminarreihe durchzuführen.

Zu weiteren speziellen Themen oder zur Vertiefung bereits vorhandener Kenntnisse bestand auch 2001 die Möglichkeit, Seminare anderer Einrichtungen, z. B. der Bundesakademie für öffentliche Verwaltung (BAKöV), der BKK-Akademie Rotenburg, der Technischen Akademie Wuppertal oder des ISC-West zu besuchen.

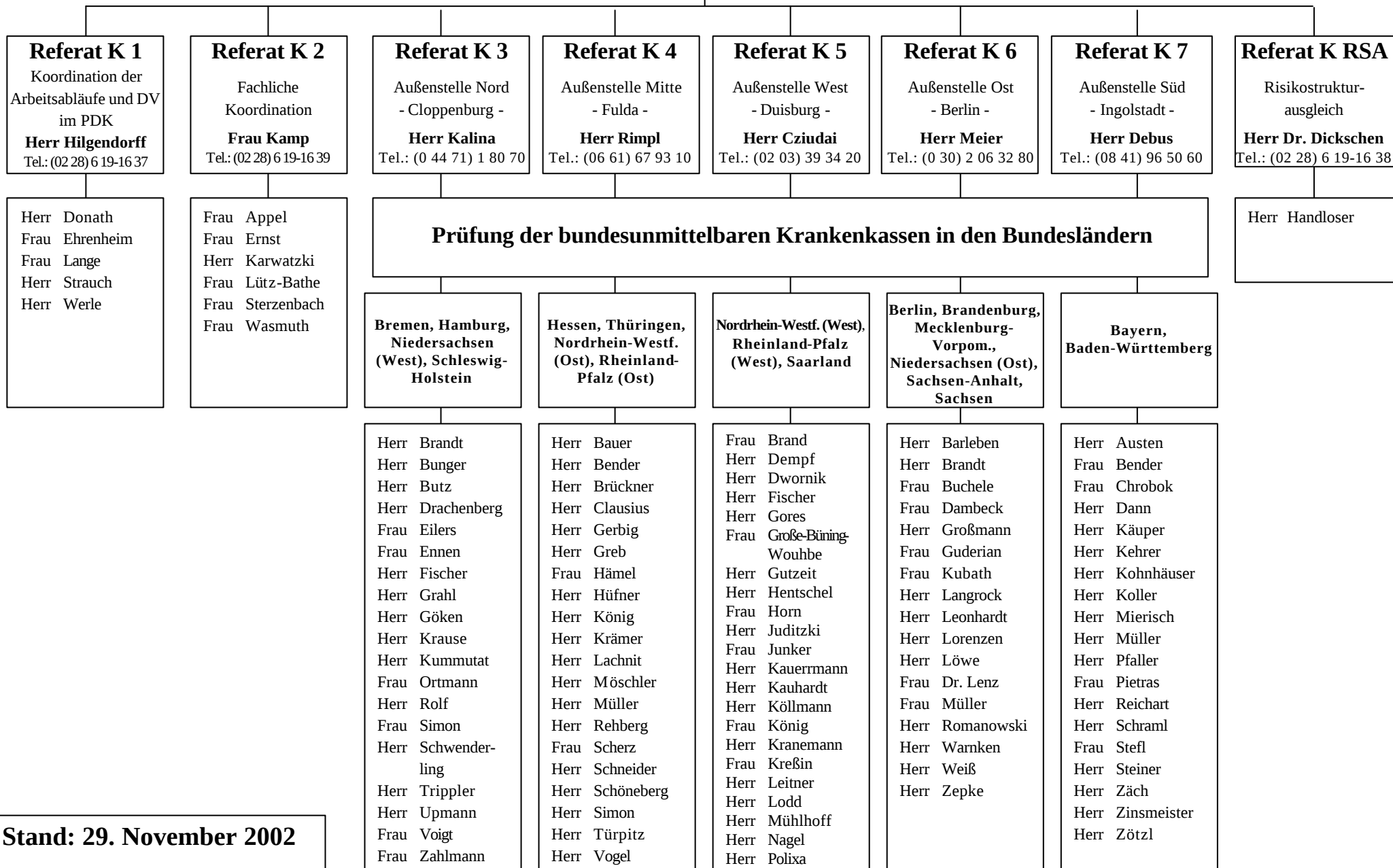
Im Jahre 2001 fand - wie auch im vergangenen Jahr - ein Sonderseminar der IT-Prüfer statt, das von der Handwerkskammer für München und Oberbayern in Ingolstadt durchgeführt wurde.

Bundesversicherungsamt
- Prüfdienst Krankenversicherung -

Abteilungsleiter

Herr Schumann

Tel.: (02 28) 6 19-17 57



Stand: 29. November 2002